



Iº JORNADA SUDAMERICANA DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

LIBRO DE RESÚMENES



REVISTA de ESTUDIANTES de
MEDICINA DEL SUR



1º Congreso Internacional **2021**
Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de
Estudiantes de Medicina

COMITÉ INTERNACIONAL

Presidente CITEM 2021

Nicolás Gatica (Chile)

Directora Comité de Perú

Alejandra Pachas

Director Comité de Colombia

Steven Castillo

Directora Comité de Brasil

Isadora Fraga

EQUIPO ANFITRIÓN (CHILE)

Directora Comité de Informática

Camila Díaz
Constanza Kahler

Director Comité de Certificación

Jorge Troncoso

Directora Comité de Difusión

Martina Morales

Director de Finanzas

Álvaro Pérez

Logística

Camila Urrutia
Ernesto Salazar

COMISIÓN DE BRASIL

Finanzas Marcelo

Quintão Matheus
Fortunato

Comité de Certificación

Matheus Quitete

Comité de Difusión

Maria Luisa Pinheiro



1º Congreso Internacional **2021**
Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de
Estudiantes de Medicina

COMITÉ CIENTÍFICO

Director Comité Científico

Edgardo Nicolás Alvarado Carrasco

EQUIPO CHILE

Abdías Gabriel Cofré Morales
Agustín Antonio Águila Nahuelpán
Andrea Manuela Zambrano Rey
Bastián Ignacio Vergara Riquelme
Benjamín Mateo Lobos Traipe
Camilo Bastián Sanhueza Aññir
Daniel Heraldó Muñoz Cabrera
Edgardo Nicolás Alvarado Carrasco
Esterban Ignacio Vivar Landero
Felipe Seguel Parada

Francisco Humberto Toro Mora
Isidora Fernanda Romero Cea
Isidora Paz Lorenzi Santander
Jorge Ignacio Aguilera Zapata
Marcelo Alfonso Navarrete Lara
Maximiliano Vicente Herrero Bórquez
Nicolás Ignacio Saavedra Cuevas
Ricardo Ignacio Cárcamo Rivera
Sebastián Ignacio Herrero Bórquez

Ana Carolina Henríquez Lopes de Araujo (Colaboradora Traducción)

EQUIPO BRASIL

Carolina Tavares de Sousa Vilela
Giovanna Breder Pereira
Larissa Roque Monteiro de Castro

EQUIPO COLOMBIA

Diana Hernández

EQUIPO PERÚ

Bruno Bouroncle Derteano



1º Congreso Internacional 2021

Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de Estudiantes de Medicina

Docente	Especialidad	Afiliación
Dra. Ximena Cea Bahamonde	Broncopulmonar adultos	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Juan Carlos Rodríguez Duque	Broncopulmonar adultos	Clínica Las Condes, Santiago
Dra. Catalina Briceño Villafañe	Broncopulmonar adultos	<ul style="list-style-type: none">Clínica San Carlos de Apoquindo, SantiagoDocente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dr. Gonzalo Alvear Téllez	Broncopulmonar adultos	Clínica Servet, Santiago
Dra. Patricia Schönfeldt Guerrero	Broncopulmonar adultos	Instituto Nacional del Tórax, Santiago
Dr. Patricia Fernández Vásquez	Broncopulmonar adultos	<ul style="list-style-type: none">Instituto Nacional del Tórax, SantiagoClínica Santa María, Santiago
Dr. Mauricio Salinas Fenero	Broncopulmonar adultos	<ul style="list-style-type: none">Magíster en Salud PúblicaInstituto Nacional del Tórax, SantiagoClínica Santa María, SantiagoDocente Universidad de Chile
Dr. Luis Vega Briceño	Broncopulmonar infantil	Clínica Alemana, Santiago
Dr. Carlos Flores Berríos	Broncopulmonar infantil	Hospital de Ovalle
Dra. Gema Pérez Alarcón	Broncopulmonar infantil	<ul style="list-style-type: none">Hospital Exequiel González Cortés, SantiagoClínica Santa María, SantiagoDocente Universidad de Chile
Dr. Fernando Lanás Zanetti	Cardiología adultos	<ul style="list-style-type: none">Doctor en Metodología de la Investigación y Salud Pública, Universidad Autónoma de BarcelonaHospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Luis Quiñiñir Salvatici	Cardiología adultos	<ul style="list-style-type: none">Cardiólogo electrofisiólogoHospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Victor Neira Vidal	Cardiología adultos	<ul style="list-style-type: none">Cardiólogo ElectrofisiólogoHospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Carlos Fernández Cabalín	Cardiología pediátrica	<ul style="list-style-type: none">Clínica Santa María, SantiagoDocente Universidad de Los Andes (Jefe Subespecialidad Cardiología Pediátrica)
Dr. Juan Carlos Bahamondes Soto	Cardiología	Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco
Dr. Juan Contreras Reyes	Cardiología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera



1º Congreso Internacional 2021

Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de Estudiantes de Medicina

Docente	Especialidad	Afiliación
Dr. Pedro Pinto Guerrero	Cirugía (cabeza y cuello)	Jefe Servicio Cirugía en Hospital Regional Coyhaique
Dra. Jimena Jara Ibaceta	Cirugía (digestivo)	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Cristóbal Azócar Bizama	Cirugía (digestivo)	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Clínica Red Salud, Temuco
Dr. Juan Pablo Lasnibat Roldán	Cirugía	Docente Universidad de Chile
Dr. Boris Marinkovic Gómez	Cirugía	<ul style="list-style-type: none">Master en Educación Quirúrgica, Imperial College (Londres).Hospital del Salvador, Santiago.Docente Universidad de Chile
Dr. Andrés Troncoso Trujillo	Cirugía (hepato-biliopancreática)	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Clínica Alemana, TemucoDocente Universidad de La Frontera
Dra. Verónica Fonseca Salamanca	Cirugía (torax)	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dra. Carolina Donoso Carrasco	Cirugía pediátrica	Docente Universidad de Chile
Dra. Fabiola Schaffer Villalobos	Dermatología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dra. Irene Araya Bertucci	Dermatología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Clínico Universidad de Chile, SantiagoDocente Universidad de Chile
Dra. Roxana Gayoso Neira	Endocrinología	<ul style="list-style-type: none">Magíster en Epidemiología ClínicaHospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Pablo Florenzano Valdés	Endocrinología	Docente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dr. Armando Sierralta Zuñiga	Gastroenterología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Rolando Sepúlveda Cortés	Gastroenterología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dra. Colomba Cofré Dougnac	Gastroenterología pediátrica	Docente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dra. Margot Acuña San Martín	Ginecología y obstetricia	<ul style="list-style-type: none">Magíster en Epidemiología ClínicaHospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera (Directora Departamento Ginecología y Obstetricia)



1º Congreso Internacional 2021

Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de Estudiantes de Medicina

Docente	Especialidad	Afiliación
Dr. Hugo Martínez González	Ginecología y obstetricia	<ul style="list-style-type: none">• Subespecialista en Medicina Materno-Fetal• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Docente Universidad de La Frontera
Dr. Álvaro Insunza Figueroa	Ginecología y obstetricia	<ul style="list-style-type: none">• Subespecialista en Medicina Materno-Fetal• Vicepresidente Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología• Hospital Padre Hurtado, Santiago• Clínica Alemana, Santiago
Dr. Roberto Altamirano Assad	Ginecología y obstetricia	<ul style="list-style-type: none">• Subespecialista Ginecología Oncológica• Directorio Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología• Clínica Dávila, Santiago• Docente Universidad de Los Andes
Dr. David Mayerson Bursztyn	Ginecología y obstetricia	<ul style="list-style-type: none">• Subespecialista Ginecología Oncológica• Hospital Clínico UC, Santiago• Clínica Alemana, Santiago• Docente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dra. Yaima Gutiérrez Torrado	Hematología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Docente Universidad de La Frontera
Dra. María Cecilia Beltrán Sáez	Hematología	<ul style="list-style-type: none">• Magíster en Epidemiología Clínica• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Docente Universidad de La Frontera
Dra. María Elena Cabrera Contreras	Hematología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital del Salvador, Santiago• Docente Universidad de Chile
Dra. Bárbara Puga Larraín	Hematología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital del Salvador, Santiago• Docente Universidad de Chile
Dra. Carolina Abarzúa Cantero	Hematología Infantil	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Docente Universidad de La Frontera
Dra. Carla Concha Fuentes	Infectología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Clínica Alemana, Temuco.• Docente Universidad de La Frontera
Dra. Claudia Cortés Moncada	Infectología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago• Clínica Santa María, Santiago• Docente Universidad de Chile
Dra. Katia Abarca Vilalseca	Infectología Pediátrica	<ul style="list-style-type: none">• Docente Pontificia Universidad Católica de Chile• (Jefa Especialidad Pediatría)
Dra. María Eugenia Castro Moraga	Infectología pediátrica	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Clínico Regional de Concepcion• Docente Universidad de Concepción



1º Congreso Internacional 2021

Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de Estudiantes de Medicina

Docente	Especialidad	Afiliación
Dra. María Belén Rodríguez Rodríguez	Medicina interna	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dra. Victoria Espinosa Lobos	Medicina interna	<ul style="list-style-type: none">Clínica Alemana, TemucoDocente Universidad de La Frontera
Dr. Marcelo Salvatici Mustafá	Nefrología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Luis Castillo Muñoz	Nefrología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dra. Carolina del Castillo Celis	Neurología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dr. Rodrigo Rivas Sanhueza	Neurología	<ul style="list-style-type: none">Clínica Alemana, TemucoDocente Universidad de La Frontera
Dra. Débora Pollak Wegner	Neurología	<ul style="list-style-type: none">Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.Docente Universidad de La Frontera
Dra. Keryma Acevedo Gallinato	Neurología pediátrica	<ul style="list-style-type: none">Clínica San Carlos de Apoquindo, SantiagoDocente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dr. Benjamín Abarca Carrasco	Neurocirugía	Hospital de Puerto Montt (Jefe Servicio de Neurocirugía)
Dr. José Luis Cuevas Seguel	Neurocirugía	Hospital de Puerto Montt
Dr. Fernando Barría von Bischoffshausen	Oftalmología	<ul style="list-style-type: none">Presidente Sociedad Chilena de OftalmologíaHospital Clínico Regional de Concepción
Dr. Aldo Muñoz Quiñones	Oftalmología	<ul style="list-style-type: none">Subespecialidad en Retina Médica y Cirugía Vítreo-retinalDocente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dr. Matías Winter Domínguez	Otorrinolaringología	<ul style="list-style-type: none">Red de Salud UC, SantiagoDocente Pontificia Universidad Católica de Chile
Dr. Pedro Lorca Osorio	Pediatría	<ul style="list-style-type: none">Subespecialista en Pediatría IntensivaHospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco (Jefe Unidad Paciente Crítico Pediátrico)Docente Universidad de La Frontera
Dra. Jahzeel Gacitúa Becerra	Pediatría	<ul style="list-style-type: none">Subespecialista en Nutrición ClínicaHospital Hernán Henríquez Aravena, TemucoDocente Universidad de La Frontera
Dra. Andrea González San Martín	Pediatría	<ul style="list-style-type: none">Subespecialista en Nutrición ClínicaHospital Hernán Henríquez Aravena, TemucoDocente Universidad de La Frontera



1º Congreso Internacional 2021

Temático de Estudiantes de Medicina

I Jornada Sudamericana de Investigación de Estudiantes de Medicina

Docente	Especialidad	Afiliación
Dr. Patricio Jiménez Barros	Psiquiatría adultos	<ul style="list-style-type: none">• CECOSAM Nueva Imperial, IX Región• Docente Coordinador Asignatura Psiquiatría UACH
Dra. Fresia Castillo Vera	Psiquiatría Infanto-juvenil	Consulta Privada, Viña del Mar
Dra. Carolina González Araneda	Psiquiatría Infanto-juvenil	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago• Docente Universidad de Santiago de Chile
Dra. Sonia Kaliski Kriguer	Reumatología	Consulta Privada, Temuco
Dr. Martín Zecher Magni	Traumatología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Clínica Alemana, Temuco• Docente Universidad de La Frontera
Dr. Patricio Pérez Navarrete	Traumatología	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.• Docente Universidad de La Frontera
Dr. Rodrigo Guiloff Kraus	Traumatología	<ul style="list-style-type: none">• Clínica Alemana, Santiago• Docente Universidad del Desarrollo
Dr. Claudio Vega Cáceres	Urgencias	<ul style="list-style-type: none">• Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco (Subdirector Médico)• Docente Universidad de La Frontera• (Jefe Especialidad Medicina de Urgencia)
Dr. José Inzunza Navarro	Urología	<ul style="list-style-type: none">• Magíster en Epidemiología Clínica• Especialista en Urología• Especialista en Salud Pública• Hospital de Villarrica, IX Región
Bruno Abi-Diwan Dias		Médico pela Faculdade de Medicina de Barbacena, Brasil



PREMIACIÓN COMPETENCIA CIENTÍFICA

MEJORES 10 TRABAJOS CIENTÍFICOS

	TRABAJO	AUTOR/A PRINCIPAL	UNIVERSIDAD
1º lugar	ASPERGILOSIS PULMONAR INVASORA EN EL INMUNOCOMPETENTE	Fabián Acevedo	Universidad de Chile
2º lugar	CORIOCARCINOMA POSTERIOR A EMBARAZO DE TÉRMINO	Catalina Oviedo	Universidad de La Frontera
3º lugar	SÍNDROME DE HAMMAN: NEUMOMEDIASTINOESPONTÁNEO	Catalina Oyazún	Universidad de La Frontera
4º lugar	FIBROMA DE OVARIO	Pedro Muñoz	Universidad de La Frontera
5º lugar	SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	Daniela Farías	Pontificia Universidad Católica de Chile
6º lugar	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL MÉDICO GENERAL	Bárbara Marchant	Universidad de Concepción
7º lugar	ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UNA PACIENTE VIH POSITIVO	Niel Ganchozo	Universidad San Sebastián
8º lugar	CRISIS DREPANOCÍTICA AGUDA TRAS EXPOSICIÓN A ALTURAS EN PACIENTE CON ANEMIA FALCIFORME	Karen Nazal	Pontificia Universidad Católica de Chile
9º lugar	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO PAROXÍSTICO EN EMBARAZADA DE 20 SEMANAS	Javiera Saavedra	Universidad Diego Portales
10º lugar	MASTECTOMÍA TOTAL EN PACIENTE NO ONCOLÓGICA POR FASCITIS NECROTIZANTE	Amanda McCabe	Universidad de Chile



PREMIACIÓN COMPETENCIA CIENTÍFICA

MEJORES TRABAJOS POR CATEGORÍA TEMÁTICA

	TRABAJO	AUTOR/A PRINCIPAL	UNIVERSIDAD
CIRUGÍA (CASO CLÍNICO)	SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	Daniela Farías	Pontificia Universidad Católica de Chile
CIRUGÍA (TRABAJO DE INVESTIGACIÓN)	APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN EN CHILE DURANTE LOS AÑOS 2016-2020	Enid Viveros	Universidad San Sebastián
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	CORIOCARCINOMA POSTERIOR A EMBARAZO DE TÉRMINO	Catalina Oviedo	Universidad de La Frontera
INFECTOLOGÍA Y MEDICINA TROPICAL (CASO CLÍNICO)	ASPERGILOSIS PULMONAR INVASORA EN EL INMUNOCOMPETENTE	Fabian Acevedo	Universidad de Chile
INFECTOLOGÍA Y MEDICINA TROPICAL (TRABAJO DE INVESTIGACIÓN)	DESCRIPCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR ESPONDILODISCITIS EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2016 – 2020	Bárbara Arcos	Universidad Católica De La Santísima Concepcion Universidad De Concepcion Universidad Andres Bello
MEDICINA INTERNA (CASO CLÍNICO)	SÍNDROME DE HAMMAN: NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO	Catalina Oyazún	Universidad de La Frontera
MEDICINA INTERNA (TRABAJO DE INVESTIGACIÓN)	HOSPITALIZACIONES POR ANEMIAS HEMOLÍTICAS COMO CAUSA BÁSICA EN CHILE, 2017-2020	Camilo Juyumaya	Universidad de Antofagasta
OTRAS ESPECIALIDADES (CASO CLÍNICO)	LITIASIS DE VÍA URINARIA, UN CASO DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE	José Araya	Pontificia Universidad Católica de Chile
OTRAS ESPECIALIDADES (TRABAJO DE INVESTIGACIÓN)	CAMBIOS EN LA CONSULTA GERIÁTRICA ENTRE 2019- 2020 DURANTE PANDEMIA COVID19 EN SERVICIO DE URGENCIA DR. MATEO BENCUR PUNTA ARENAS, CHILE	Pedro Hinojosa	Universidad de Magallanes
PEDIATRÍA (CASO CLÍNICO)	CRISIS DREPANOCÍTICA AGUDA TRAS EXPOSICIÓN A ALTURAS EN PACIENTE CON ANEMIA FALCIFORME	Karen Nazal	Pontificia Universidad Católica de Chile
PEDIATRÍA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA)	MANEJO Y PRONÓSTICO DE LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS CONGÉNITAMENTE CORREGIDA, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA	Mirko Sepúlveda	Universidad de Tarapacá

CASOS CLÍNICOS

Código	Título	Página
CC026	VÓLVULO GÁSTRICO COMO CONSECUENCIA DE UNA HERNIA HIATAL TIPO IV. REPORTE DE UN CASO.	6
CC030	LA TORSIÓN DE LÓBULO HEPÁTICO ACCESORIO Y VESÍCULA BILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.	7
CC045	MEDIASTINITIS, ABSCESO PULMONAR Y FÍSTULA ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO PERIAMIGDALINO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	8
CC055	REPORTE DE CASO: MASTECTOMÍA TOTAL EN PACIENTE NO ONCOLÓGICA POR FASCITIS NECROTIZANTE.	9
CC056	REPORTE DE CASO: PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO.	10
CC069	PANCREATITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA.	11
CC074	REPORTE DE CASO: PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE PRIMARIA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA.	12
CC077	PERITONITIS FECALOIDEA SECUNDARIA A PERFORACIÓN INTESTINAL POR LINFOMA DE BURKITT.	13
CC081	PERITONITIS MECONIAL SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ATRESIA EN UN RECIÉN NACIDO.	14
CC087	TROMBOSIS VENOSA PORTOMESENTÉRICA AGUDA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO.	15
CC093	TUMOR DE KRUKENBERG SECUNDARIO A CÁNCER GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO.	16
CC094	REPORTE DE CASO: SCHWANNOMA DEL NERVI VAGO.	17
CC097	PARCHE HEMÁTICO EN FUGA AÉREA PERSISTENTE SECUNDARIA A NEUMONÍA POR COVID-19: REPORTE DE UN CASO.	18
CC099	TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL DE YEYUNO, REPORTE DE CASO.	19
CC100	REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.	20
CC114	CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL METASTÁSICO: REPORTE DE UN CASO.	21
CC121	FISTULA RECTO-VESICAL DE ORIGEN TUBERCULOSO: DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	22
CC139	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL OCASIONADA POR ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO.	23
CC158	HIDROTÓRAX HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO POR CIRROSIS BILIAR PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	24
CC174	REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE MIRIZZI COMO COMPLICACIÓN DE COLELITIASIS.	25
CC183	DESPLAZAMIENTO DE BANDA GÁSTRICA EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.	26
CC002	IMPORTANCIA DE LA IMAGENOLÓGIA EN EL DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE LA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS PULMONARES: REPORTE DE CASO.	27
CC016	CORIOCARCINOMA POSTERIOR A EMBARAZO DE TÉRMINO. REPORTE DE CASO.	28
CC017	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A LAS 20 SEMANAS.	29
CC018	EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO EN PACIENTE CON HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SEVERA SOBREGREGADA, A PROPOSITO DE UN CASO.	30
CC050	HIDATIDOSIS DE LOCALIZACIÓN INHABITUAL EN PACIENTE EN EDAD FÉRTIL.	31
CC052	ENDOMETRIOSIS URETERAL PROFUNDA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	32
CC053	TUMOR BORDERLINE OVÁRICO, UNA PATOLOGÍA CON UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	33
CC116	FIBROMA DE OVARIO, REPORTE DE CASO.	34
CC128	REPORTE DE CASO: TUBERCULOSIS PERITONEAL, COMO SIMULADOR DE CARCINOMATOSIS POR CÁNCER DE OVARIO AVANZADO.	35
CC144	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL MÉDICO GENERAL.	36
CC145	MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	37
CC149	CESÁREA DE URGENCIA POR SÍNDROME DE HELLP EN PRIMIGESTA DE 37 SEMANAS.	38
CC191	NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL, ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO Y MANEJO ONCOLÓGICO.	39
CC192	CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EMBARAZADA CON EDEMA DE EXTREMIDADES INFERIORES. A PROPÓSITO DE UN CASO.	40
CC196	REPORTE DE CASO: FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA.	41
CC202	CESÁREA DE URGENCIA POR PATOLOGÍA MATERNA, EL CASO DE UNA PACIENTE CON COMPLICACIONES GRAVES POR COVID-19.	42
CC034	MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS DE LA SÍFILIS TERCIARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	43
CC041	ENFERMEDAD DE KIKUCHI, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LINFADENOPATÍAS CERVICALES: CASO CLÍNICO.	44
CC047	HANSENIASE DIMORFA TUBERCULÓIDE: UN ESTUDIO DE CASO.	45
CC063	ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UNA PACIENTE VIH POSITIVO.	46
CC075	PERICARDITIS TUBERCULOSA COMO ETIOLOGIA INDIRECTA DE DISNEA.	47
CC082	PIELONEFRITIS COMPLICADA CON ABSCESOS RENALES Y NEUMONÍA CONTIGUA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE POST INFECCIÓN POR VIRUS SARS-COV2.	48
CC085	ABSCESOS CUTÁNEOS RECURRENTES EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INMUNODEFICIENCIA SECUNDARIA A TERAPIA BIOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	49
CC091	REPORTE DE CASO: ENDOCARDITIS DE VÁLVULA PULMONAR PROTÉSICA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE (+) QUE DEBUTA COMO NEUMONÍA LOBAR DERECHA.	50
CC101	REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTITIS MEDIA.	51
CC103	REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE LEMIERRE: UNA ENTIDAD EN EL OLVIDO A TENER PRESENTE POR EL MÉDICO GENERAL.	52

CASOS CLÍNICOS

Código	Título	Página
CC106	REPORTE DE CASO: IMPORTANCIA Y DIFICULTAD DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA ENDOFTALMITIS ENDÓGENA.	53
CC123	ECTIMA CONTAGIOSO (ORF) EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	54
CC137	ASPERGILOSIS PULMONAR INVASORA EN EL INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.	55
CC142	REPORTE DE CASO: NEUMONÍA CAVITADA POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON VASCULITIS POLIANGITIS MICROSCÓPICA.	56
CC147	INFESTACIÓN INTESTINAL POR PARÁSITOS PLATELMINTOS EN ADOLESCENTE CHILENO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	57
CC159	ENFERMEDAD DE HANSEN EN CHILE, UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.	58
CC171	REPORTE DE CASO: ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE ADULTO MAYOR.	59
CC172	PERICARDITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA: REPORTE DE UN CASO.	60
CC175	HIPONATREMIA SEVERA EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA AVANZADA: TODO LO QUE DEBES SABER.	61
CC176	TUBERCULOSIS PLEURAL AISLADA EN ADOLESCENTE ASOCIADO A CONSUMO DE SUSTANCIAS: REPORTE DE UN CASO.	62
CC190	INFECCIÓN DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE ABDOMINAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO.	63
CC194	EMPIEMA COMO COMPLICACIÓN DE UN DERRAME PLEURAL EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	64
CC201	REACTIVACIÓN DE VIRUS HERPES ZOSTER FACIAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN POR VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO.	65
CC011	REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE OGILVIE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.	66
CC031	HERPES ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE UN CASO.	67
CC039	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO PAROXÍSTICO EN EMBARAZADA DE 20 SEMANAS: REPORTE DE UN CASO.	68
CC042	HEMOFILIA A ADQUIRIDA: REPORTE DE CASO.	69
CC048	ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN CASO.	70
CC057	HIPERHOMOCISTEINEMIA COMO CAUSA DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO.	71
CC058	HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PANCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	72
CC060	DERMATOMIOSITIS COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	73
CC062	ARTRITIS SÉPTICA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS EN ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR EN PACIENTE RENAL TERMINAL PORTADOR DE CATÉTER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS.	74
CC064	SÍNDROME DE HAMMAN SECUNDARIO A NEUMONÍA POR CORONAVIRUS TIPO 2.	75
CC066	BALONPLASTIA EN ESTENOSIS MITRAL SECUNDARIO A ENFERMEDAD REUMÁTICA EN MUJER EMBARAZADA DE 30 SEMANAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	76
CC070	ORTODEOXIA-PLATIPNEA, FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO.	77
CC072	MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON DOS RECIDIVAS POST BYPASS GÁSTRICO: CASO CLÍNICO.	78
CC079	REPORTE DE CASO: PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.	79
CC080	PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA: REPORTE DE UN CASO.	80
CC084	ARTERITIS DE LA HEPÁTICA IZQUIERDA: REPORTE DE UN CASO.	81
CC095	REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 COMO CAUSA DE ICTERICIA.	82
CC096	REPORTE DE CASO: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO POR SILDENAFIL EN ADULTO MAYOR.	83
CC102	REPORTE DE CASO: PRESENTACIÓN DE AMILOIDOSIS AL COMO ETIOLOGÍA DE UN SÍNDROME NEFRÓTICO.	84
CC111	REPORTE DE CASO: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI.	85
CC112	ANEMIA MEGALOBLÁSTICA, NO OLVIDAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA.	86
CC118	ENFERMEDAD DE ADDISON COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE CON HIPONATREMIA REFRACTARIA: IMPORTANCIA DE LA SEMIOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	87
CC124	REPORTE DE CASO: HEMONEUMOTÓRAX COMO PRESENTACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE.	88
CC125	BLOQUEO ATRIOVENTRICULAR COMPLETO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA.	89
CC126	HEMOFILIA ADQUIRIDA: REPORTE DE UN CASO.	90
CC127	SÍNDROME DE HAMMAN, NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	91
CC130	LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR, UNA ENFERMEDAD RARA, SILENTE E INCAPACITANTE. REPORTE DE CASO.	92
CC131	DEBUT DE VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA EN PACIENTE DE 62 AÑOS: UN DIAGNÓSTICO POCO COMÚN. A PROPÓSITO DE UN CASO.	93
CC133	ACIDOSIS METABOLICA EN USUARIO DE ACETAZOLAMIDA Y ASPIRINA, A PROPOSITO DE UN CASO.	94
CC140	REPORTE DE CASO: SÍNDROME HEPATOPULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PLATIPNEA/ORTODEOXIA EN PACIENTE CON CIRROSIS CHILD A.	95
CC143	¿SÍNCOPE EN ESTUDIO? EL SÍNDROME DE BRASH COMO ENTIDAD INFRECUENTE EN EL ADULTO MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.	96
CC150	INHIBIDORES ADQUIRIDOS DE LA COAGULACIÓN COMO CAUSA DE ALTERACIÓN DE LAS PRUEBAS DE COAGULACIÓN.	97
CC152	NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE 1 (NEM1): A PROPÓSITO DE UN CASO.	98
CC154	SÍNDROME DE BUDD CHIARI Y SANGRADO VARICEAL, EL BALANCE ENTRE RIESGO Y BENEFICIO DE LA ANTICOAGULACIÓN.	99

CASOS CLÍNICOS

Código	Título	Página
CC156	PAROSMIA: MANIFESTACIÓN INUSUAL DE SÍNDROME POST COVID-19.	100
CC161	HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO COMO CAUSA DE PANCREATITIS AGUDA Y COMPROMISO DE CONCIENCIA.	101
CC167	PERICARDITIS Y DERRAME PERICÁRDICO DE CAUSA AUTOINMUNE: ENFERMEDAD DE SJÖGREN.	102
CC168	REPORTE DE UN CASO: ESPECTRO DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4.	103
CC180	VASCULITIS COMO SIMULADOR DE ENCEFALITIS: REPORTE DE UN CASO.	104
CC186	PANCREATITIS AUTOINMUNE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.	105
CC193	MANEJO DE LA CRISIS SUPRARRENAL EN URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	106
CC195	ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA DOMINANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.	107
CC199	ENFRENTAMIENTO INTEGRAL A HEMOPTISIS DE CAUSA DESCONOCIDA EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.	108
CC001	ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO.	109
CC012	SÍNDROME DE SWEET: REPORTE DE UN CASO.	110
CC040	SÍNDROME DE WALLENBERG DEBIDO A INFARTO EN LA REGIÓN BULBAR LATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	111
CC044	HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIO A RUPTURA ESPONTÁNEA DE DIVERTÍCULO MENÍNGEO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFÁN.	112
CC065	DEMENCIA REVERSIBLE POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B 12.	113
CC083	FRACTURA DE HÚMERO DISTAL POR MEDICIÓN DE FUERZAS O "GALLITO": A PROPÓSITO DE UN CASO.	114
CC086	DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JAKOB: REPORTE DE UN CASO.	115
CC115	SÍNDROME DE CAUDA EQUINA SECUNDARIO A PARAGANGLIOMA DE FILUM TERMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.	116
CC136	ENFRENTAMIENTO INICIAL DEL PACIENTE INTOXICADO CON ETILENGLICOL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	117
CC157	FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO DE LA POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.	118
CC160	QUERATITIS EPITELIAL HERPÉTICA BILATERAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	119
CC163	GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A VACUNA AZD1222 (ChAdOx1 nCoV-19): REPORTE DE UN CASO.	120
CC164	INFARTO BITALÁMICO SOSPECHA DE ARTERIA DE PERCHERON. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.	121
CC166	PRESENTACIÓN ATÍPICA DE AMILOIDOSIS SISTÉMICA VS AMILOIDOSIS CERVICAL LOCALIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	122
CC169	NEURITIS ÓPTICA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ANEURISMA CEREBRAL GRANDE.	123
CC170	HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO RECIDIVADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	124
CC177	ARTRITIS SÉPTICA DE CODO: REPORTE DE UN CASO.	125
CC181	SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON SECUNDARIO AL USO DE CEFTRIAXONA, REPORTE DE CASO.	126
CC184	REPORTE DE UN CASO: RINORREA UNILATERAL POR FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.	127
CC185	REPORTE DE CASO: PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN.	128
CC197	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN: AMPLIANDO EL ESTUDIO.	129
CC200	ANEURISMA ESPINAL AISLADO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE A TENER EN CUENTA.	130
CC203	LITIASIS DE VÍA URINARIA, UN CASO DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE.	131
CC007	DIAGNÓSTICO DE LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO Y SÍNDROME NEFRÍTICO EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE ADDISON EN PACIENTE PEDIÁTRICO MASCULINO: REPORTE DE CASO.	132
CC019	LOXOSCELISMO CUTÁNEO PREDOMINANTEMENTE EDEMATOSO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL: REPORTE DE UN CASO.	133
CC046	ENCEFALITIS AUTOINMUNE: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	134
CC067	REPORTE DE CASO: MELAS COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: DESENMASCARANDO LAS ENFERMEDADES MITOCONDRIALES.	135
CC073	REPORTE DE CASO: MIELOFIBROSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE DE 17 AÑOS.	136
CC090	SÍNDROME DE KAGAMI-OGATA DE PRONÓSTICO FAVORABLE, UN CAMINO AL DESTETE DE ALTAS DEPENDENCIAS TECNOLÓGICAS.	137
CC117	FIBROSIS QUÍSTICA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE PEDIÁTRICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	138
CC119	DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE MASA CERVICAL ANTERIOR EN EDAD ESCOLAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.	139
CC132	TRICOBEOZOAR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	140
CC141	REPORTE DE CASO: ICTERICIA COLESTÁSICA DEL PRIMER TRIMESTRE DE VIDA: UNA URGENCIA DIAGNÓSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	141
CC146	DIAGNÓSTICO DE DISCINESIA CILIAR PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO CHILENO.	142
CC153	REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EN LACTANTE MENOR ¿OTRO CASO DE FIBROSIS QUÍSTICA?	143
CC187	REPORTE DE CASO: MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PEDIATRÍA.	144
CC189	HEPATOPATÍA GLICOGÉNICA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 – A PROPÓSITO DE UN CASO.	145
CC198	CRISIS DREPANOCÍTICA AGUDA TRAS EXPOSICIÓN A ALTURAS EN PACIENTE CON ANEMIA FALCIFORME, REPORTE DE CASO.	146

VÓLVULO GÁSTRICO COMO CONSECUENCIA DE UNA HERNIA HIATAL TIPO IV. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Palacios V¹; Mancilla J¹; Saavedra T¹; Morgado B¹; Westermeier B¹. **Tutor:** Quintana C².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
2. Cirujano general, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

Introducción: El vólvulo gástrico es una entidad poco común. Se define como una rotación anormal del estómago alrededor de su eje, lo cual conduce a grados variables de obstrucción de entrada y salida gástrica, una rotación de más de 180° conduce a una posterior estrangulación, necrosis y finalmente perforación del estómago. El diagnóstico de vólvulo gástrico es de exclusión, siendo principalmente por imágenes o mediante cirugía.

Presentación del caso: Paciente femenina de 77 años, con antecedente de hipertensión arterial sin antecedentes quirúrgicos, consulta en servicio de urgencias por sintomatología de dolor abdominal epigástrico asociado a náuseas, vómitos y disfagia súbita de 24 horas de evolución. Al la exploración física se objetiva hemodinámicamente inestable, afebril, destacando abdomen distendido sensible a la palpación profunda en epigastrio. Sin signos sugerentes de irritación peritoneal. Análisis clínico muestra discreto aumento de proteína C reactiva (0.5) sin leucocitosis. Resto de laboratorio sin alteraciones. Se solicita tomografía computada de abdomen y pelvis evidenciando gran hernia hiatal tipo IV, vólvulo gástrico y hernia incisional no complicada en línea media supraumbilical. Se ingresa para resolución quirúrgica, realizándose hernioplastia hiatal y funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. La paciente evoluciona satisfactoriamente desde la perspectiva médica.

Discusión y conclusión: El vólvulo gástrico se caracteriza por la rotación anormal del estómago alrededor de su eje lo cual condiciona una obstrucción variable con riesgo de estrangulación, necrosis y eventual perforación. Aproximadamente el 59-70% de los vólvulos gástricos son órgano-axiales, la mayoría secundarios a hernia hiatal paraesofágica, hernias diafragmáticas congénitas, bridas, adherencias o secuelas tardías de trauma toracoabdominal. El 30% se debe a la laxitud de los ligamentos fijadores del estómago. El cuadro clínico es inespecífico y requiere alta sospecha clínica. El diagnóstico es clínico-radiológico mediante tomografía computada de abdomen. El tratamiento tiene como objetivo principal evitar la isquemia gástrica. La laparotomía emergente sigue siendo la opción quirúrgica más común para pacientes con vólvulo gástrico, aunque se han descrito intervenciones laparoscópicas. La reducción quirúrgica con o sin gastropexia es el procedimiento más frecuentemente realizado. En este caso una hernioplastia hiatal y funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica.

Palabras claves (keywords): Vólvulo Gástrico. Hernia Hiatal. Obstrucción intestinal.

Correspondencia

Nombre: Valentina Paz Palacios Pawanton
Correo electrónico: vpalaci@umag.cl

LA TORSIÓN DE LÓBULO HEPÁTICO ACCESORIO Y VESÍCULA BILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Sandoval G¹; Rojo E¹; Sepúlveda L¹; Meyer R¹. **Tutor:** Vargas S².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
2. Médico Cirujano Pediátrico, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile.

Introducción: El dolor abdominal corresponde a un motivo de consulta frecuente en niños, el cual puede deberse a múltiples causas. Generalmente resulta difícil identificar la etiología del cuadro, debido a las manifestaciones inespecíficas que se presentan en estos pacientes. Se suele realizar estudio complementario con exámenes de laboratorio e imagenología para apoyar el diagnóstico, siendo la ecografía una excelente herramienta en pediatría. La afectación hepatobiliar como causa de abdomen agudo (AA) es poco frecuente en la edad pediátrica, siendo excepcional la causa de este cuadro producto de una torsión de vesícula biliar y de lóbulo hepático accesorio.

Presentación del caso: Paciente de 9 meses, consultó por 2 días de astenia, adinamia y fiebre. Al examen físico quejumbroso, pálido, abdomen distendido, doloroso y ruidos hidroaéreos disminuidos. Exámenes de laboratorio con elevación leve de parámetros inflamatorios y transaminasas. Ecografía de abdomen que muestra colección heterogénea en hipocondrio derecho con reacción inflamatoria vesicular. Se realiza tomografía computada para ampliar estudio, que informa probable apendicitis aguda, por lo que se decide realizar laparotomía exploradora. En el intraoperatorio se evidencia hallazgo de segmento accesorio hepático necrótico con cuadro torsional que incluye vesícula biliar, con apéndice ectópico sano. Se realiza colecistectomía, resección del segmento hepático y apendicectomía. Paciente con evolución clínica favorable, por lo que se da de alta al cuarto día postquirúrgico..

Discusión y conclusión: El lóbulo hepático accesorio es una anomalía congénita poco común que suele ser asintomática y de diagnóstico incidental, sin embargo, los pediculados se pueden torcer y causar un cuadro de AA. Nuestro paciente además presentó una torsión de la vesícula biliar asociada, situación que solo ha sido publicada en pediatría en un escolar, secundaria a trauma abdominal, siendo este el primer caso reportado en un lactante y el primer caso espontáneo informado a nivel mundial. Si bien su presentación clínica es muy inespecífica y su incidencia baja, se debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales de AA en pediatría, adquiriendo gran importancia la sospecha clínica y el estudio complementario. Actualmente su diagnóstico preoperatorio sigue siendo un desafío, por lo que la exploración quirúrgica precoz es esencial para así evitar posibles complicaciones de un diagnóstico tardío.

Palabras claves (keywords): Torsión. Lóbulo hepático. Vesícula biliar.

Correspondencia

Nombre: Emilia Araya Rojo Fernández
Correo electrónico: rojo.emilia@gmail.com



MEDIASTINITIS, ABSCESO PULMONAR Y FÍSTULA ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO PERIAMIGDALINO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Riquelme C¹; Riquelme L²; Alarcón C²; Monsalve I². **Tutor:** Gayoso R³.

Afiliaciones:

1. Alumno de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno(a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico internista, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: El absceso periamigdalino es la extensión supurativa de la amigdalitis aguda, su incidencia anual es de 30 por 100.000 habitantes. Suele ser polimicrobiano y puede descender a lo largo de los planos fasciales profundos del cuello hacia el mediastino provocando una mediastinitis o aún menos frecuente por aspiración, un absceso pulmonar que fistulice al esófago.

Presentación del caso: Mujer, 58 años, postrada. Consulta por fiebre de 2 días de evolución asociado a tos. Al examen físico presenta masa paracervical palpable, dolorosa. Laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios. Tomografía computada (TC) compatible con absceso periamigdalino con progresión caudal. Ingresa a pabellón, se realiza drenaje con salida a pus, extensión bajo manubrio esternal. Se inicia tratamiento con ceftriaxona-clindamicina. Por evolución tórpida, reingresa a pabellón, se objetiva líquido purulento comprometiendo mediastino medio y anterior. Persiste grave, TC torácico evidencia colecciones cervicales y mediastínicas con indicación quirúrgica. Cultivos resultan positivos para *Staphylococcus epidermidis* multirresistente, se ajusta tratamiento a Vancomicina 30 días después del ingreso. TC de control informa absceso pulmonar en lóbulo inferior derecho con signos de fistulización a esófago. Clínicamente asintomática, afebril, parámetros inflamatorios bajos por lo que se decide alta.

Discusión y conclusión: Clásicamente un absceso periamigdalino se presenta con un cuadro de amigdalitis persistente que no responde a tratamiento. La etiología frecuentemente involucra estreptococo del grupo A y anaerobios orales, a diferencia de nuestro caso en que el germen aislado es *Staphylococcus epidermidis* multirresistente. Al ser un germen atípico resistente, no es cubierto por la antibioterapia del manejo inicial, dando evolución a complicaciones letales. Un diagnóstico microbiológico precoz podría evitar la diseminación mediastínica y formación de un absceso pulmonar secundario a aspiración, evitando la extensión directa de éste en un empiema, fistula traqueoesofágica o aún menos frecuente como en nuestro caso una fistula broncoesofágica.

Palabras claves (keywords): Mediastinitis. Absceso periamigdalino. Absceso Pulmonar. Fístula Esofágica.

Correspondencia

Nombre: Cristóbal Hernán Riquelme Traipi
Correo electrónico: c.riquelme25@ufromail.cl

REPORTE DE CASO: MASTECTOMÍA TOTAL EN PACIENTE NO ONCOLÓGICA POR FASCITIS NECROTIZANTE.

Autores: Mccabe A¹; Monsalves V¹; Giubergia F¹; Larraguibel C¹. **Tutor:** Berrios C²; Díaz A³.

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Mastóloga, Unidad de Patología Mamaria, Hospital Luis Tisné, Santiago. Chile.
3. Cirujana, Residente de Mastología, Unidad de Patología Mamaria, Hospital Luis Tisné, Santiago. Chile.

Introducción: La fascitis necrotizante es una patología infecciosa poco común que afecta a los tejidos blandos, significando inflamación rápidamente progresiva y necrosis del tejido subcutáneo y fascia, conllevando gran morbimortalidad. Su localización en mama es aún más esporádica, confundiendo fácilmente con mastitis abscedada, patología de tratamiento más conservador.

Presentación del caso: Mujer de 37 años, con antecedentes de obesidad, diabetes mellitus tipo II insulino dependiente, hipertensión y artritis psoriática en tratamiento con metotrexato acude al servicio de urgencias por cuadro de 4 días de evolución de mastalgia derecha, asociada a aumento de volumen indurado en la zona que drena espontáneamente líquido purulento. Ingresó taquicárdica, taquipneica y febril hasta 39,6 °C. En los exámenes de laboratorio destaca leucocitosis de 17800/10³uL, PCR elevada y glicemia de 488 mg/dL. Se maneja como sepsis con sospecha de foco mastitis derecha con ceftriaxona y metronidazol endovenoso y realización de aseo quirúrgico local para defocar las zonas abscedadas. La paciente evolucionó de forma desfavorable, desarrollando cetoacidosis diabética, siendo trasladada a unidad de paciente crítico. Los cultivos obtenidos del aseo mostraron desarrollo de *Proteus mirabilis* multisensible, por lo que se ajustó tratamiento a ciprofloxacino más metronidazol, pese a lo que evolucionó de forma tórpida requiriendo tres nuevos aseos en menos de una semana, evidenciándose en este último compromiso de la fascia pectoral, diagnosticándose una fascitis necrotizante de mama. Se decide manejo con mastectomía total derecha e instalación de terapia de cierre asistido por vacío (VAC) aspirativo. En la biopsia postoperatoria se descartó malignidad. Tres días post mastectomía se logró cierre definitivo de herida operatoria con buena evolución y alta hospitalaria.

Discusión y conclusión: La fascitis necrotizante es una enfermedad poco común, pero de extrema gravedad. Su localización en mama es aún menos frecuente, lo que hace del diagnóstico un desafío, retrasando el tratamiento definitivo, deviniendo en una mastectomía total, como ocurrió en este caso. Es por esto que es clave la sospecha y búsqueda activa de esta patología especialmente en pacientes con factores de riesgo como los presentes en este caso: diabetes e inmunosupresión.

Palabras claves (keywords): Patología Mamaria. Mastectomía Total. Fascitis Necrotizante.

Correspondencia

Nombre: Amanda McCabe Belmar
Correo electrónico: amccabeb@gmail.com



REPORTE DE CASO: PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO.

Autores: Cifuentes C¹; Cáceres C¹; Baier I¹; Palacios G¹. **Tutor:** Arche J².

Afiliaciones:

1. Internos de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Cirugía General. Clínica Indisa. Santiago, Chile.

Introducción: El quiste pancreático más frecuente es el pseudoquiste pancreático, que corresponde a una acumulación de líquido segregado por el páncreas rodeado de una pared fibrosa sin revestimiento. Se produce como una complicación de una pancreatitis aguda o crónica, o a un traumatismo. Su tratamiento puede ser: conservador, drenaje quirúrgico abierto, drenaje quirúrgico laparoscópico o drenaje endoscópico. Este es el caso clínico de un hombre de 47 años que presentó un pseudoquiste pancreático secundario a una pancreatitis severa por hipertrigliceridemia.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 47 años con diagnóstico de pancreatitis severa secundaria a hipertrigliceridemia que evoluciona posteriormente con pseudoquiste pancreático. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis evidencia voluminosa colección 12,3 x 21 cm en el plano axial en contacto con cámara gástrica. Se ingresa de manera electiva para drenaje transgástrico más instalación de Stent cistogástrico. Endoscopía digestiva alta de control muestra prótesis in situ, se hace nuevo aseo endoscópico más necresectomía. TAC de abdomen y pelvis evidencia resolución completa de pseudoquiste pancreático..

Discusión y conclusión: Los pseudoquistes pancreáticos deben drenarse solo si persisten durante más de 4 a 6 semanas y tienen un tamaño mayor a 6 cm, causando síntomas o complicaciones como obstrucción de la salida gástrica u obstrucción biliar. El paciente presenta un pseudoquiste de 12,3 x 21 cm que contacta con la cavidad gástrica características que permiten la cistogastrostomía intraluminal. Actualmente este abordaje se ha convertido en la primera opción terapéutica, presenta como ventaja que es un procedimiento mínimamente invasivo, tiene menor costo, menor estadía hospitalaria, mejor calidad de vida y bajo índice de mortalidad.

Palabras claves (keywords): Pancreatitis severa. Pseudoquiste pancreático. Drenaje transgástrico. Stent cistogástrico.

Correspondencia

Nombre: Catalina Cifuentes Quijada
Correo electrónico: c.cifuentesquijada@gmail.com

PANCREATITIS AGUDA COMO PRESENTACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA.

Autores: Fuster R¹; Varas V¹; Espinoza C¹; Gonzalez W¹. **Tutor:** Sagredo H².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
2. Médico cirujano, Internista Geriátra. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

Introducción: La hernia diafrágica corresponde a la migración de estructuras abdominales hacia el tórax a través de un defecto en el diafragma. Pueden tener origen traumático o congénito y, aunque poco frecuentes, pueden ser graves. Su presentación clínica dependerá del hemitórax afectado y de su tiempo de evolución (agudo o crónico).

Presentación del caso: Paciente de femenino 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial, asma e hipotiroidismo, refiere cuadro de aproximadamente 5 meses de evolución de dolor abdominal en epigastrio, e hipocondrio izquierdo, mala tolerancia oral y un episodio de hematemesis, motivo por el cual consulta. A su ingreso destaca estable hemodinámicamente, afebril, con evidente desnutrición calórico proteica, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, e hipocondrio izquierdo, sin irritación peritoneal, y tacto rectal negativo para melena. Al laboratorio de ingreso destaca lipasa de 1190, amilasa de 427 y PCR 4, con pruebas hepáticas normales. Se complementa estudio con TAC de abdomen y pelvis que evidencia hernia diafrágica izquierda con ascenso gástrico. Una vez ingresada se realiza EDA que evidencia estómago con múltiples úlceras en cuerpo gástrico y esofagitis Los Ángeles A. Se decide resolución quirúrgica previa optimización nutricional. Se lleva a pabellón donde se realiza hernioplastia diafrágica izquierda por toracotomía, donde se evidencia hernia diafrágica izquierda reductible, con saco que contiene estómago y asas de colon, sin signos de isquemia. Paciente evoluciona favorablemente, con realimentación progresiva, con buen manejo del dolor, sin signos de complicaciones por lo que se decide alta.

Discusión y conclusión: En el presente reporte de caso se hace referencia a una presentación poco frecuente de la hernia diafrágica. La mencionada entidad tiene un espectro de presentación bastante amplio, que va desde asintomático a presentaciones graves, y la sospecha clínica es fundamental. Como la paciente tenía afectación sistémica dada por desnutrición se decide resolución quirúrgica. En este caso, la paciente tenía clínica y laboratorio de pancreatitis aguda, la cual no tenía origen biliar ni por hipertrigliceridemia, el motivo de consulta de la paciente fue finalmente el sangrado digestivo alto, el cual fue originado por úlceras de Cameron, propias de la hernia diafrágica.

Palabras claves (keywords): Pancreatitis. Hernia diafragmatica. Hernioplastia diafragmatica.

Correspondencia

Nombre: Roberto Ignacio Fuster Muñoz
Correo electrónico: roberto.fuster.m@hotmail.com



REPORTE DE CASO: PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE PRIMARIA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA.

Autores: Ojeda E¹; Nordenflycht S¹; Zecchetto S¹; Sielfeld M¹; Camus J¹. **Tutor:** Jara P².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.
2. Becado de Cirugía General. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile.

Introducción: La peritonitis esclerosante encapsulante (PEE) es la inflamación crónica peritoneal, debido a la formación continua de colágeno, que genera un engrosamiento peritoneal, afectando principalmente al intestino delgado, encapsulándolo, y produciendo cuadros de obstrucción intestinal aguda, subaguda o crónica, potencialmente grave. La etiopatogenia, así como su incidencia, se desconoce, siendo descrita desde 1978, en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. Su presentación idiopática es aún más infrecuente, con limitados estudios disponibles.

Presentación del caso: Paciente de 64 años, con antecedentes de enfermedad coronaria e hipertensión arterial, consulta por cuadro de epigastralgia y vómitos recurrentes de 1 mes de evolución, asociado hace 1 semana a diarrea y aumento del dolor abdominal. Ingresa pálido y diaforético, abdomen distendido y sensible a la palpación. TAC de abdomen y pelvis evidencia cambios de calibre en asas de yeyuno proximal, sin factor obstructivo, asociado a signos de encapsulación peritoneal. Endoscopia digestiva alta informa engrosamiento corpofúndico gástrico, compatible con estómago de lucha, sin evidencia de lesión tumoral. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia extenso compromiso inflamatorio de asas delgadas, con capa fibrosa blanquecina que las cubre, desde ángulo de Treitz hasta válvula ileocecal, en toda su circunferencia, incluido mesenterio. Se realiza adherenciólisis, sin lesión de asas, exponiéndolas en toda su extensión. Evolución post operatoria favorable, con buena tolerancia oral, tránsito intestinal conservado y ausencia de dolor abdominal. .

Discusión y conclusión: Este reporte de caso relata la presentación clínica de una causa de obstrucción intestinal muy infrecuente como es la PEE, en una de sus formas más infrecuentes, idiopática. Es una patología que se debe tener en consideración frente a un síndrome de obstrucción intestinal crónico.

Palabras claves (keywords): Peritonitis encapsulada esclerosante. Obstrucción intestinal. Dolor abdominal.

Correspondencia

Nombre: Edgardo Ojeda Rojas

Correo electrónico: edgardojoseojedarojas@gmail.com

PERITONITIS FECALOIDEA SECUNDARIA A PERFORACIÓN INTESTINAL POR LINFOMA DE BURKITT.

Autores: Reyes C¹; Cox V¹; Quiroz M²; Machuca S¹. **Tutor:** Vásquez M³.

Afiliaciones:

1. Interna Medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Interna Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
3. Becada Pediatría, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: El linfoma de Burkitt se presenta generalmente como una masa abdominal en niños entre 5 a 10 años y por su ubicación frecuentemente ileocecal genera cuadros clínicos que pueden confundirse con apendicitis aguda o invaginación intestinal. En casos avanzados, estas masas abdominales pueden complicarse con crisis suboclusivas, ocupación abdominal masiva o incluso, abdomen agudo. Dentro de estos últimos se encuentra la perforación intestinal, cuadro complejo con elevada morbimortalidad asociada. Ejemplo de esto es el caso de una menor de 6 años que presentó perforación intestinal secundaria a tumores abdominales de tipo Linfoma Burkitt.

Presentación del caso: Escolar de 6 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de 6 meses de dolor abdominal recurrente asociado a constipación. Consulta por empeoramiento de dolor abdominal, ausencia de deposiciones y fiebre. Al ingreso en servicio de urgencias destaca mal estado general, parámetros inflamatorios elevados y evidencia en scanner de pneumoperitoneo y masas abdominales en yeyuno, íleon, ovario y colon descendente. Paciente ingresa a pabellón en donde se evidencia líquido peritoneal abundante y seropurulento, asociado a perforación colónica de 1cm con salida de contenido fecaloídeo. Se resuelve quirúrgicamente con resección intestinal del segmento perforado y se toman biopsias de tumores, las cuales resultan compatibles con Linfoma Tipo Burkitt. .

Discusión y conclusión: Esta descripción de caso detalla la presentación complicada de un Linfoma Tipo Burkitt, que requiere manejo quirúrgico y cuidados médicos intensivos. Este reporte sirve de motivación para el estudio y detección temprana de linfomas intestinales, evitando así presentaciones más complicadas, con una morbimortalidad elevada.

Palabras claves (keywords): Peritonitis. Burkitt Lymphoma. Intestinal Perforation.

Correspondencia

Nombre: Catalina Paz Reyes Albornoz

Correo electrónico: catalinareyesalbornoz@gmail.com



PERITONITIS MECONIAL SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ATRESIA EN UN RECIÉN NACIDO.

Autores: Sandoval G¹; Rojo E¹; Sepúlveda L¹; Meyer R¹. **Tutor:** Vargas S².

Afiliaciones:

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

2. Médico Cirujano Pediátrico. Hospital Base Valdivia. Valdivia, Chile.

Introducción: La peritonitis meconial (PM) corresponde a la inflamación del peritoneo, asas intestinales y mesenterios producto de la presencia de meconio fetal en la cavidad peritoneal por una perforación intestinal in útero. Presenta una incidencia de 1 de cada 35.000 nacidos vivos. Las causas más comunes corresponden a lesiones isquémicas del intestino delgado y mesenterio asociado a obstrucción mecánica como atresia, vólvulo, invaginación intestinal y enfermedad de Hirschsprung. Clínicamente puede manifestarse como peritonitis meconial simple, ascitis meconial, peritonitis fibroadhesiva y quiste gigante.

Presentación del caso: Recién nacido pretérmino 34 semanas, con diagnóstico prenatal de peritonitis meconial, nace por cesárea de urgencia, empeorando condición clínica a los dos minutos que logra manejarse adecuadamente requiriendo intubación orotraqueal. Al examen gran aumento de volumen (AVO) escrotal derecho, sugerente de hidrocele, con sospecha de síndrome ascítico. Evoluciona con mayor AVO escrotal y cambio de coloración. Se decide iniciar antibioticoterapia y laparotomía exploradora, que da salida a meconio y líquido verdoso sin mal olor, identificándose 2 perforaciones a 6 centímetros de la válvula ileocecal y segmento atrésico yeyunal. Se realiza resección del segmento atrésico y anastomosis terminoterminal. Paciente evoluciona tórpidamente, con mayor compromiso general, distensión abdominal, dolor y elevación de parámetros inflamatorios, requiriendo múltiples laparotomías exploradoras y cambio de esquema antibiótico. Tras última cirugía evolución favorable, dándose de alta..

Discusión y conclusión: El diagnóstico ecográfico prenatal es fundamental ya que se asocia a menor morbimortalidad neonatal. Tras el nacimiento la perforación intestinal puede pasar clínicamente desapercibida y si se asocia a un conducto peritoneo vaginal permeable, puede presentarse excepcionalmente con una tumoración escrotal calcificada por el paso de meconio al escroto. Se recomienda el manejo expectante pues algunos evolucionan a la mejoría espontánea. Aquellos que requieran cirugía se pueden beneficiar de una anastomosis primaria, con baja tasa de morbimortalidad. El manejo postoperatorio debe siempre considerar que la pared intestinal está crónicamente inflamada, presentando frecuentemente trastornos de la motilidad intestinal. A pesar de la baja incidencia, consideramos que es un diagnóstico que debe tenerse presente ante la presencia de los hallazgos ecográficos, representando un desafío para el médico tanto en su abordaje como tratamiento.

Palabras claves (keywords): Peritonitis meconial. Obstrucción intestinal. Ascitis

Correspondencia

Nombre: Gabriela Fernanda Sandoval Mendoza

Correo electrónico: gsandoval4279@gmail.com

TROMBOSIS VENOSA PORTOMESENTÉRICA AGUDA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO.

Autores: De La Maza P¹; Larraguibel C¹; Gothe M¹; Elizondo D¹; Vargas J¹. **Tutor:** Reyes G².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Cirugía. Hospital del Salvador. Santiago, Chile.

Introducción: La trombosis venosa portomesentérica (TVPM) es una patología poco común y potencialmente letal asociada a isquemia mesentérica aguda. Su prevalencia va en aumento asociado al incremento en las técnicas imagenológicas para cuadros abdominales. Los factores etiológicos para su desarrollo incluyen estasis venosa, daño del endotelio esplácnico y estados trombofílicos sistémicos. Su presentación clínica varía desde un hallazgo incidental, dolor abdominal inespecífico, hasta complicaciones potencialmente mortales debido a la congestión venosa como el desarrollo de hipertensión portal e infarto intestinal. La anticoagulación a largo plazo es el pilar fundamental del tratamiento de TVPM.

Presentación del caso: Paciente femenino de 51 años sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta en el servicio de urgencia por cuadro de una semana de evolución de náuseas y vómitos asociado a dolor abdominal difuso. En exámenes de ingreso destaca leucocitosis y PCR sobre 150. Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen que describe trombosis portomesentérica con compromiso de asas de intestino delgado. Se iniciaron antibióticos empíricos y anticoagulación. Evoluciona con incremento súbito del dolor por lo que ingresa a pabellón en donde se resecan 160 cm de intestino delgado dado compromiso vital, con posterior reexploración en 48 horas para ileostomía terminal. Ingres a unidad de paciente crítico (UCI) donde evoluciona de forma favorable. Se realizó estudio en búsqueda de trombofilias hereditarias y búsqueda de neoplasias con TC de cabeza, cuello y tórax, con resultados negativos.

Discusión y conclusión: El caso corresponde a un cuadro infrecuente y causa inusual de abdomen agudo. La importancia de un diagnóstico precoz de TVPM es esencial para disminuir la morbimortalidad asociada. Para nuestra paciente, un diagnóstico tardío significó la resección de gran parte del intestino delgado. Se destaca la importancia del descarte de neoplasias dada su elevada prevalencia como causa de trombosis no provocadas. Por otro lado, la anticoagulación iniciada en la paciente podría alterar la búsqueda de trombofilias, sin embargo, se debe evaluar el riesgo y beneficio frente a suspender, ya que esta terapia es esencial para el seguimiento mientras los métodos diagnósticos actuales no permitan llegar a una causa precisa de su TVPM.

Palabras claves (keywords): Dolor abdominal. Trombosis venosa. Isquemia mesentérica. Sistema porta.

Correspondencia

Nombre: Paula De la Maza Lepe
Correo electrónico: pauladelamaza16@gmail.com

TUMOR DE KRUKENBERG SECUNDARIO A CÁNCER GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Vergara D¹; Martínez J¹; Maldonado F¹; Marchant S¹; Duran C¹. **Tutor:** Barrientos J².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
2. Cirujano de tórax. Hospital Dr. César Garavago Burotto. Talca, Chile.

Introducción: El tumor de Krukenberg se diagnostica bajo dos criterios básicos: a) Metástasis ovárica caracterizada por la presencia de células malignas de estirpe epitelial mucosecretoras en «anillo de sello» y b) existencia de proliferación pseudo-sarcomatosa del estroma ovárico. Generalmente secundario a un cáncer gástrico, pero puede originarse en cualquier órgano en que aparezcan carcinomas mucinosos (mama, intestino, etc).

Presentación del caso: Se presenta caso de paciente de 75 años, previo consentimiento informado, con antecedentes de HTA. Posee diagnóstico de Cáncer de UGE Siewert II. Biopsia compatible con adenocarcinoma pobremente diferenciado ulcerado, con componente en anillo de sello. TAC TAP sin evidencias de diseminación. Laparoscopia sin carcinomatosis. Recibe QT neoadyuvante. Se realiza gastrectomía total ampliada, Esofagoyeyunoanastomosis en Y de roux y Colectistectomía. Biopsia diferida informa Adenocarcinoma poco diferenciado. Posteriormente recibe QMT adyuvante. Durante seguimiento, TAC TAP con aparición de signos de carcinomatosis peritoneal y Masas sólido-quísticas parauterinas de aspecto neoplásico, de posible origen anexial, con hidroureteronefrosis derecha y leve a izquierda. Radiológicamente se considera dentro del diagnóstico diferencial un tumor de Krukenberg..

Discusión y conclusión: Ante hallazgos radiológicos con patrón morfológico característico que consiste en grandes masas ováricas bilaterales sólidas, en una paciente portadora de una neoplasia gástrica en etapificación o en control post quirúrgico, se plantea el diagnóstico de un tumor de krukenberg. En esta paciente se decide manejo paliativo. El tumor de Krukenberg es raro, de origen metastásico cuya principal característica microscópica es la de presentar células en anillo de sello. Es parcialmente desconocido, y sus mecanismos endocrinos y bioquímicos no están dilucidados totalmente. La vía de diseminación metastásica es muy debatida. El diagnóstico es controvertido, puesto que las metástasis ováricas pueden ser indistinguibles de los tumores de ovario (androblastoma, tumor fibrotecal, etc). El pronóstico es extremadamente pobre, con sobrevida de 3 a 10 meses. Solamente el 10% sobrevive más de dos años desde el diagnóstico.

Palabras claves (keywords): Metástasis de la neoplasia. Tumor Krukenberg. Neoplasia gástrica.

Correspondencia

Nombre: Diego Antonio Vergara Inostroza
Correo electrónico: diego.vergara.inostroza@gmail.com



REPORTE DE CASO: SCHWANNOMA DEL NERVIIO VAGO.

Autores: Hormazábal B¹; Sielfeld C¹; Nordenflycht S¹; Ojeda E¹; Zecchetto S¹. **Tutor:** Quintana F².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.
2. Medico especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile.

Introducción: El Schwannoma es un tumor que se origina en las células perineurales de Schwann. En el nervio vago, es el segundo subtipo histológico más frecuente, por detrás del paraganglioma. Suele aparecer en la tercera a sexta década de vida, como masa laterocervical indolora, de lento crecimiento, sin sintomatología neurológica, dificultando su diagnóstico preoperatorio.

Presentación del caso: Paciente femenino de 65 años, con antecedente de ACV isquémico, consulta a policlínico de Neurocirugía por cuadro de 4 meses de evolución, caracterizado por disfonía neurogénica leve-moderada. Resonancia magnética de cuello informa lesión expansiva de foramen yugular, con extensión intracraneana a través de este y espacio carotídeo derecho, asociado a signos de denervación de cuerdas vocales y músculo constrictor faríngeo ipsilateral, sugerente de Schwannoma del nervio vago. Ingresa para resolución quirúrgica. Angiografía de vasos cuello por tomografía computarizada mostró masa hipervascular, de realce heterogéneo en espacio carotídeo derecho, de 4.6×3×3.4 cm, que desplaza significativamente hacia medial arteria carótida interna derecha. Se realiza resección de tumor de base de cráneo, evidenciando nervio vago en cada extremo del tumor. Paciente evoluciona favorablemente, persistiendo con disfonía moderada. Al día siguiente, presenta ptosis palpebral, enoftalmo y miosis derecha, compatible con síndrome de Horner..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso describe la presentación clínica de un caso infrecuente, el Schwannoma de nervio vago a nivel de base de cráneo, el cual presenta un desafío diagnóstico y requiere alto índice de sospecha. Este reporte debe servir para incentivar la resolución quirúrgica, de buen rendimiento, que logra mantener el nivel neurológico basal previo a la cirugía.

Palabras claves (keywords): Schwannoma. Nervio vago. Cirugía de Cabeza y Cuello.

Correspondencia

Nombre: Benjamín Hormazábal Arenas
Correo electrónico: benjahormazabal8@gmail.com



PARCHE HEMÁTICO EN FUGA AÉREA PERSISTENTE SECUNDARIA A NEUMONÍA POR COVID-19: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Nogueira P¹; Esnouf S¹; Migueles M¹; Tala F¹. **Tutor:** Radich J².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile
2. Cirujana de tórax, Hospital Barros Luco Trudeau. Santiago, Chile.

Introducción: La neumonía por SARS-CoV-2 puede presentar múltiples complicaciones, dentro de las que se encuentra el neumotórax espontáneo, cuyo manejo puede verse obstaculizado por la presencia de una fuga aérea persistente secundaria a una fístula broncopleural. Una alternativa de manejo es la pleurodesis mediante el uso de parches hemáticos. El mecanismo de acción de esta terapia no está completamente dilucidado, sin embargo ha demostrado tener buena efectividad. Se presenta el caso de una mujer de 72 años con neumotórax asociado a neumonía por SARS-CoV-2, cuyo manejo involucró el uso de parches hemáticos.

Presentación del caso: Mujer de 72 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica terminal, hipertensión arterial y neumonía leve por COVID-19 en agosto de 2020. Ingresa en octubre de 2020 por un cuadro caracterizado por dolor opresivo en hemitórax derecho y disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos. Al examen físico destaca murmullo pulmonar disminuido a derecha. Se realiza radiografía de tórax que muestra neumotórax completo y se procede a realizar pleurostomía. Evoluciona con fuga de aire persistente y se decide realizar pleurodesis mediante uso de parche hemático, logrando reexpansión pulmonar completa y retiro de tubo sin incidentes. Dos días después sufre un quiebre clínico con aumento de apremio respiratorio y desaturación, constatándose reproducción del neumotórax. Se maneja con pleurostomía y nuevo parche hemático, autorretirándose accidentalmente el tubo dos semanas después. Se maneja de forma expectante tras lo cual la paciente evoluciona favorablemente del punto de vista clínico y con evidencia imagenológica de pulmón re-expandido al 100%.

Discusión y conclusión: La neumonía por SARS-CoV-2 ha sido un desafío en cuanto a su variada presentación clínica y la ausencia de protocolos de manejo estandarizados. Una alternativa de manejo para la fuga de aire persistente podría ser la pleurodesis mediante parches hemáticos. Este procedimiento destaca por su facilidad para aplicar, bajo costo económico y rapidez de instalación, sin embargo aún no es ampliamente utilizado y faltan estudios para certificar su efectividad clínica e informar en qué tipo de situación clínica tendría mayor beneficio.

Palabras claves (keywords): Fuga de aire. Parche hemático. Pleurodesis. Neumotórax. COVID-19

Correspondencia

Nombre: Paloma Nogueira Llovet
Correo electrónico: palomanogueirall@gmail.com



TUMOR DE ESTROMA GASTROINTESTINAL DE YEYUNO, REPORTE DE CASO.

Autores: Aguilar A¹; Laroze J¹; Muñoz P¹; Sagredo C¹; Oviedo C¹. **Tutor:** Osses J².

Afiliaciones:

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

Introducción: Los tumores de intestino delgado constituyen alrededor del 2% de todas las neoplasias del tubo digestivo. Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son el tipo más común de tumores primarios de yeyuno-íleon. Se presentan generalmente entre los 40-60 años. La forma de presentación varía según el segmento afectado y el grado de invasión; es por ello la dificultad en el diagnóstico y su pesquisa en etapas avanzadas.

Presentación del caso: Paciente femenino de 56 años, hipertensa, con cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal en fosa iliaca izquierda asociado a compromiso de estado general, vómitos y melena. Impresiona vigil, hemodinámicamente estable, abdomen sensible en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal con melena al tacto rectal. En los exámenes destaca hemoglobina de 9 g/dl, leucocitos 12.570 cel/mm³ y PCR 2.1 mg/L. Tomografía computarizada (TAC) contrastada, revela lesión tumoral sólida de asas sigmoideas de aspecto neoplásico. Se realiza colonoscopia sin hallazgos patológicos. Evoluciona con dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza laparotomía exploradora que evidencia hemoperitoneo de 3000 cc secundario a lesión de aspecto tumoral intestinal perforada a 150 cm de válvula ileocecal de 50 mm de diámetro, se realiza resección e ileostomía en cañón de escopeta. Evolución favorable; biopsia informa tumor estromal gastrointestinal (GIST) de bajo grado y riesgo moderado, bordes negativos, infiltrante en pared de intestino delgado con compromiso de serosa y expresión de CD117 y DOG1..

Discusión y conclusión: Los GIST habitualmente asintomáticos; suelen debutar con hemorragia digestiva alta (70%), obstrucción (20%) o perforación intestinal (9%), generalmente en etapas avanzadas; la presentación de un GIST con hemorragia digestiva baja es infrecuente, por lo que es necesario un alto índice de sospecha apoyado en los estudios adecuados. Se recomienda la TAC para diagnóstico y etapificación. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica con márgenes negativos y confirmación diagnóstica por histología con una sobrevida a 5 años de 65% en tumores menores de 5 cm. La inmunohistoquímica se caracteriza por la expresión de CD117 y DOG1 en un 90% de los casos. Otros marcadores incluyen CD34 (70%), SMA (30%) y S100 (<5%), negativos en nuestro caso.

Palabras claves (keywords): Tumores del Estroma Gastrointestinal. Neoplasias del Yeyuno. Hemorragia Gastrointestinal

Correspondencia

Nombre: Andrés Ignacio Aguilar Aguilera
Correo electrónico: a.aguilard02@ufromail.cl



REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

Autores: Farías D¹; Leiva V¹; González A¹; Faba G¹. **Tutor:** Gabrielli M².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Cirugía Digestiva. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El Síndrome de Arteria Mesentérica Superior (SAMS) es el cuadro causado por la compresión del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal debido a una disminución de las almohadillas de grasa visceral retroperitoneal. Tiene una incidencia estimada de 0.013-0.3% y se estima una mortalidad del 33%. Suele afectar a pacientes con pérdida ponderal importante. Su etiología se puede dividir a grandes rasgos en congénita o adquirida. El cuadro clínico clásico es una obstrucción intestinal (OI). El diagnóstico se confirma mediante ultrasonido o Tomografía Computarizada (TC), donde se aprecian compresión de la tercera porción del duodeno con dilatación de la primera y segunda porción, ángulo aorto-mesentérico menor a 25° y distancia aortomesentérica menor a 8-10 mm.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 25 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, con historia de cuatro meses de dolor abdominal postprandial epigástrico, progresando en los seis días previos a consulta con aumento de la intensidad del dolor hasta 8/10 según escala visual análoga (EVA), asociado a náuseas, vómitos, constipación y escaso tránsito de gases. Al examen físico destaca abdomen distendido, doloroso a la palpación difusa. Ruidos hidroaéreos aumentados, sin signos de irritación peritoneal. La TC abdominal muestra íleo mecánico secundario a SAMS, sin isquemia de asas ni signos de perforación. En urgencias se instala sonda nasogástrica, evacuando contenido bilioso. Se ingresa para manejo quirúrgico. Se realiza duodeno-yeyuno anastomosis por vía laparoscópica, sin incidentes. Paciente evoluciona de manera favorable y se decide el alta médica..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso evidencia un cuadro de OI que requirió resolución quirúrgica. Pese a que SAMS es poco frecuente, el enfrentamiento sindromático de OI para esta paciente permitió un manejo oportuno. Este síndrome es una emergencia médica, donde el diagnóstico y el manejo temprano es fundamental.

Palabras claves (keywords): Dolor Abdominal. Obstrucción Intestinal. Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior. Anastomosis Quirúrgica.

Correspondencia

Nombre: Daniela Paz Farías Nesvadba
Correo electrónico: dpfarías@uc.cl

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL METASTÁSICO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Barra C¹; Torres G¹; Aburto C¹. **Tutor:** Gallardo D².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina Universidad San Sebastián sede Puerto Montt, Puerto Montt, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad Diego Portales, Chile, Tutor.

Introducción: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es una forma rara y agresiva de cáncer de piel con un alto riesgo de recurrencia y metástasis, a menudo dentro de los dos o tres años posteriores al diagnóstico inicial. Es 40 veces más raro que el melanoma y los factores de riesgo incluyen la exposición al sol, piel clara, más de 50 años y un sistema inmunológico debilitado. Las células de Merkel (MC) fueron descritas por primera vez por Friedrich Merkel en 1875 como células claras asociadas con fibras nerviosas. La lesión primaria de CCM se distingue por la ausencia de características clínicas distintivas y rara vez se sospecha en el momento de la biopsia. El CCM a menudo se presenta como una pápula o nódulo dérmico de color azul rojizo, asintomático y de rápido crecimiento que se desarrolla en el transcurso de semanas o meses.

Presentación del caso: Paciente de 73 años, sexo masculino con antecedentes de DM2, Retinopatía diabética, amputación, cardiopatía coronaria, HTA, DLP, Hábito tabáquico. Refiere aparición de lesión en marzo 03/2021 evaluado el 09/04/2021 derivado con prioridad, presenta lesión nodular con signos de sangrado de 9x9 mm, que afecta tercio medio del margen palpebral superior izquierdo. Se realiza resección de tumor, más biopsia que informa un tumor maligno poco diferenciado, sólido, ulcerado y hemorrágico infiltrante en dermis reticular con Histología compatible con carcinoma de células de Merkel. Se realiza TAC TAP 14/05 donde se aprecian múltiples implantes peritoneales. Nódulos pulmonares bilaterales, hepáticos y un nódulo en glándula suprarrenal izquierda. Sugerente de lesiones secundarias. TAC cerebral 19/05 informa múltiples metástasis cerebrales. Paciente falleció el 25/05, con rápida progresión de la enfermedad tras 2 meses entre el diagnóstico y estudio de extensión..

Discusión y conclusión: Los esfuerzos para avanzar en el conocimiento de la enfermedad se ven limitados por su rareza, la falta de marcadores específicos confiables para el diagnóstico y los variados sistemas de estadificación. Debido a sus características histológicas similares, generalmente se cree que el MCC se deriva de MC cutáneos o de un precursor común.

Palabras claves (keywords): Carcinoma. Metástasis. Tumores de la piel. Células de Merkel.

Correspondencia

Nombre: Constanza Barra Huanel

Correo electrónico: constanza.barra.hl@gmail.com



FISTULA RECTO-VESICAL DE ORIGEN TUBERCULOSO: DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Pérez V¹; Oyarzún C¹; Muñoz P¹; Sagredo T¹. **Tutor:** Muñoz N^{2,3}.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Cirujano Coloproctólogo Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La tuberculosis gastrointestinal (TBC-GI) es infrecuente. El compromiso rectoanal se manifiesta como hemorragia digestiva baja, enfermedad fistulosa y abscesos. El diagnóstico definitivo está dado por la confirmación de bacilos tuberculosos en el tejido asociado a un estudio histopatológico compatible. La tomografía computarizada (TC) permite detectar complicaciones locales, tales como la fístula recto-vesical (FRV), cuyos síntomas más comunes son la neumaturia y fecaluria. El tratamiento de elección para la TBC-GI es la terapia antituberculosa, sin embargo frente a compromiso extenso o presencia de complicaciones se debe plantear tratamiento quirúrgico. Presentamos el proceso diagnóstico y terapéutico de un paciente con TBC-GI con FRV.

Presentación del caso: Paciente de 46 años sin comorbilidades, consulta por síndrome consuntivo, tos, tenesmo y neumaturia. El TC muestra una lesión cavitada pulmonar y engrosamiento parietal del recto inferior con una colección pélvica. La baciloscopia y el cultivo de expectoración resultan compatibles con TBC, iniciándose el tratamiento correspondiente. Biopsia de intestino grueso confirma presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes. Se realiza una colostomía en asa como primer tiempo quirúrgico para la reparación posterior de la FRV. Luego de completar el tratamiento antituberculoso, se completa estudio con una cistoscopia que evidencia una lesión fistulosa y una colonoscopia que confirma orificio fistuloso a 6cm del margen anal. El segundo tiempo quirúrgico se realiza de manera electiva, de forma combinada entre equipo de coloproctología y urología, los primeros realizan reparación del recto en zona de fístula, reconstitución del tránsito de colostomía en asa previa e ileostomía en asa, mientras que urología realiza cistotomía con cierre de orificio fistuloso. El paciente evoluciona favorablemente. En rectoscopia de control se comprueba indemnidad del recto. Actualmente en espera de cierre de ileostomía..

Discusión y conclusión: Nuestro caso destaca el abordaje multidisciplinario en el cual se combinaron distintas herramientas diagnósticas y terapéuticas. La TBC-GI se debe tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de enfermedad rectoanal complicada.

Palabras claves (keywords): Neumaturia. Fístula. Tuberculosis. Colostomía. Cistotomía.

Correspondencia

Nombre: Valentina Pérez Belmar
Correo electrónico: valentinapb17@gmail.com

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL OCASIONADA POR ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Morgado B¹; Palacios V¹; Mancilla J¹; Saavedra T¹; Westermeier B¹. **Tutor:** Quintana C².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
2. Cirujano general, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

Introducción: El íleo biliar es una obstrucción intestinal mecánica debido a la impactación de uno o más cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal por medio de una fístula colecistoentérica. Representa el 1-3% de las obstrucciones intestinales y menos del 0.5% de las complicaciones de la colelitiasis. El lugar más común de obstrucción intestinal es el íleo distal. La tasa de mortalidad varía entre 12-27%, presentándose en pacientes de edad avanzada y múltiples comorbilidades.

Presentación del caso: Paciente masculino de 75 años, sin antecedentes, consulta en servicio de urgencias por sintomatología de cuatro días de evolución caracterizado por vómitos y dolor abdominal en epigastrio, punzante, irradiado a dorso, asociado a disnea de reposo y fiebre de 39°C. A la exploración física hemodinámicamente inestable, con dolor abdominal difuso a la palpación en hemiabdomen superior. Análisis clínico informa leucocitosis (16.000) con elevación de proteína C reactiva (38.39). Se solicita radiografía abdominal evidenciando obstrucción intestinal a nivel de yeyuno y aerobilia. Se hospitaliza para resolución quirúrgica mediante laparotomía exploradora y enterotomía, identificando dos cálculos de 3 centímetros de diámetro impactados en íleon. Se reseca segmento comprometido con anastomosis latero-lateral mecánica tipo Barcelona Anastasio terminal funcional. Paciente evoluciona sin inconvenientes.

Discusión y conclusión: El diagnóstico de obstrucción intestinal por íleo biliar se realiza generalmente en el postoperatorio a causa de sintomatología poca específica. Un 30% es diagnosticado de forma preoperatoria, apoyado por estudios de imagen. La radiografía simple de abdomen aporta información poco específica, salvo en los casos donde se presente la tríada de Rigler, generalmente la presencia de 2 signos son suficientes para realizar el diagnóstico. La tomografía computada evidencia neumobilia, oclusión intestinal, litos ectópicos en la luz intestinal, colecistitis crónica y fístula biliodigestiva, por lo que se considera el estudio de elección para el diagnóstico de íleo biliar. El tratamiento quirúrgico se centra en 3 procedimientos: Enterolitotomía, enterolitotomía con colecistectomía realizada en cirugía posterior, enterolitotomía con colecistectomía y cierre de fístula. La enterolitotomía es el tratamiento más conservador y se prefiere en pacientes con alto riesgo quirúrgico, su recurrencia es de 4-5% dentro del primer mes del postoperatorio.

Palabras claves (keywords): Obstrucción intestinal. íleo biliar. Colelitiasis.

Correspondencia

Nombre: Bruno Antonio Morgado Herrera
Correo electrónico: bmorgado@umag.cl

HIDROTÓRAX HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO POR CIRROSIS BILIAR PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Duran C¹; Martínez J¹; Maldonado F¹; Marchant S¹; Vergara D¹. **Tutor:** Barrientos J².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

2. Cirujano de tórax. Hospital Regional de Talca. Talca, Chile.

Introducción: El hidrotórax hepático es una complicación mecánica poco frecuente de la cirrosis hepática en etapa de hipertensión portal, presentándose en un 5 a 15% de estos pacientes que debutan con derrame pleural. El diagnóstico incluye la documentación de un derrame pleural y la exclusión de causas alternativas, siendo un desafío diagnóstico para el equipo.

Presentación del caso: Paciente femenino de 67 años, previo consentimiento informado, con antecedentes de DHC Child C por cirrosis biliar primaria, varices esofágicas, HTA y DM2 IR. Inicia cuadro clínico de 2 semanas de evolución de dolor torácico, disnea, ortopnea y tos seca. Ingresa con murmullo pulmonar abolido. Radiografía de tórax evidencia ocupación completa hemitórax derecho. TAC de tórax con derrame pleural masivo derecho, atelectasia ipsilateral y opacidades parenquimatosas. Cirujano torácico decide pleurocentesis diagnóstica y obtiene líquido transudado con predominio Mononuclear, sin otras alteraciones. Sospecha diagnóstica de Hidrotórax hepático. Se instala pleurostomía derecha con campleo intermitente. Imagen control posterior 24 horas con reexpansión pulmonar. Se inicia manejo depletivo y retiro de pleurostomía. Alta hospitalaria y control. .

Discusión y conclusión: Ante resultado de líquido pleural y antecedente de DHC se sostiene diagnóstico de Hidrotórax hepático. Se debe realizar una Toracocentesis y estudio del líquido pleural. El diagnóstico se establece al demostrar la comunicación pleuroperitoneal usando una gammagrafía después de inyectar macroagregados de albúmina marcada con Tc-99m intraperitoneal, lo cual no se realiza con frecuencia. El hidrotórax hepático es una complicación poco frecuente a considerar en un derrame pleural de un paciente con cirrosis hepática. El estudio imagenológico inicial y del líquido pleural son fundamentales para el diagnóstico. El tratamiento médico no es suficiente y la toracocentesis evacuadora tiene un papel fundamental. La pleurodesis y TIPS han mostrado buenos resultados en algunos grupos de pacientes, pero el trasplante hepático se mantiene como el único tratamiento probablemente curativo.

Palabras claves (keywords): Hidrotórax. Toracocentesis. Cirrosis hepática.

Correspondencia

Nombre: César Ignacio Duran Faúndez

Correo electrónico: cesar.duran.01@alu.ucm.cl



REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE MIRIZZI COMO COMPLICACIÓN DE COLELITIASIS.

Autores: Casanova B¹; Vásquez C¹; Vergara V¹; Curihual R¹. **Tutor:** Blanco H².

Afiliaciones:

1. Interna Medicina Universidad Mayor, Temuco, Chile
2. Médico especialista en Cirugía General, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación de colelitiasis crónica, menor al 1%. Los pacientes con síndrome de Mirizzi pueden presentar ictericia, fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho. Clasificación de Csendes los divide en 5 categorías de la I-V según el compromiso de la vía biliar y desarrollo de fístulas colecistocolédociana y en su etapa más compleja fístulas colecistoentéricas.

Presentación del caso: Mujer de 44 años, consultó por cuadro de dolor abdominal de tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, ictericia de mucosas, asociado a náuseas y vómitos, sin fiebre. Se objetivó ictericia obstructiva, ecografía abdominal evidenció colelitiasis con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin factor obstructivo visible. Colangiografía magnética mostró cálculo en bacinete que comprime y dilata vía biliar hacia proximal con fisiología tipo Mirizzi. Su tratamiento consistió en una colecistectomía inicialmente laparoscópica que requirió conversión a técnica abierta, se envió muestra a estudio diferido, y se dejó drenaje tipo Jackson Pratt en espacio de Morrison, asociado a tratamiento antibiótico.

Discusión y conclusión: El presente caso detalla la colecistopatía crónica de causa colelitiásica, con manifestación de ictericia obstructiva determinado por compresión extrínseca de la vía biliar y síndrome de Mirizzi tipo 1, siendo requerido la necesidad en primera instancia de colecistectomía laparoscópica y convertida a colecistectomía parcial abierta para resolución de cuadro clínico. El reporte de caso hace referencia a la importancia de pesquisa temprano de la colelitiasis aun en sus casos asintomáticos, por el riesgo de complicaciones a largo plazo como lo es síndrome de Mirizzi un desafío para el área quirúrgica.

Palabras claves (keywords): Síndrome de Mirizzi. Colelitiasis. Estudios de Casos.

Correspondencia

Nombre: Bernardita Haydée Casanova Ordoñez
Correo electrónico: bernardita.casanova@mayor.cl

DESPLAZAMIENTO DE BANDA GÁSTRICA EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Autores: Rodríguez H¹; Meza V¹; Alvarez P¹. **Tutor:** Davanzo C².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
2. Cirujano Digestivo. Hospital La Florida, Santiago, Chile.

Introducción: La banda gástrica es un procedimiento restrictivo para bajar de peso que compartimentaliza la porción cefálica del estómago mediante el posicionamiento de una banda protésica ajustable. Una de sus complicaciones post-operatorias en relación a la banda es el desplazamiento de ésta. Dado que es una técnica en desuso, es poco frecuente ver pacientes con banda que presenten un cuadro clínico compatible con desplazamiento.

Presentación del caso: Reportar el caso de un paciente adulto obeso con antecedente de banda gástrica con síntomas gastrointestinales de larga data secundarios a un desplazamiento de ésta. Se presentan características clínicas, imagenológicas y alternativas terapéuticas.

Discusión y conclusión: Paciente sexo femenino 46 años con antecedente de banda gástrica el 2010 consulta en Poli de cirugía digestiva por cuadro de 1 año de evolución de disfagia lórica asociado a saciedad precoz, regurgitación y vómitos post-prandiales, especialmente con sólidos. Niega baja de peso, episodios de melena ni hematemesis. Ha estado en tratamiento con omeprazol, viadil y trimebutino por largo tiempo sin lograr remisión de los síntomas. Al interrogatorio dirigido refiere fracaso en perder peso, poca adherencia a dieta y transgresiones alimentarias frecuentes. En la endoscopia digestiva alta se evidencia una esofagitis grado B de Los Ángeles y un estrechamiento en el cuerpo gástrico. La radiografía de esófago, estómago y duodeno muestra un cambio en el eje de la banda, haciéndose más horizontal, asociado a una división del estómago en dos cavidades unidas por un estrecho lumen donde apenas pasa medio de contraste. Dada la sintomatología de la paciente, se decide en conjunto retirar la banda gástrica.

Palabras claves (keywords): Banda gástrica. Desplazamiento. Estrechamiento gástrico

Correspondencia

Nombre: Hernán Felipe Rodríguez Saavedra
Correo electrónico: hfrdriguez@uc.cl



IMPORTANCIA DE LA IMAGENOLÓGÍA EN EL DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE LA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS PULMONARES: REPORTE DE CASO.

Autores: Avendaño G¹; Bernedo V¹; Bohn B¹; Oviedo C¹; Barra P¹. **Tutor:** Salas R².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Médica Cirujana, Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares (CPAM), antiguamente llamada malformación adenomatoidea quística (MAQ), histológicamente corresponde a una proliferación anormal de bronquiolos respiratorios terminales entre las 5 y 6 semanas de gestación con una prevalencia estimada de 0.87 - 1.92 por 10.000 recién nacidos vivos. Se presenta el caso de embarazada de 24 años, múltipara de 1, derivada hacia centro terciario por ecografía obstétrica a las 20 + 2 semanas de embarazo con sospecha de CPAM para confirmación diagnóstica.

Presentación del caso: Múltipara de 1 cursando embarazo de 20 + 2 semanas derivada a hospital terciario por ecografía morfológica informada como sospecha de MAQ derecha. Se realiza nueva ecografía morfológica a las 23 + 4 semanas por el equipo de Medicina Materno Fetal que confirma sospecha y también informa derrame pleural derecho trilaminar y polihidramnios. Se completó estudio con resonancia magnética fetal, informada como MAQ tipo I - II sin otras alteraciones. Al no asociarse con otras malformaciones evidentes, en evaluación conjunta con Cirugía Infantil, actualmente con criterio de resolución quirúrgica postnatal, sin embargo, se decide seguimiento ecográfico para evaluación morfológica mensual con el objetivo de ir reevaluando la conducta periódicamente..

Discusión y conclusión: En este caso se puede observar la relevancia de complementar la ecografía obstétrica con una resonancia magnética fetal según indican las revisiones sistemáticas recientes, para aumentar la sensibilidad diagnóstica hasta un 59%. Una vez hecho el diagnóstico, es importante buscar dirigidamente otras malformaciones asociadas para determinar el pronóstico y tratamiento del cuadro, el cual puede ser fetal o diferido posterior al parto según cada caso. No hay consenso sobre el momento de interrupción del embarazo, se debe evaluar en conjunto con Neonatología y Cirugía Infantil.

Palabras claves (keywords): Diagnóstico Prenatal. Anomalías Congénitas. Malformación Adenomatoide Quística Congénita del Pulmón. Ultrasonografía Prenatal. Imagen por Resonancia Magnética.

Correspondencia

Nombre: Gonzalo Alonso Avendaño Riffo
Correo electrónico: gon.avenda@gmail.com



CORIOCARCINOMA POSTERIOR A EMBARAZO DE TÉRMINO. REPORTE DE CASO.

Autores: Oviedo C¹; Aguilar A¹; Monsalve I¹; Bernedo V¹; Avendaño G¹. **Tutor:** Verdugo A².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: El coriocarcinoma es una neoplasia trofoblástica gestacional infrecuente, de rápido crecimiento y gran potencial metastásico. Se origina mayormente tras un embarazo molar, sin embargo, también se describe en aborto, embarazo ectópico, y embarazo de término, este último con incidencia 1 en 160.000 embarazos. Se presenta caso de púérpera de un mes con coriocarcinoma posterior a un embarazo de término con recién nacido sano.

Presentación del caso: Femenina de 35 años, multípara de 2, púérpera de 1 mes de parto vaginal de término, policonsultante por sangrado uterino anormal (SUA). Ingresa con sangrado activo y hematocrito 23%. Destaca β -hCG 924 mUI/ml. Ecografía transvaginal: endometrio ecogénico, grosor 20 mm. Se realiza aspiración manual endouterina, biopsia sugerente de coriocarcinoma. Evoluciona estable. Posterior al alta, reingresa en 2 semanas por SUA refractario a tratamiento, compromiso hemodinámico y anemia severa (hematocrito 22%); se realiza histerectomía y salpingectomía bilateral. Biopsia: "Neoplasia trofoblástica gestacional, Estadio I de FIGO, tipo histológico: Coriocarcinoma". β -hCG 957 mUI/ml. Sin diseminación metastásica. Score de riesgo OMS 2. Se indica quimioterapia con metotrexato con buena respuesta..

Discusión y conclusión: El coriocarcinoma es una neoplasia muy infrecuente y su desarrollo tras un embarazo de término es excepcional. En estos casos el diagnóstico es tardío, pues a diferencia de embarazos molares o abortos, no se realiza estudio rutinario de placenta. Clínicamente, como el caso reportado, se presenta como SUA; y según su ubicación metastásica puede haber hemoptisis, hemorragia digestiva, cefalea, etc. En púérperas es necesario un alto índice de sospecha basado en la clínica y niveles de β -hCG elevados, pudiendo no ser necesaria la confirmación histopatológica. La histerectomía fue realizada en el contexto de sangrado incoercible, sin embargo, no es de regla. La etapificación se realiza con imágenes de cerebro, tórax, abdomen y pelvis según los sitios metastásicos más frecuentes, en el caso expuesto fue FIGO I (limitado al útero). Se establece score de riesgo OMS para determinar el tratamiento y pronóstico, nuestra paciente resultó con score 2 (bajo riesgo), por lo que la quimioterapia monodroga está indicada. En estos casos la tasa de supervivencia es cercana al 100%, siendo fundamental el seguimiento por el riesgo de recaídas.

Palabras claves (keywords): Embarazo. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Coriocarcinoma.

Correspondencia

Nombre: Catalina Natalia Oviedo Ramírez
Correo electrónico: c.oviedo01@ufromail.cl



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A LAS 20 SEMANAS.

Autores: Godoy G¹; Vizcarra F¹; Fuentealba D¹; Sanhueza S¹. **Tutor:** Chacano R².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Cesfam Canela, Canela Baja, Coquimbo, Chile.

Introducción: La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. Tiene una prevalencia de un 8-10%; de éstas, 80% son en embarazos de término y un 20% en embarazos de pretérmino. La RPM <24 semanas es una complicación obstétrica de baja incidencia, ocurre en el 0.35% de los embarazos, sin embargo, está asociada a una alta tasa de morbilidad materna y perinatal. En Chile la Prematurez es la principal causa de morbilidad perinatal. Un 27% de los partos prematuros son debido a la rotura prematura de membranas, hecho que demuestra la importancia de este problema.

Presentación del caso: Mujer de 38 años, multípara de 1, sin antecedentes mórbidos, cursando un embarazo de 20 semanas de gestación. Acude al servicio de urgencia del Hospital San José por cuadro de inicio súbito, caracterizado por pérdida de abundante líquido por genitales, transparente y sin olor característico. Se pesquisan latidos cardíacos fetales positivos y se realiza especuloscopia, en la cual se objetiva salida de abundante líquido transparente por el orificio cervical externo. Se toma muestra del líquido y se realiza amniocentesis, el cual resulta positivo, confirmándose la RPM. Se hospitaliza para inicio de terapia antibiótica empírica con ceftriaxona, clindamicina y azitromicina.

Discusión y conclusión: La rotura prematura de membranas <24 semanas tiene como principales complicaciones, la corioamnionitis (30-50%) y el parto prematuro con consecuente hipoplasia pulmonar, por lo tanto, se debe iniciar de manera empírica la administración de antibióticos, confirmar la integridad de la unidad feto placentaria, edad gestacional y decidir el uso de corticoides, el cual en RPM < 24 es discutible, pudiéndose realizar a las 24 semanas o cuando sea inminente la interrupción del parto.

Palabras claves (keywords): Corioamnionitis. Hipoplasia pulmonar. Corticoides.

Correspondencia

Nombre: Gabriel Godoy Toro

Correo electrónico: Gabriel.godoy.t@usach.cl



EMBARAZO GEMELAR BICORIAL BIAMNIOTICO EN PACIENTE CON HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SEVERA SOBREGREGADA, A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Vizcarra F¹; Fuentealba D¹; Godoy G¹. **Tutor:** Barros J².

Afiliaciones:

1. Interno de medicina, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.
2. Medico Cirujano, Centro de Salud Familiar Dr. Mario Salcedo. Santiago, Chile.

Introducción: El embarazo gemelar se presenta en el 1% del total de embarazos, y por definición es un embarazo de alto riesgo por su asociación con complicaciones como parto prematuro, síndromes hipertensivos, restricción del crecimiento fetal. En este trabajo se hará énfasis en la importancia de la sospecha y manejo precoz del síndrome hipertensivo en paciente con embarazo múltiple.

Presentación del caso: Paciente de 33 años, múltipara de uno, cursando un embarazo gemelar bicorial biamniótico de 36 semanas y 4 días, asociado a hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada y restricción de crecimiento intrauterino estadio 1 en ambos fetos. Al ingreso paciente refiere cefalea de reciente comienzo, de intensidad moderada, predominio frontal, asociado a fotopsias. Al examen físico destaca Presión arterial 143/83. En la analítica destaca: proteinuria 24 horas: 626 miligramos. Ecografía: Ambos fetos bajo el percentil 2 de peso según edad. Ambas placentas altas en pared anterior y líquido amniótico normal. Doppler umbilical y Arteria cerebral media normal en ambos fetos. Monitoreo fetal intraparto: desaceleraciones precoces, variabilidad conservada, frecuencia cardíaca fetal 140 y 145 latidos por minuto. Con lo anterior se decide la interrupción del embarazo la cual sucede sin complicaciones.

Discusión y conclusión: La hipertensión crónica con preeclampsia con signos de severidad sobreagregada es una manifestación grave de los síndromes hipertensivos durante el embarazo. Dentro de los factores de riesgo se encuentra el embarazo múltiple. La búsqueda de signos de severidad a través de la clínica y un panel de exámenes, además del control durante el embarazo se hace indispensable para tomar una conducta adecuada a tiempo para evitar complicaciones.

Palabras claves (keywords): Embarazo múltiple. Preeclampsia. Restricción del crecimiento intrauterino.

Correspondencia

Nombre: Felipe Vizcarra Valderrama
Correo electrónico: Felipe.vizcarra@usach.cl

HIDATIDOSIS DE LOCALIZACIÓN INHABITUAL EN PACIENTE EN EDAD FÉRTIL.

Autores: Monsalve I¹; Oviedo C¹; Riquelme L¹. **Tutor:** Verdugo A².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La equinococosis quística o hidatidosis es una zoonosis de distribución mundial causada por el parásito *Echinococcus granulosus*. En Chile se estima una incidencia de 1,48 casos por 100000 habitantes/año. Se caracteriza por lesiones quísticas que se presentan en su mayoría en hígado (70%) y pulmón (20%); otras localizaciones como sistema nervioso central (3%) y músculo esquelético (0,5-4%) son menos frecuentes. La hidatidosis espinal (HE) corresponde al 50% de este último, con especial importancia por sus consecuencias de discapacidad, morbilidad y mortalidad.

Presentación del caso: Femenina de 20 años consulta por lumbago de un año de evolución asociado a paresia e hipoestesia de extremidades inferiores. Resonancia magnética (RM): Masa sólido-quística 13x7x10 cm con compromiso osteolítico del segundo segmento sacro y cuerpo vertebral S1, la cual ocupa completamente el canal raquídeo, mostrando extensión a partes blandas peri y paravertebrales. Sin localizaciones extra espinales. Biopsia lesión: fragmentos de membranas hidatídicas. Se realiza artrodesis lumbopélvica, extracción de quistes y descompresión central. Paciente ingresa a los 2 años por síndrome de compresión medular. RM: Quistes intrarraquídeos extramedulares. Se objetiva embarazo 20+5 semanas. Se realiza revisión de fijación lumbopélvica, mantiene uso de albendazol, manejo del embarazo de alto riesgo y cesárea electiva a las 37 semanas..

Discusión y conclusión: La equinococosis quística se adquiere por vía oral. El *Echinococcus* atraviesa la circulación del huésped, dando origen a quistes de localización variada. La HE es infrecuente y se estima que es de diseminación primaria, probablemente la situación de la paciente presentada, pues no presentaba quistes extra espinales. La localización en columna dorsal es más frecuente (49,9% casos), ubicaciones lumbosacras solo se encuentran en 9% de las HE. El diagnóstico de HE es clásicamente tardío. Se presenta como un síndrome de compresión medular y dolor, por lo que es importante la sospecha en pacientes que habitan en zonas endémicas. El manejo es generalmente quirúrgico asociado a antiparasitarios, aun así, con tasas altas de recidiva. En el caso de la paciente, el agravante del embarazo fue una situación particularmente desafiante, ya que requirió cirugía para la descompresión y estabilización espinal y uso de fármacos antiparasitarios los que son categoría C durante el embarazo.

Palabras claves (keywords): Hidatidosis. *Echinococcus granulosus*. Síndrome de compresión medular.

Correspondencia

Nombre: Isabella Constanza Monsalve Gayoso
Correo electrónico: isamonsalve.g@gmail.com

ENDOMETRIOSIS URETERAL PROFUNDA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Vergara V¹; Casanova B¹; Ollier C¹; Vásquez C¹; Zuñiga D¹. **Tutor:** Ochoa N².

Afiliaciones:

1. Interno Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital de Victoria, Victoria, Chile.

Introducción: La endometriosis corresponde a glándulas endometriales y estroma en sitios extrauterinos, es una enfermedad crónica, inflamatoria, hormono dependiente. Si bien, la endometriosis es un proceso común, su afectación ureteral es una entidad rara, alcanzando una prevalencia de tan sólo del 0,1%. La endometriosis ureteral puede ser intrínseca o extrínseca y es un diagnóstico complejo, pues su sintomatología es de lenta instauración.

Presentación del caso: Paciente de 47 años, con antecedentes de anexectomía parcial izquierda por endometriosis tubaria y ovárica, consultó cuatro meses posterior a cirugía por episodio de dolor intenso de cinco días de evolución, en región lumbar izquierda, incapacitante, asociado a hematuria. Al examen físico destacó sensibilidad en hipogastrio, puño percusión negativa. Se realizaron exámenes imagenológicos: Pielotac mostró hidroureteronefrosis izquierda, resonancia magnética nuclear informó endometriosis profunda fibro-cicatricial en receso pelviano posterior, compromiso de ligamento útero sacro, foco infiltrante en recto superior, adherencias en ovario izquierdo, el cual se encontraba aumentado de tamaño a expensas de gran endometrioma, compromiso fibro-cicatricial secundario a endometriosis en tercio distal del uréter izquierdo. Comité médico, decidió resolución quirúrgica pese a complejo diagnóstico, la pelvis izquierda fue sellada, se realizó uretrolisis laboriosa con extirpación de ligamentos uterosacros, anexectomía izquierda total y resección nódulo rectal, sin incidentes. Biopsia informó endometriosis en tejido fibroadiposo. Actualmente paciente sin episodios de dolor, reincorporada a su vida laboral. .

Discusión y conclusión: La endometriosis del tracto urinario es una entidad poco común, sin embargo es fundamental sospecharla de forma precoz pese a tener curso silente, pues llega a ser incapacitante para muchas pacientes. Es necesario contar con técnicas imagenológicas y planificación quirúrgica minuciosa para este tipo de diagnósticos, por su alta asociación a complicaciones intraoperatorias.

Palabras claves (keywords): Sistema Urinario. Endometriosis. Uréter.

Correspondencia

Nombre: Valentina Vergara Vásquez

Correo electrónico: valentina.vergara@mayor.cl



TUMOR BORDERLINE OVÁRICO, UNA PATOLOGÍA CON UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Letelier M¹; Vásquez M¹; Kuramochi K¹; Berrios J¹. **Tutor:** Sanhueza R².

Afiliaciones:

1. Estudiante Medicina 5º año Universidad Mayor, sede Temuco, Temuco, Chile.
2. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Pitrufquén, Pitrufquén, Chile.

Introducción: Los tumores de ovario borderline (TOB) son un grupo heterogéneo de lesiones histológicas de difícil diagnóstico que necesitan al menos 2 de 3 características para ser consideradas TOB: escasa estratificación celular, escasa atipia celular, ausencia de invasión estromal. Representan el 14% de las neoplasias ováricas primarias y 60% son tumores serosos

Presentación del caso: Paciente 32 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, usuaria de dispositivo intrauterino. Es referida al servicio de ginecología por hallazgo de masa anexial. Al tacto vaginal se palpa masa anexial móvil. Se realiza ecografía transvaginal mostrando ovario derecho quístico de 90x81mm con patrón vidrio esmerilado y múltiples tabiques ecorrefringentes confluyentes hacia el centro, sin flujo al Doppler ni líquido libre. Se le realiza laparotomía de Pfannenstiel para hacer anexectomía derecha. La biopsia de la pieza quirúrgica se informó como tumor mucinoso borderline unilocular. Buen control postoperatorio, resultados de marcadores tumorales (MT) destaca una alteración del CA19-9 en 44,7u/mL (normal 0-39). Se deriva a comité oncológico previo tomografía axial computarizada + MT.

Discusión y conclusión: Se ha encontrado como factor de riesgo de TOB la infertilidad y terapia de reemplazo hormonal. La clínica del TOB incluye dolor, presión abdominopélvica y dispareunia, sin embargo, el 14-50% de los casos son asintomáticos. Los TOB exhiben un comportamiento intermedio en cuanto a la clínica y a los factores de riesgo entre los cistoadenomas benignos y los carcinomas de ovario invasivos (COI), lo que hace difícil diagnosticar solo por clínica. Los criterios histológicos son el mejor método de distinción entre las tres patologías mencionadas, aun así, los MT como: alfa-fetoproteína, beta-gonadotropina, CA-125, Antígeno Carcinoembrionario, CA19-9, pueden ser útiles en el diagnóstico precoz y sobre todo en el seguimiento de pacientes. El tratamiento corresponde a la extirpación de la masa anexial, la laparoscopia convencional presenta buenos resultados. Entre las complicaciones más comunes destaca torsión, hemorragia o rotura. Esta patología tiene una tasa de supervivencia a 5-10 años de 67-99% dependiendo del nivel histológico en que se hallaba el tumor, con 2-7% de posibilidades de progresar a COI. Los TOB tienen incidencia baja, siendo un desafío terapéutico para el clínico y un dilema diagnóstico para el anatomopatólogo.

Palabras claves (keywords): Neoplasias Ováricas. Ginecología. Neoplasias / Neoplasm Ovarian. Neoplasm. Gynecology.

Correspondencia

Nombre: Mariel Isidora Letelier Reyes
Correo electrónico: mariel.letelier@mayor.cl



FIBROMA DE OVARIO, REPORTE DE CASO.

Autores: Muñoz P¹; Aguilar A¹; Laroze J¹; Sagredo C¹; Sagredo H¹. **Tutor:** Aguilera G².

Afiliaciones:

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

Introducción: Los fibromas ováricos son tumores benignos muy poco frecuentes, representando solo un 4% de todos los tumores de ovario. Se presentan en cualquier edad, pero predominan en la reproductiva y perimenopausia, con promedio a los 48 años. Son de crecimiento lento y en general asintomáticos en etapas iniciales, sin embargo, al momento de presentación se distinguen hallazgos clínicos que suelen ser interpretados como una lesión de tipo maligna, incluso puede cursar con elevación del marcador tumoral CA-125. La cirugía es el tratamiento de elección, permite el diagnóstico histológico definitivo y suele resolver todo el cuadro.

Presentación del caso: Paciente de 80 años que acude por cuadro de meses de evolución de dolor hipogástrico asociado a hematuria y tenesmo vesical. No se describe baja de peso u otros síntomas asociados. Al examen físico destaca masa abdominal hipogástrica de aproximadamente 10 cm, dolorosa a la palpación, no móvil y de consistencia dura. Se realizó TC de abdomen y pelvis que mostró hidroureteronefrosis bilateral por compresión extrínseca del tercio distal de ambos uréteres. Eco-TV sin alteraciones en cuello ni útero, pero que mostró moderada cantidad de líquido libre. RM de pelvis en la que destaca una masa ovárica izquierda de 12x8x9 cm, que dada sus características imagenológicas establece la sospecha de fibroma. Estudio con marcadores tumorales: Ca-125: 36 y Ca19-9: 2. Por criterio de tamaño tumoral, se decide resolver quirúrgicamente y en consideración a la edad de la paciente se optó por histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, enviando la pieza a biopsia diferida, la cual resultó ser compatible con fibroma ovárico..

Discusión y conclusión: Debido a su baja frecuencia existe poca literatura al respecto, sin embargo, se describen principalmente cuadros clínicos caracterizados por dolor hipogástrico y ascitis. Y otros casos en los que se asocia ascitis con derrame pleural constituyendo el síndrome de Demons-Meigs. En general, cuadros que clínicamente orientan a patología tumoral maligna. Es aquí donde el estudio imagenológico detallado juega un rol fundamental para establecer un diagnóstico prequirúrgico, permitiendo hacer un correcto diagnóstico diferencial y considerar esta patología incluso cuando su forma de presentación no sea alguna de las descritas clásicamente, como lo es en este caso.

Palabras claves (keywords): Fibroma. Ovario. Síndrome de Meigs.

Correspondencia

Nombre: Pedro Muñoz Albarrán

Correo electrónico: pmunozalbarran@gmail.com



REPORTE DE CASO: TUBERCULOSIS PERITONEAL, COMO SIMULADOR DE CARCINOMATOSIS POR CÁNCER DE OVARIO AVANZADO.

Autores: Sagredo C¹; Muñoz P¹; Pérez V¹; Oyarzun C¹; Sagredo H². **Tutor:** Velásquez P³.

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Alumna quinto año Medicina Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
3. Medico cirujano, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el microorganismo *Mycobacterium tuberculosis*. A nivel mundial, se estima que el 22% de la población está infectada; siendo Chile, un país de baja incidencia (14 casos por 100.000 habitantes), pero con pocos avances en relación a su eliminación a lo largo de los años. La tuberculosis abdominal comprende cerca del 5% de todos los casos de tuberculosis en todo el mundo. La sospecha diagnóstica debe ser alta en pacientes con manifestaciones clínicas relevantes con un factor epidemiológico asociado. Sin embargo, esta tarea puede ser difícil, y nublarse ante diagnósticos diferenciales como el cáncer de ovario avanzado.

Presentación del caso: Femenina, 52 años, antecedentes de HTA crónica, hipotiroidismo, AR. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de baja de peso, distensión abdominal y dolor abdominal difuso. Ingresa con signos vitales normales, Glasgow 15. Laboratorio, destaca anemia leve normocítica normocrómica. TC TAP, engrosamiento parietal a nivel del colon descendente, masa anexial izquierda hipodensa de 24x13 mm, ascitis moderada, signos de carcinomatosis peritoneal. EDA y colonoscopia dentro de límites normales. CA125, 633. Se presenta a comité oncológico. Laparotomía exploradora: impresiona carcinomatosis peritoneal, con compromiso de peritoneo, omento, intestinos, útero y anexos, se toma muestra de omento y peritoneo. Biopsia, tejido fibroconectivo y adiposo, con proceso inflamatorio crónico granulomatoso de tipo tuberculoso. Examen citológico, negativo para células neoplásicas malignas. Se deriva a infectología, para iniciar tratamiento correspondiente. .

Discusión y conclusión: La tuberculosis abdominal incluye la afección del tracto gastrointestinal, peritoneo, ganglios linfáticos y/u órganos sólidos abdominales, pudiendo originarse por diseminación hematógena, contigua desde órganos adyacentes o por diseminación linfática. Dentro de sus factores de riesgo, la inmunosupresión es el más importante. Sus manifestaciones clínicas y hallazgos radiológicos son variables e inespecíficos, siendo en la tuberculosis peritoneal, la ascitis y el dolor abdominal los puntos cardinales, y el engrosamiento del omento y peritoneo, lo más característico. Teniendo esto en consideración, no es infrecuente que esta patología se superponga a otras enfermedades con pronósticos y tratamientos totalmente diferentes, como es la carcinomatosis peritoneal, y finalmente el diagnóstico definitivo, sólo lo puede entregar el estudio histológico.

Palabras claves (keywords): Tuberculosis peritoneal. *Mycobacterium tuberculosis*. Ascitis.

Correspondencia

Nombre: Catherine Sagredo Torres
Correo electrónico: casagredo1@gmail.com

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL MÉDICO GENERAL.

Autores: Marchant B¹; Cuevas A¹; Fuentes C¹; Acuña S¹; Arias M². **Tutor:** Alarcón C³.

Afiliaciones:

1. Internas de Medicina de la Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Alumno de Medicina de la Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
3. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es el compromiso inflamatorio-infeccioso del tracto genital superior. Es una infección frecuente e importante en mujeres en edad reproductiva, afectando al 11% de ellas. Además, se destaca por sus potenciales secuelas reproductivas y altas tasas de recurrencia.

Presentación del caso: Mujer de 34 años, consulta por dolor sordo en hemiabdomen inferior que ha aumentado progresivamente hasta 8/10 en escala de dolor en 7 días, asociado a fiebre intermitente de hasta 38,5°C. Presenta abdomen doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y sensibilidad a la movilización anexial. Exámenes de laboratorio destacan alza de parámetros inflamatorios y ecografía transvaginal muestra lesión anexial derecha multilocular heterogénea de 54x42x58 milímetros. Se diagnostica absceso tubo-ovárico en contexto de una EIP. Se hospitaliza indicando tratamiento antibiótico de amplio espectro endovenoso y analgesia. Luego de 48 horas persiste con fiebre, dolor abdominal y sin cambios ecográficos significativos. Se planifica cirugía laparoscópica y se realiza histerectomía total, anexectomía derecha y salpingectomía izquierda, constatando previamente ausencia de deseo de paridad..

Discusión y conclusión: La enfermedad inflamatoria pélvica es el compromiso inflamatorio-infeccioso del tracto genital superior. Su principal mecanismo de infección es por vía ascendente. Entre los factores de riesgo se encuentra edad entre 15-25 años, conducta sexual de riesgo, antecedentes de EIP e inserción de dispositivo intrauterino. Los principales gérmenes involucrados son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. El cuadro clínico es inespecífico y el 60% de los casos son asintomáticos. Para el diagnóstico se utilizan los criterio de Hager, donde al menos uno de los tres criterios mayores permiten hacer el diagnóstico: dolor a la palpación de fondo uterino, dolor a la palpación anexial y/o dolor a movilización cervical. La laparoscopia es el gold standard como método diagnóstico, sin embargo, su uso no es rutinario y es de alto costo. El tratamiento puede ser médico con antibióticos de amplio espectro y/o quirúrgico dependiendo del deseo de paridad, compromiso orgánico y gravedad en cada paciente. Las secuelas de EIP son dolor crónico, embarazo ectópico, recurrencia e infertilidad.

Palabras claves (keywords): Enfermedad inflamatoria pélvica. Dolor pélvico. Abdomen agudo.

Correspondencia

Nombre: Bárbara Daniela Marchant Mendoza
Correo electrónico: barbara.marchant.mendoza@gmail.com



MASTITIS PUERPERAL Y ABSCESO MAMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Cuevas A¹; Fuentes C¹; Marchant B¹. **Tutor:** Alarcón C².

Afiliaciones:

1. Internas de Medicina de la Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: La mastitis puerperal es una complicación inflamatoria relacionada con la lactancia materna, que afecta entre 2 a 33% de mujeres en lactancia, usualmente asociada a un proceso infeccioso bacteriano, frecuentemente por *Staphylococcus aureus*, el cual puede progresar hacia absceso mamario frente al fracaso o ausencia de tratamiento. Los principales factores de riesgo son grietas del pezón, uso de cremas en pezones, técnicas incorrectas de amamantamiento, e historia de mastitis en puerperios previos.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una mujer de 22 años, puérpera tardía, con antecedentes de mastitis puerperal y absceso mamario izquierdo previo, consulta por cuadro de dolor mamario izquierdo, inicialmente asociado a eritema y edema. Transcurridas 2 semanas evoluciona con induración, aumento de volumen fluctuante y ulcerativo, doloroso a la palpación y movilización, en cuadrante inferior izquierdo de la mama izquierda, de 5x5 centímetros. Se inicia manejo antibiótico con cloxacilina 500 miligramos vía oral por 2 días sin respuesta satisfactoria, por lo que se decide hospitalización y drenaje quirúrgico, asociado a ceftriaxona 2 gramos por día. Tras 3 días de hospitalización, la paciente es dada de alta por evolución favorable y disminución importante de signos inflamatorios, con indicación de lactancia materna a libre demanda, cefadroxilo 500 miligramos cada 12 horas por 7 días, y control en su centro de salud día por medio para curación simple. .

Discusión y conclusión: La mastitis constituye una de las principales causas de discontinuación de lactancia materna, siendo detrimental para la evolución del cuadro. Pese a lo anterior, el manejo adecuado de esta patología, basado en medidas generales, como drenaje del pecho, analgesia y tratamiento de grietas, asociado a antibióticos orales, preferentemente penicilinas antiestafilocócicas, le confiere buen pronóstico y escasa morbilidad. Asimismo, debido a la similitud entre sus características clínicas, dentro de los diagnósticos diferenciales se debe considerar al cáncer inflamatorio de mama. Los profesionales de salud de atención primaria deben contar con un alto índice de sospecha para diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, además de ser partícipes en la prevención mediante educación de las usuarias.

Palabras claves (keywords): Trastornos puerperales. Mastitis. Absces. Mama.

Correspondencia

Nombre: Andrea Valentina Cuevas Palma
Correo electrónico: avcuevas98@gmail.com



CESÁREA DE URGENCIA POR SÍNDROME DE HELLP EN PRIMIGESTA DE 37 SEMANAS.

Autores: Fuentes C¹; Marchant B¹; Cuevas A¹. **Tutor:** Alarcón C².

Afiliaciones:

1. Internas de Medicina de la Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: El Síndrome de HELLP, es una complicación grave del embarazo con incidencia de 20% en usuarias con preeclampsia en Chile, caracterizado por la tríada de anemia hemolítica microangiopática (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y trombocitopenia (LP). El tratamiento definitivo es interrumpir el embarazo.

Presentación del caso: Mujer de 33 años, primípara de 37 semanas de gestación, sana, con controles prenatales vigentes, consulta por dolor epigástrico de un día de evolución, progresivo, transfixiante, 8/10 en escala de dolor, asociado a presión arterial de 145/102 mmHg. No presenta alteraciones neurológicas y la monitorización corrobora la vitalidad fetal. Sus exámenes indican: trombocitopenia (77000/mL), aspartato aminotransferasa (GOT): 207, alanina aminotransferasa (GPT): 178, lactato deshidrogenasa (LDH): 2463, hemoglobina: 14 mg/dl y función renal normal. Debido a la sospecha de síndrome de HELLP como manifestación de preeclampsia severa, se realizó cesárea de urgencia y posteriormente ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos. Durante la estadía se mantiene con sulfato de magnesio en infusión continua por 24 horas evolucionando favorablemente y normotensa. Por estabilidad clínica, la paciente es trasladada a sala común, para continuar cuidados del puerperio y eventual alta..

Discusión y conclusión: Los principales factores de riesgo del síndrome de HELLP son la multiparidad, abortos recurrentes, preeclampsia, edades extremas de la madre, o haber cursado con HELLP en un embarazo previo. Se presenta clínicamente con dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, y malestar generalizado. Su diagnóstico se basa en los siguientes criterios: LDH \geq 600 UI/L, elevación de GOT o GPT más del doble del límite superior normal, y plaquetas $<$ 100.000/mL. Diagnósticos diferenciales incluyen: hígado graso agudo del embarazo, púrpura trombocitopénica trombótica y lupus eritematoso sistémico. La interrupción se puede realizar inmediatamente, recomendada para gestaciones mayores a 34 semanas, o diferida, tras 48 horas, con previa administración de corticoides sistémicos, para gestaciones entre 27 y 34 semanas. El pronóstico suele ser favorable, aunque son frecuentes las complicaciones maternas, como hematoma subcapsular hepático o desprendimiento de placenta, y las neonatales, como prematuridad y bajo peso al nacer.

Palabras claves (keywords): Hipertensión inducida en el embarazo. Preeclampsia. Síndrome de HELLP.

Correspondencia

Nombre: Claudia Andrea Fuentes Gatica
Correo electrónico: c.fuentesgatica97@gmail.com

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL, ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO Y MANEJO ONCOLÓGICO.

Autores: Vega J¹; Soto C¹; Farias J¹; Vidal D¹; Condeña M¹. **Tutor:** Pertossi E².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
2. Ginecólogo-Oncólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) consiste en una proliferación anormal de tejido trofoblástico y pueden seguir a una mola hidatiforme o un embarazo molar. Se presenta en 2-7 por cada 100.000 embarazos en Europa y América del Norte. Se debe sospechar una NTG ante pacientes con antecedentes de una mola completa o incompleta y en seguimiento con B-hCG con valores persistentemente elevados.

Presentación del caso: Paciente femenino de 47 años, múltipara de 3 partos vaginales, sin antecedentes médicos relevantes, con diagnóstico de embarazo molar confirmado con biopsia y b-HCG en y tratado con dos legrados uterinos. Paciente posteriormente evoluciona al mes de su cirugía con compromiso de conciencia, inestabilidad hemodinámica asociada a sangrado intenso. Se realizó histerectomía total de urgencia, dentro de los hallazgos operatorios se observa lesión compatible con mola, confirmada. Ingresa al equipo de Onco-Ginecología Hospital Sótero del Río para continuar seguimiento. Al ingreso presenta disnea de esfuerzo con B-HCG en 47.047 y se realizó TAC-TAP que informa presencia de nódulos pulmonares bilaterales de aspecto sospechoso y lesión compleja sólida quística anexial derecha. Se define mola invasora etapa III score 4. Se decide realizar tratamiento con Metotrexato-Leucovorina. Actualmente con niveles de B-HCG en 322 en su 5° ciclo..

Discusión y conclusión: La NTG suele presentarse como cuadros de sangrado uterino anormal posterior a un evento gestacional. Se debe tener en cuenta que aproximadamente el 15 % de los pacientes desarrollará invasión local a partir de una mola hidatiforme completa y el 5% podría presentar enfermedad metastásica. Los niveles de B-hCG, según criterios FIGO 2018, son característicos de una NTG en caso de presencia se meseta en los niveles de hCG luego de 3 semanas o más desde el tratamiento de una ETG o aumento de los valores de hCG durante 3 mediciones consecutivas semanales en un periodo de 2 o más semanas. Además, es importante evaluar la presencia de metástasis en los sitios más frecuentes: pulmón (80%), vagina (30%), SNC (10%), hepático (10%).

Palabras claves (keywords): Enfermedad trofoblástica gestacional. Neoplasia trofoblástica gestacional. Mola hidatiforme invasora.

Correspondencia

Nombre: Jesús Ricardo Vega Quispe
Correo electrónico: jrvega1@uc.cl

CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN EMBARAZADA CON EDEMA DE EXTREMIDADES INFERIORES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Basaure M¹; Riquelme C¹; Alarcón C²; Riquelme L². **Tutor:** Romero S³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno(a) de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Ginecoobstetra, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: Las cardiopatías complican cerca del 1% de los embarazos, dentro de ellas, las cardiopatías congénitas (CC) son relevantes en el grupo de las mujeres en edad fértil. Los avances en cardiología y cirugía cardíaca han permitido que más del 85% de los niños con CC sobrevivan hasta la edad reproductiva. El embarazo conlleva cambios fisiológicos sustanciales que representan una carga adicional y requieren la adaptación del sistema cardiovascular. Estos cambios, tolerados en las gestantes sin cardiopatía, exponen a la mujer con enfermedad cardiovascular a riesgos importantes.

Presentación del caso: Mujer de 21 años, con antecedentes de comunicación interventricular (CIV), comunicación interauricular (CIA), ductus arterioso persistente (DAP) operada. Cursando embarazo de 36 semanas, sin controles prenatales, consulta por cuadro de disnea, disnea paroxística nocturna, ortopnea y edema de extremidades inferiores que empeoraron en el último trimestre. Capacidad funcional clase III según New York Heart Association. Ecocardiograma destaca ventrículo izquierdo dilatado con fracción de eyección preservada, cavidades derechas dilatadas con función sistólica preservada, sin shunt residual al Doppler en zonas de defecto. Se programa interrupción del embarazo a las 37 semanas..

Discusión y conclusión: Con este caso se evidencia la importancia del control prenatal, ya que tenemos a una embarazada sin controles previos que consulta a las 36 semanas de embarazo con sintomatología de insuficiencia cardíaca (IC), un rol crucial cumple el clínico para diferenciar sintomatología orientadora de patología y cambios fisiológicos propios del embarazo dada la implicancia que tiene sobre la mortalidad materno-fetal. El embarazo representa un nuevo reto en este grupo de pacientes con CC, cuyo manejo se complica por la contraindicación de medicamentos tradicionales para el tratamiento de IC y el momento de interrupción del embarazo. Se debe enfatizar la educación preconcepcional tomando en consideración los riesgos que conlleva un embarazo con una concomitante CC.

Palabras claves (keywords): Heart failure. Pregnancy. Congenital heart defects.

Correspondencia

Nombre: Manuel Basaure Bórquez

Correo electrónico: m.basaure01@ufromail.cl



REPORTE DE CASO: FUNDAMENTOS CLÍNICOS DE MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA.

Autores: León D¹; López F¹; Delgado S¹; Giacaman S¹; López I². **Tutor:** López I².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Obstetricia y Ginecología. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile.

Introducción: La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) está constituida por un amplio espectro de tumores relacionados con el embarazo que se originan por defectos en la diferenciación del trofoblasto. Esta puede evolucionar de forma benigna, como ocurre en los casos de mola hidatiforme parcial y completa, o de forma maligna en los casos de neoplasia trofoblástica gestacional. Se describe que la mola hidatiforme puede presentarse como sangrado uterino anormal, aumento de tamaño uterino, o menos frecuentemente, como hiperémesis, preeclampsia, hipertiroidismo y quistes tecaluteínicos. Actualmente, el fácil acceso a ultrasonografía y la capacidad de medir la hormona gonadotrofina coriónica (β -hCG), han permitido establecer un diagnóstico precoz en pacientes que consultan por metrorragia, amenorrea u otras alteraciones del ciclo menstrual.

Presentación del caso: Mujer de 51 años, consulta en urgencias por sangrado genital intermitente de 3 meses de evolución, que aumentó en cuantía el día de la consulta. A la evaluación ginecológica se objetiva sangrado abundante por OCE. Se realiza ecografía transvaginal que informa útero aumentado de tamaño y endometrio con contenido de tipo quístico. Evoluciona con compromiso de conciencia e hipotensión, por lo que es trasladada a pabellón donde se realiza histerectomía de urgencia..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso detalla la historia de una mola completa, enfermedad trofoblástica gestacional que se sospechó mediante ultrasonografía transvaginal y la medición de β -hCG, y que se manejó mediante histerectomía. Posteriormente se confirmó el diagnóstico con el resultado de la biopsia. Este reporte de caso busca informar acerca de esta patología poco frecuente pero que puede tener importantes complicaciones, por lo que requiere un diagnóstico precoz y manejo oportuno individualizado.

Palabras claves (keywords): Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Mola Hidatiforme. Histerectomía.

Correspondencia

Nombre: Francisca López Baltra
Correo electrónico: f.lopezbaltra@gmail.com



CESÁREA DE URGENCIA POR PATOLOGÍA MATERNA, EL CASO DE UNA PACIENTE CON COMPLICACIONES GRAVES POR COVID-19.

Autores: Rosales V¹; Miranda F¹; Vrsalovic K¹. **Tutor:** Hechenleitner F².

Afiliaciones:

1. Estudiante de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Médica, especialista en Medicina Interna Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Se ha visto que la infección por COVID-19 tiene un amplio espectro clínico de presentación. Distintos factores que incrementan el riesgo de enfermedad grave en la población general han sido identificados, tales como la obesidad, hipertensión, enfermedad cardio-cerebrovascular, diabetes, entre otros. Sin embargo, estos datos no han sido ampliamente estudiados en pacientes embarazadas con COVID-19, lo cual dificulta el abordaje de complicaciones en este subgrupo de la población. En base a datos limitados se cree que las mujeres embarazadas podrían tener un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación a la población general. Esto probablemente dado los cambios fisiológicos propios de esta etapa.

Presentación del caso: Paciente de 39 años, con antecedente de diabetes mellitus gestacional, obesidad y con primera dosis de vacuna COVID-19. Ingresa por insuficiencia respiratoria aguda con PCR COVID (+) cursando embarazo de 29 semanas, con evolución tórpida requiriendo VMI a los pocos días desde el ingreso. Se decide interrumpir el embarazo vía cesárea a las 31 semanas, por malas condiciones desde el punto de vista respiratorio. Posteriormente evoluciona con paro cardíaco respiratorio hipoxémico debido a obstrucción del tubo orotraqueal por tapón hemático. Evoluciona con colecistitis necrótica aguda, se decide resolución quirúrgica vía laparoscópica. Posterior a la cirugía comienza con deterioro respiratorio, se realiza AngioTAC que evidencia tromboembolismo pulmonar. Posteriormente evoluciona con disminución de parámetros inflamatorios, se realiza weaning exitoso y luego de 90 días de hospitalización la paciente es dada de alta, sin mayores secuelas.

Discusión y conclusión: Los primeros estudios sugieren que el curso y la gravedad de COVID-19 son similares entre pacientes embarazadas y no embarazadas, y que el 30% de las mujeres embarazadas con COVID-19 fueron hospitalizadas en comparación con el 5,8% de las mujeres no embarazadas con COVID-19. Pero los datos siguen siendo limitados y realizados en cohortes pequeñas. Por lo que la inclusión de pacientes embarazadas en ensayos terapéuticos proporcionaría datos vitales sobre la severidad, transmisión vertical, parto prematuro y opciones de tratamiento para las pacientes.

Palabras claves (keywords): Coronavirus. Infección. Pandemia. Embarazo.

Correspondencia

Nombre: Francisca Miranda Roco
Correo electrónico: fvmiranda1@uc.cl

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS DE LA SÍFILIS TERCIARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Riquelme L¹; Alarcón C¹; Monsalve I¹; Riquelme C². **Tutor:** Venegas F³.

Afiliaciones:

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

Introducción: La parálisis general progresiva (PGP) es un síndrome tardío de la neurosífilis, ocurre en un 5% de las sífilis primarias sin tratamiento, siendo en la era preantibiótica una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario por demencia. Las manifestaciones psiquiátricas de la parálisis general progresiva son psicosis, manía y demencia.

Presentación del caso: Varón, 31 años, portador de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde 2011, sin terapia antirretroviral (TARV) desde 2017 y sífilis desde 2012 no tratado. Presenta cuadro insidioso de 6 meses caracterizado por rasgos paranoides y narcisistas, problemas laborales y desorden financiero que lo obligan a cambio de ciudad, delirios místicos, de grandeza y erotomaníacos, alucinaciones auditivas y ánimo elevado. Es traído a urgencias tras asociarse desinhibición sexual y heteroagresividad. Ingresa consciente, desorientado, hipomímico, con temblor lingual, deterioro de memoria reciente, alteraciones del curso del pensamiento y conductas extrañas. Al examen neurológico presenta pupilas de Argyll-Robertson, reflejos osteotendinosos exaltados, reflejos primitivos positivos. Exámenes complementarios destaca linfocitos 1.6%, carga viral elevada, prueba no treponémica reactiva en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR). Resonancia magnética cerebral normal. Se diagnostica PGP, es tratado con penicilina por 14 días, mejorando progresivamente en su comportamiento y capacidades intelectuales.

Discusión y conclusión: La PGP generalmente aparece 10 a 25 años después de la infección inicial, concordante con la evolución de nuestro paciente. El diagnóstico se basa en la clínica y las anomalías serológicas del LCR. En las primeras etapas predominan los síntomas psiquiátricos con dificultad de concentración, pérdida de memoria reciente e ideas delirantes, que llevaron a nuestro paciente a un quiebre vital. Posteriormente se instaura la demencia con desorientación, disartria, síntomas motores y pupilas de Argyll-Robertson. El diagnóstico diferencial más relevante en nuestro paciente es la demencia asociada a VIH, que se caracteriza por una disfunción subcortical con deterioro en atención, concentración, síntomas depresivos y alteración de la psicomotricidad. En nuestro caso la clínica florida, el examen neurológico, serología, neuroimágenes y respuesta a antibioterapia es prácticamente patognomónico de PGP. Dada la reversibilidad de las manifestaciones, es imprescindible la alta sospecha en paciente joven que se presenta con síntomas neuropsiquiátricos compatibles con demencia.

Palabras claves (keywords): Parálisis general. Neurosífilis. Demencia.

Correspondencia

Nombre: Loreto Belén Riquelme Traipi
Correo electrónico: l.riquelme03@ufromail.cl



ENFERMEDAD DE KIKUCHI, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LINFADENOPATÍAS CERVICALES: CASO CLÍNICO.

Autores: Goldbaum E¹; Calderón D²; Conejeros J¹; Cortesi I²; Decombe C². **Tutor:** Rozental De Mayo M³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
2. Interno (a) de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago de Chile.

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis necrotizante histiocitaria es una patología de baja incidencia, de curso benigno y autolimitado con posibilidad de recurrencia. Su etiología permanece desconocida, pero se asocia tanto a mecanismos infecciosos como inmunológicos que gatillan un cuadro clínico caracterizado por linfadenopatías cervicales y fiebre. Esta patología se ha visto asociada a enfermedades autoinmunes. El diagnóstico es anatomopatológico, el tratamiento generalmente es sintomático y el cuadro suele resolverse entre 1 y 4 meses.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino con un cuadro de 2 semanas de evolución de una adenopatía cervical dolorosa, asociada a mialgias, baja de peso no cuantificada, fiebre y malestar general. Al examen físico, destaca una linfadenopatía cervical izquierda única, dolorosa al tacto, móvil, de consistencia gomosa, de 1 cm y sin signos de inflamación cutánea. Se indica tratamiento empírico con antibióticos y ante la persistencia de la adenopatía se decide realizar una biopsia excisional que informa necrosis interfolicular con estudios inmunohistoquímicos compatibles con EKF..

Discusión y conclusión: Pese a su baja incidencia, la EKF es un importante diagnóstico diferencial a considerar cuando se presenta un paciente con adenopatías, el que si no se tiene en mente puede ser pasado por alto. La EKF es frecuentemente mal diagnosticada, por lo que es fundamental una anamnesis y examen físico exhaustivos, donde se reconozcan manifestaciones de linfadenopatías, fiebre, exantema, entre otros. Un hemograma y un estudio imagenológico pueden aproximar al médico al diagnóstico de la EKF. No obstante, el diagnóstico definitivo de esta patología se realiza con una biopsia, que permitirá excluir diagnósticos diferenciales que requieran un tratamiento más agresivo y tengan un peor pronóstico, como el linfoma o una enfermedad metastásica.

Palabras claves (keywords): Linfadenopatía. Linfadenitis Necrotizante Histiocitaria. enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

Correspondencia

Nombre: Eithan Goldbaum Roizen
Correo electrónico: egoldbaum@miuandes.cl

HANSENÍASE DIMORFA TUBERCULOÍDE: UM ESTUDO DE CASO.

Autores: Silva C²; Pádua M³; Chaves P⁴; Leite E⁵; Rocha I⁶ **Tutor:** Coutinho L¹.

Afiliaciones:

1. Médica Dermatologista. Casa de Saúde São Francisco de Assis (FHEMIG) Bambuí MG, Brasil.
2. Estudante de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves; São João Del Rei, Brasil.
3. Estudante de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil.
4. Estudante de Medicina do Centro Universitário Atenas. Paracatu, Brasil.
5. Estudante de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano. Alfenas, Brasil.
6. Estudante de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano. Belo Horizonte, Brasil.

Introducción: Hanseníase é uma infecção bacteriana que afeta pele e nervos periféricos, causada pelo *Mycobacterium leprae*. A transmissão ocorre pela respiração, por contato prolongado com pessoa contaminada, sem tratamento e em fase de transmissão da doença. Pode ter diferentes apresentações, dependendo da resposta imune do indivíduo acometido, dessa forma, é considerada polimorfa e constitui diagnóstico diferencial de diversas dermatoses. Quando iniciado o tratamento precocemente, o prognóstico é otimizado, reduzindo as lesões e o estigma social associado a elas. Este é um caso clínico que ilustra uma realidade frequente na prática médica, em que a Hanseníase é muitas vezes esquecida, resultando em diagnósticos e terapêuticas errôneas.

Presentación del caso: Homem, 43 anos, atendido em Unidade Básica de Saúde apresentando placas eritemato infiltradas descamativas, localizadas no tronco e membro superior esquerdo. Havia eritema mais evidente na periferia, centro esmaecente e descamativo. Foi diagnosticado inicialmente como Tinea Corporis e tratado com hidratantes e Terbinafina por 2 meses, apresentando apenas melhora da hidratação cutânea, sem melhora das lesões. Após 6 meses, foi atendido pela Dermatologia, sendo evidenciado que se tratavam de lesões anestésicas mais infiltradas nas bordas, sem descamação ao exame, associadas a área hipoestésica perilesional, além de espessamento do nervo ulnar ipsilateral. Paciente relatava parestesia de extremidades. Foi realizada estesiometria, que revelou alterações sensitivas nas lesões e áreas perilesionais. Solicitou-se baciloscopia, com resultado negativo. Diante da hipótese de Hanseníase, a lesão foi biopsiada, evidenciando granulomas epitelioides na derme, com infiltrado inflamatório linfocitário e células gigantes multinucleadas. Pesquisa de Bacilo Álcool-Ácido resistente negativa. O quadro foi diagnosticado como Hanseníase Dimorfa Tuberculoide, sendo tratado com poliquimioterapia por 1 ano, com melhora total das lesões..

Discusión y conclusión: Este relato de caso evidencia a dificuldade de diagnóstico da Hanseníase, associada às suas diferentes formas clínicas de apresentação. O polimorfismo das lesões hansênicas faz com que se assemelhem a lesões presentes em várias outras doenças, podendo ser confundida com diversas dermatoses, por exemplo, com Tinea Corporis, como detalhado no caso. Este relato serve como um alerta aos profissionais quanto ao polimorfismo da Hanseníase, que quando não diagnosticada em fase inicial, pode gerar prejuízo no prognóstico.

Palabras claves (keywords): Hanseníase. Diagnóstico. Tinea Corporis. Diagnósticos diferenciais. Tratamento.

Correspondencia

Nombre: Carla Costa da Silva

Correo electrónico: carla.silvasc@yahoo.com.br



ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UNA PACIENTE VIH POSITIVO.

Autores: Ganchozo N¹; Ramirez A¹; Rojas D¹; Zecchetto S¹; Bobadilla M¹. **Tutor:** Lima M²

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
2. Médica infectóloga en Hospital Regional de Rancagua, Rancagua, Chile. Tutor.

Introducción: Chile es un país con baja incidencia de tuberculosis (TBC), sin embargo, la enfermedad dista de estar erradicada. Desde 2014 se observó una tendencia al alza de casos, pasando de 13,7 por 100.000 habitantes en 2013 a 15,7 el 2018. Entre otras causas, se objetivó un aumento en la inmigración desde zonas de alta endemicidad durante este periodo, observándose un crecimiento de 12% en los casos de TBC pulmonar y 26% extrapulmonar, resultando en la aparición de presentaciones atípicas de la enfermedad, especialmente ante coinfección TBC-VIH intercurrente. A propósito de un caso de tuberculosis extrapulmonar con coinfección TBC-VIH se exponen los hechos y los resultados de las pruebas diagnósticas, así como una revisión de la literatura.

Presentación del caso: Paciente femenino de 29 años, inmigrante, consulta en urgencias por cuadro de 5 días de evolución de dolor pélvico severo y fiebre. Al examen presenta inestabilidad hemodinámica, irritación peritoneal y parámetros inflamatorios elevados. Se realiza escáner de abdomen y pelvis que muestra lesiones tubulares anexiales bilaterales asociadas a adenopatías retroperitoneales, mesentéricas, pelvianas y granulomas esplénicos. Una ecografía transvaginal muestra absceso tubo-ovárico bilateral, realizándose salpingooforectomía bilateral sin incidentes. La paciente evoluciona tórpidamente con shock séptico y gran derrame pleural derecho al escáner de tórax. Se obtiene PCR de líquido peritoneal, líquido pleural y urocultivo, positivos para M. Tuberculosis y se recibe resultado positivo de ELISA e Inmunoblot para VIH, con carga viral en 4.930.000 copias/ml y CD4 en 0 cel/ μ l. Se inician drogas antituberculosas y posteriormente terapia antiretroviral.

Discusión y conclusión: Se expone el caso de una paciente con TBC extrapulmonar de presentación atípica. Si bien la coinfección TBC-VIH se relaciona con una mayor proporción de enfermedad extrapulmonar, el debut con afectación anexial bilateral complicada como primera manifestación es infrecuente. La presentación habitual incluye dolor abdominal y sintomatología genitourinaria. En menor frecuencia puede simular un proceso inflamatorio pélvico o formar abscesos, los que predominan cuando la carga de bacilos es grande y las defensas del huésped débiles, por ejemplo, ante el nivel de CD4 en 0 cel/ μ l de la paciente. Por ser un cuadro grave requiere tratamiento apropiado y precoz.

Palabras claves (keywords): Mycobacterium Tuberculosis. Shock séptico. Enfermedad inflamatoria pélvica. Anexitis.

Correspondencia

Nombre: Neil Andree Ganchozo Montero
Correo electrónico: nganchozom@correo.uss.cl



PERICARDITIS TUBERCULOSA COMO ETIOLOGIA INDIRECTA DE DISNEA.

Autores: González W; Fuster R¹; Espinoza E¹; Varas V¹ **Tutor:** Sagredo H².

Afiliaciones:

1. Interno de 7mo año de Medicina, Universidad Católica del Maule.
2. Medico cirujano-Internista-Geriatra Hospital regional de Talca.

Introducción: La pericarditis tuberculosa representa una complicación extrapulmonar poco frecuente de tuberculosis, se encuentra en aproximadamente 1% de las autopsias por tuberculosis y en 1-2% de casos de tuberculosis pulmonar. En algunos países de África y Asia, mycobacterium tuberculosis es una causa frecuente de pericarditis, llegando a un 70% en algunos sectores de África, mientras que en países desarrollados llega hasta un 4% de los casos de pericarditis.

Presentación del caso: Paciente de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino-requiere, tuberculosis pulmonar en tratamiento, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tromboembolismo pulmonar lobar derecho en terapia anticoagulante. Consulta por cuadro de un mes de evolución de disnea progresiva, llegando a requerir suplemento de oxígeno. Se realiza Scanner de tórax que evidencia derrame pericárdico severo. Análisis sanguínea muestra PCR: 103.7, glóbulos blancos: 11.740. Se lleva a pabellón para realizar ventana pericárdica y toma de cultivo de líquido pericárdico, dando positivo para mycobacterium tuberculosis, se mantiene tratamiento antituberculoso trisemanal y paciente evoluciona favorablemente, asintomático siendo dado de alta a las 3 semanas..

Discusión y conclusión: El compromiso pericárdico en la tuberculosis ocurre por una diseminación linfática retrograda desde linfonodos bronquiales o mediastínicas, siendo el compromiso hematógeno muy poco frecuente, así como la diseminación contigua. En nuestro paciente, la existencia de sintomatología respiratoria era sugerente de disfunción diastólica causada por derrame pericárdico severo, lo que provocó un taponamiento cardiaco. Si bien la tuberculosis en su forma pulmonar tiene como parte de presentación clínica la disnea, en este caso el síntoma era causado por la disfunción diastólica propia de un taponamiento cardiaco en vez de la infección por sí misma.

Palabras claves (keywords): Pericarditis. Tuberculosis. Disnea. Taponamiento cardiaco. Disfunción diastólica.

Correspondencia

Nombre: Walter Abraham Gonzalez Orellana
Correo electrónico: wabraham1326@gmail.com



PIELONEFRITIS COMPLICADA CON ABSCESOS RENALES Y NEUMONÍA CONTIGUA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE POST INFECCIÓN POR VIRUS SARS-COV2.

Autores: Ortiz V¹; Reyes C¹; Cox V¹; Quiroz M². **Tutor:** Vásquez M³.

Afiliaciones:

1. Interna Medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Interna Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
3. Becada Pediatría, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la edad pediátrica. Las ITU altas o pielonefritis aguda son infección bacteriana del tracto urinario superior que compromete el parénquima renal. En algunos casos esta patología evoluciona tórpidamente, generando complicaciones como los abscesos renales y sepsis. Estos últimos casos son más frecuentes de ver en población inmunosuprimida, pero con la llegada de la pandemia del virus Sars Cov-19, es que hemos observado mayor frecuencia de infecciones asociadas a inmunosuprimidos en pacientes inmunocompetentes, lo que se encuentra dentro del Síndrome Post Covid-19. Ejemplo de esto es el caso de una escolar de 11 años que presentó una ITU complicada con abscesos renales y neumonía contigua en paciente inmunocompetente post infección por virus Sars-Cov2.

Presentación del caso: Paciente de 11 años con antecedente de infección por virus Sars Cov-2 en abril 2021, con historia de pielonefritis aguda complicada con absceso renal superior izquierdo tratada con antibióticos por 21 días y drenaje percutáneo. Durante septiembre 2021, evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, aumento de parámetros inflamatorios y radiografía de tórax compatible con neumonía. Requiere apoyo ventilatorio con VNI y cuidados intensivos. Es evaluada con scanner y ecografía, en donde se evidencian abscesos renales bilaterales y neumonía contigua. Urocultivo (+) para Staphylococcus Saprophyticus. Mejora clínicamente y completa 20 días de tratamiento antibiótico. Es estudiada por equipo de inmunología, donde se descarta inmunosupresión. Paralelamente se drenan abscesos renales con pigtail. Evoluciona luego con neutropenia transitoria que se plantea asociada a ceftazidima, pero evoluciona con fiebre y aumento de parámetros infecciosos, ante esto se aísla Enterococcus Faecium en urocultivo, hemocultivos negativos. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta para terminar tratamiento antibiótico de forma ambulatoria..

Discusión y conclusión: Esta descripción de caso detalla la presentación de una ITU alta complicada en una paciente inmunocompetente con infección reciente por virus Sars Cov-2 que requiere tratamiento antibiótico prolongado, drenaje percutáneo de abscesos y apoyo médico en cuidados intensivos. Este reporte sirve para análisis y motivación sobre la investigación del síndrome post Covid-19, debido a que probablemente nos enfrentemos a situaciones así más frecuentemente.

Palabras claves (keywords): Renal abscess. Pyelonephritis. Sars-Cov-2. Post-apost cute COVID-19 syndrome.

Correspondencia

Nombre: Victoria Paz Ortiz Araya

Correo electrónico: victoriaortiz.ar@gmail.com



ABSCESOS CUTÁNEOS RECURRENTES EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INMUNODEFICIENCIA SECUNDARIA A TERAPIA BIOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Cox V¹; Reyes C¹; Bonometti C²; Machuca S¹; Álvarez A¹ **Tutor:** Alegría R³.

Afiliaciones:

1. Interna Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médica Cirujana, CESFAM San Pedro de la Paz, Concepción, Chile.
3. Residente de pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: Las infecciones cutáneas son un motivo de consulta frecuente en la población pediátrica. En el niño sano, tienden a ser autolimitadas o requerir terapia antibiótica por periodos cortos de tiempo, sin embargo, en niños con diferentes tipos de inmunodeficiencia, el curso de la infección podría llegar a desencadenar sepsis y con esto elevada morbilidad. Es reconocido y estudiado el rol de los fármacos biológicos en la inmunodeficiencia secundaria, representando un obstáculo en el manejo y cuidado de niños con enfermedades reumatológicas, donde son cada vez más accesibles en el control de las manifestaciones clínicas.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un adolescente de 11 años con diagnóstico de Artritis reumatoide Juvenil de subtipo poliarticular desde los 6 años, quien inició tratamiento con metotrexato y luego requirió suspensión por reacción adversa de hepatitis. Inició Etanercept, un inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), con buena respuesta clínica y de laboratorio durante un año, hasta que comenzó con cuadros a repetición de abscesos profundos cutáneos a nivel glúteo y rotuliano con necesidad de aseo quirúrgico en pabellón, mas abscesos superficiales que requirieron drenaje ambulatorio en servicio de urgencias. Ante esta situación se decidió suspender el fármaco, cediendo el cuadro. Por la necesidad de mantener tratamiento con fármacos biológicos se decidió terapia de erradicación cutánea con baños diarios con jabón de clorhexidina y mupirocina nasal, por 7 días..

Discusión y conclusión: El uso de inhibidores de la TNF- α han sido asociados en la literatura a una amplia variedad de infecciones graves como consecuencia de la inmunosupresión secundaria de tipo celular. Durante el desarrollo del caso, se evidenció un déficit en la literatura pediátrica sobre los efectos adversos de estos, describiéndose con más frecuencia en el paciente adulto y con fármacos distintos al Etanercept. Es importante considerarlo también en el paciente pediátrico, ya que la prevención y seguimiento de enfermedades infecciosas potencialmente graves, como los abscesos cutáneos profundos recurrentes, disminuye la morbilidad que estas infecciones implican. Creemos que el desarrollo del caso representa un aporte al déficit de literatura al respecto.

Palabras claves (keywords): Absceso. Artritis reumatoide Juvenil. Etanercept.

Correspondencia

Nombre: Verónica Estefanía Cox Lagos
Correo electrónico: veronicacox@udec.cl



REPORTE DE CASO: ENDOCARDITIS DE VÁLVULA PULMONAR PROTÉSICA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE BLEE (+) QUE DEBUTA COMO NEUMONÍA LOBAR DERECHA.

Autores: Rojas D¹; Zecchetto S¹; Ganchozo N¹; Ramírez A¹; Bobadilla M¹. **Tutor:** García D².

Afiliaciones:

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

2. Becada de Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. Rancagua, Chile.

Introducción: La endocarditis infecciosa aislada de válvula pulmonar (VP) es muy rara, ocurriendo usualmente en válvulas protésicas y usuarios de drogas endovenosas. Menos del 2% son causadas por gram negativos no HACEK, incluyendo *K. pneumoniae* (KPN). Se presenta un caso de neumonía lobar derecha secundaria a endocarditis de válvula pulmonar.

Presentación del caso: Femenino, 32 años, genopatía no especificada, hipoacusia bilateral, antecedentes de estenosis aórtica congénita reparada con balonplastía, cirugía de Ross y recambio de homoinjerto de VP por conducto ventrículo derecho-tronco de arteria pulmonar. Consulta por seis meses de tos, hemoptisis, disnea, pérdida ponderal, diaforesis y CEG. Ingres afebril, requiriendo oxígeno y en laboratorio destaca anemia severa. Se realiza tomografía computada de tórax con hallazgos de opacidades bilaterales y patrón de empedrado en lóbulo superior derecho. Se hospitaliza por insuficiencia respiratoria aguda para soporte y estudio, comenzando Ceftriaxona. Descartan tuberculosis con PCR negativa en esputo. Por anemia severa y hemoptisis se realiza fibrobroncoscopia y endoscopia digestiva alta, ambas normales. Evolucion a febril hasta 39°C y se constata nuevo soplo pulmonar por lo que se solicitan seis hemocultivos (HC), iniciándose Penicilina G, Cloxacilina y Gentamicina. 2 HC resultan positivos para *K. pneumoniae* BLEE, traslapando a Ertapenem. Se realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) que muestra hipertensión pulmonar (HTP) severa y vegetación de 15 mm adherida al plano protésico pulmonar. Por criterios de endocarditis debe completar 6 semanas de Ertapenem en hospitalización domiciliaria, con control ecocardiográfico..

Discusión y conclusión: La endocarditis de válvula pulmonar es poco frecuente (0-1,3%). Suele asociarse a endocarditis tricuspídea y afecta principalmente a usuarios de drogas endovenosas y de dispositivos intravasculares. Lo novedoso del caso es que se afectó en forma aislada la VP y se reconocieron como factores predisponentes las intervenciones cardiacas y la HTP. Debutó con una neumonía derecha asociada a hemoptisis como presentación atípica. Su evolución larvada y la pérdida ponderal obligó a descartar otros síndromes consuntivos, como tuberculosis. Pese a estudio ampliado no se encontró foco de origen para su endocarditis ni razón para presentar un bacilo gram negativo no HACEK, que además era resistente a betalactamasas.

Palabras claves (keywords): Endocarditis. Bacilo gram negativo. Válvula pulmonar. Prótesis valvular.

Correspondencia

Nombre: Diego Andrés Rojas Leonard
Correo electrónico: drojasleonard@gmail.com



REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE LEMIERRE SECUNDARIO A OTITIS MEDIA.

Autores: Maldonado F¹; Martínez J¹; Vergara D¹; Marchant S¹; Duran C¹. **Tutor:** Ocampo R².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
2. Médico Internista-Infectólogo. Hospital Regional de Talca. Talca, Chile.

Introducción: El síndrome de Lemierre (SL) es la tromboflebitis supurativa de la vena yugular interna con embolias a distancia, secundaria a infecciones de cabeza y cuello. Es una patología muy infrecuente, pero con complicaciones serias.

Presentación del caso: Paciente de 32 años, previamente sano. Consultó por otalgia y otorrea de 1 mes de evolución, sin respuesta a antibióticos orales, a lo que se agregó náuseas, vómitos, cefalea, tos productiva y dolor torácico. Al ser hospitalizado se documentó fiebre, taquicardia, hipotensión y dolor a la palpación de mastoides derecha. El laboratorio mostró leucocitosis (19.670/mm³) y elevación de PCR (104 mg/l). En las imágenes se evidenció signos de otomastoiditis derecha erosiva y múltiples nódulos pulmonares cavitados. Citoquímico de LCR con pleocitosis (14/mm³) de predominio mononuclear. Baciloscopía de expectoración resultó negativa. Fue ingresado a UTI, siendo tratado con antibióticos (ceftriaxona + clindamicina) y se sometió a cirugía que documentó extenso colesteatoma y signos de trombosis de seno sigmoideo. AngioTAC mostró signos de trombosis de senos venosos de la duramadre con extensión a vena yugular interna derecha. Tinción de Gram de secreción mastoidea informó múltiples morfologías bacterianas, aunque el cultivo resultó negativo. Recibió tratamiento antibiótico por 21 días y anticoagulación, evolucionando en forma satisfactoria. Doce meses después se constató asintomático y sin complicaciones..

Discusión y conclusión: Los avances de la medicina moderna han permitido que cuadros potencialmente graves como el SL sean muy infrecuentes y, por tanto, difícilmente reconocidos por los médicos. Se debe sospechar esta entidad en pacientes con infecciones de cabeza y cuello que evolucionan con aspecto séptico, síntomas neurológicos y nódulos pulmonares consistentes con embolias sépticas. Para su tratamiento exitoso es fundamental el control del foco primario y la administración oportuna de antibióticos adecuados. El uso de anticoagulación es controversial.

Palabras claves (keywords): Síndrome de Lemierre, Otitis Media, Antibacterianos.

Correspondencia

Nombre: Francisco Maldonado Olea
Correo electrónico: franciscomaldonadoolea@gmail.com



REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE LEMIERRE: UNA ENTIDAD EN EL OLVIDO A TENER PRESENTE POR EL MÉDICO GENERAL.

Autores: Bohn B¹; Laroze J¹; Aguilar A¹; Avendaño G¹. **Tutor:** Fuentes I².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Pediatría, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: El síndrome de Lemierre es una complicación infrecuente de infecciones orofaríngeas. Descrito por André Lemierre en 1936, clásicamente se presenta con tromboflebitis de la vena yugular interna asociado a embolias sépticas y el aislamiento del anaerobio *Fusobacterium necrophorum*. Con la introducción de los antibióticos en el tratamiento de infecciones bacterianas orofaríngeas, esta entidad pasó al olvido. Se presenta el caso de una adolescente que consulta por dolor cervical intenso.

Presentación del caso: Adolescente rural, de sexo femenino de 13 años de edad, con antecedente de otitis media crónica de 2 años de evolución con mala adherencia a tratamiento. Consulta por una semana de evolución de dolor en región submandibular intenso de inicio agudo asociado a trismus, astenia y exacerbación de secreción ótica izquierda. Al examen físico, destaca secreción purulenta desde oído izquierdo, asociado a dolor a la palpación del ángulo submandibular y región cervical izquierda. Al laboratorio, elevación de parámetros inflamatorios y hemocultivos negativos. Posteriormente, se solicita una tomografía computarizada temporal y de oídos, en la que se observa otomastoiditis izquierda, con compromiso lítico de la pared posterior de las celdillas mastoideas. Evaluada en conjunto por Otorrinolaringología e Infectología, se decide iniciar tratamiento antibiótico asociado, analgesia y control del foco infeccioso. Se realiza cirugía radical de oído izquierdo debido a la presencia de colesteatoma. Durante la hospitalización y por deterioro clínico, se realiza AngioTC de cuello, en el cual se evidencia la trombosis venosa del seno sigmoideo, fosa yugular y vena yugular interna izquierda secundaria a otomastoiditis ipsilateral, por lo que se inicia terapia anticoagulante, logrando remisión del cuadro..

Discusión y conclusión: Este caso muestra la importancia de tener esta entidad en consideración, sobre todo en población con mal acceso a centros sanitarios. Pese a que clásicamente se asocia a *Fusobacterium necrophorum*, revisiones recientes postulan que el aislamiento de este no es necesario para el diagnóstico. Es relevante que una vez instaurada la sospecha clínica se inicie tratamiento antibiótico y se derive paciente a centro de alta resolución, para su estudio y manejo definitivo. La necesidad de anticoagulación es controversial, sin embargo, suele administrarse ante trombosis extensas.

Palabras claves (keywords): Síndrome de Lemierre. Otitis Media. Tromboflebitis; Mastoiditis.

Correspondencia

Nombre: Berthold Sebastian Bohn Nuñez
Correo electrónico: bsbohn@gmail.com

REPORTE DE CASO: IMPORTANCIA Y DIFICULTAD DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA ENDOFTALMITIS ENDÓGENA.

Autores: Moore P¹; Bobadilla M¹; Fernandez C¹; Salas F¹; Leupin J¹. **Tutor:** Contreras C².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina de Universidad San Sebastián, Santiago, Chile
2. Médico internista, hematólogo, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua, Chile

Introducción: La endoftalmitis es una urgencia oftalmológica, que junto a su baja frecuencia y difícil diagnóstico la vuelven en una condición que amenaza con pérdida de la visión o incluso del globo ocular. Este es el caso de una mujer de 56 años que se diagnosticó con una endoftalmitis endógena 12 días después del inicio de los síntomas, lo que condicionó una ceguera irreversible y posterior evisceración.

Presentación del caso: Mujer de 56 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus insulino requiriente con mal control metabólico, COVID-19 grave hace 9 meses, artritis séptica de rodilla hace 5 meses y enfermedad coronaria de 3 vasos hace 3 meses, quien presenta un cuadro de 2 semana de evolución caracterizado por dolor ocular izquierdo acompañado de visión borrosa, miodesopsias, ojo rojo profundo y miosis. Se diagnóstica panuveítis y realizando manejo acorde, evolucionando de forma desfavorable con progresión de cuadro clínico, se decide iniciar tratamiento para toxoplasmosis ocular, la cual tampoco tiene respuesta por lo que en un tercer control se decide hacer estudios en búsqueda de foco infeccioso primario detectando pielonefritis aguda complicada con abscesos parenquimatosos, junto con hemocultivos con crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* con betalactamasa de espectro extendido, ante estos hallazgos, luego de 12 días desde el inicio del cuadro, se decide hospitalizar y dar manejo acorde con endoftalmitis endógena. Ante el diagnóstico se realiza estudio serológico completo sin hallazgos positivos. Evoluciona de forma tórpida por lo que se realiza evisceración para desfocar y eliminar infección..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso retrata la importancia de mantener una alta sospecha de una condición infrecuente, pero con alto impacto funcional, como lo es la endoftalmitis. También reafirma su dificultad diagnóstica, especialmente en los tipos endógenos. Con este reporte de caso esperamos aumentar la sospecha clínica para así disminuir los tiempos diagnósticos y mejorar el pronóstico de esta urgencia oftalmológica.

Palabras claves (keywords): Endoftalmitis. Endógena. Estudio de caso.

Correspondencia

Nombre: Patricio Moore García-Huidobro
Correo electrónico: pmooregh@gmail.com

ECTIMA CONTAGIOSO (ORF) EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Lorenzi I¹; Saavedra N¹; Romero T¹. **Tutor:** Agouborde J²; Nicklas C³.

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.
2. Médico General. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.
3. Médico Especialista en Dermatología. Universidad de la Frontera, Chile.

Introducción: El ectima contagioso (EC) es una infección zoonótica producida por el virus ORF, transmitida a humanos por ovejas y cabras. Típicamente se trata de una lesión papular única que regresa espontáneamente, sin embargo, en huéspedes inmunocomprometidos se presenta de formas atípicas y sin regresión espontánea. Presentamos un caso de EC en un paciente con lupus eritematoso sistémico (LES) con tratamiento inmunosupresor.

Presentación del caso: Hombre de 23 años, con antecedente de LES y nefropatía lúpica, en tratamiento inmunosupresor con micofenolato 1440 mg/día, prednisona 25 mg/día e hidroxyclorequina. Residía en sector rural, donde mantenía contacto con animales domésticos y mayores. Dos semanas tras a sufrir accidente doméstico en mano derecha, presentó lesiones de aspecto granulomatoso en dedo anular derecho y muñeca derecha, se biopsiaron, reconociéndose granuloma piógeno. Evolucionó con rápida recurrencia, crecimiento y progresión en número de lesiones, asociándose fiebre persistente, sin respuesta a antibioterapia. Se deriva a Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena tras 2 meses de iniciado el cuadro. A la exploración se apreciaron múltiples lesiones indoloras de aspecto tumoral granulomatoso, friables, con tendencia al sangrado, de consistencia elástica y discretamente sésil, con diámetro variable entre 2-6 cm en dorso de mano, mentón, región supraciliar e interglútea. Se realizó nueva revisión de biopsia, reconociéndose cambios citopáticos virales con presencia de inclusiones citoplasmáticas eosinófilas, además de hiperplasia epidérmica con focos de necrosis superficial de epidermis, compatibles con EC. Se suspendió micofenolato y se disminuyó dosis de prednisona a 15 mg/día, tras lo cual lesiones regresaron paulatinamente, presentando cicatrices hipopigmentadas residuales a los 6 meses de seguimiento. El micofenolato se reinició al mes de suspendido, a dosis de 750mg/día, sin observarse reactivación ni recidivas..

Discusión y conclusión: El EC en pacientes inmunosuprimidos es una entidad infrecuente. El diagnóstico se sospecha mediante historia clínica y examen físico, confirmándose con histopatología, microscopía electrónica de transmisión y biología molecular. No existe tratamiento estandarizado para esta patología, se han descrito distintas opciones de tratamiento, todas con resultados variables. Nosotros estimamos que cuando la causa de la inmunosupresión sea reversible y la condición clínica del paciente lo permita, disminuir la dosis de los fármacos inmunosupresores es efectivo en el manejo de esta infección.

Palabras claves (keywords): Virus ORF. Ectima contagioso. Huésped inmunocomprometido.

Correspondencia

Nombre: Isidora Paz Lorenzi Santander
Correo electrónico: isidora.lorenzi@gmail.com

ASPERGILOSIS PULMONAR INVASORA EN EL INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Acevedo F¹; Contreras L¹; Gothe M¹; Cisternas I¹. **Tutor:** Paredes F².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
2. Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Introducción: La aspergilosis es una enfermedad micótica causada generalmente por *Aspergillus fumigatus*, hongo filamentoso saprofito y ubicuo cuya transmisión es a través de la inhalación de esporas. Su forma de presentación clínica varía según el estado inmunológico del paciente y la coexistencia de patología pulmonar subyacente. La aspergilosis pulmonar invasiva (API) ocurre clásicamente en pacientes con inmunodepresión severa. Se presenta el caso de API en una paciente inmunocompetente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 61 años de edad, con antecedente de rinitis alérgica y tabáquica activa. Presenta disnea de moderados esfuerzos y tos seca de dos meses de evolución. Consulta en servicio de urgencia por episodio de hemoptisis. Ingresa taquicárdica, hipertensa, saturando 78% ambiental. Se apoya con oxígeno e ingresa a unidad de paciente crítico. Angiotomografía computarizada de tórax evidencia múltiples condensaciones nodulares con aspecto de galaxia, nódulos centrolobulillares sugerentes de propagación endobronquial y lesión apical derecha cavitada con signo de halo. Se realiza estudio ampliado en búsqueda etiológica: destaca galactomanano positivo en lavado bronquioalveolar (LBA), interpretándose *Aspergillus* como posible agente etiológico. Dada infección fúngica en paciente aparentemente inmunocompetente se inicia estudio en busca de patología subyacente, descartando infección por virus inmunodeficiencia humana, diabetes mellitus, daño hepático crónico. Sin evidencia de proceso oncológico en curso. En lo reumatológico sin historia o laboratorio compatible. Completa tratamiento con voriconazol, dada favorable evolución clínica se decide alta hospitalaria..

Discusión y conclusión: El diagnóstico de API constituye un desafío en el inmunocompetente dado el bajo índice de sospecha, lo que lleva a retraso en el inicio del tratamiento antifúngico y elevada mortalidad. Si bien el diagnóstico definitivo es microbiológico, el patrón radiológico de la paciente y galactomanano en LBA positivo son altamente sugerentes de esta entidad. Conocer los patrones radiológicos característicos, trastornos inmunitarios y patología pulmonar asociada es clave para una identificación temprana y mejoría en el pronóstico. La literatura describe crecientemente asociación entre enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y API, en especial ante uso reciente de terapia corticoesteroidal. En contexto de paciente tabáquica con resto del estudio de inmunodeficiencias negativo se debe descartar EPOC subyacente.

Palabras claves (keywords): Aspergilosis Pulmonar Invasiva. *Aspergillus*. Hemoptisis.

Correspondencia

Nombre: Fabian Acevedo Cornejo

Correo electrónico: fabian.acevedo@ug.uchile.cl



REPORTE DE CASO: NEUMONÍA CAVITADA POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON VASCULITIS POLIANGITIS MICROSCÓPICA.

Autores: Fernández F¹; González S¹; Elorza M¹. **Tutor:** Manríquez V².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico UC Christus. Santiago, Chile.

Introducción: El citomegalovirus, miembro de la familia herpesviridae, puede causar diferentes manifestaciones en huéspedes inmunocomprometidos. Una de ellas es la neumonía, la cual en raras ocasiones puede cavitarse, por lo que debe ser sospechada precozmente y ser considerada en el estudio etiológico diferencial. Presentamos el caso de una mujer de 70 años, usuaria de corticoides y ciclofosfamida por una vasculitis de pequeño vaso, en la cual se pesquisó una neumonía cavitada por citomegalovirus en el contexto de un síndrome febril dentro de la hospitalización.

Presentación del caso: Mujer de 70 años de edad con antecedente de poliangeítis microscópica en tratamiento con prednisona y ciclofosfamida, acudió al servicio de urgencias por cuadro de compromiso del estado general y fatiga progresiva hasta limitar sus actividades diarias, asociado a compromiso de conciencia cualitativo. Dentro de hospitalización evoluciona febril, destacando dentro de estudio etiológico una tomografía computada de tórax con nódulos pulmonares bilaterales de distribución peribroncovascular, algunos cavitados, y lavado broncoalveolar con hallazgo de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cualitativa positiva para citomegalovirus (CMV) con cambios citopáticos compatibles. Se confirma el hallazgo con PCR cuantitativa en sangre para CMV, obteniéndose más de 3 millones de copias por ml. Se inició tratamiento con ganciclovir endovenoso con adecuada respuesta y resolución de las lesiones..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso describe una de las causas de neumonía en inmunocomprometidos, el citomegalovirus, el cual habitualmente se manifiesta con un patrón reticulonodular, consolidación alveolar o en vidrio esmerilado, sin embargo, la cavitación es infrecuente. Esta causa debe ser sospechada en pacientes usuarios de terapias inmunosupresoras, receptores de trasplantes de órganos y aquellos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El estudio debe considerar un lavado bronquioalveolar y el uso de PCR cuantitativa en sangre para el virus, de manera de iniciar precozmente ganciclovir. La idea de este caso es ilustrar una causa infrecuente de cavitación en neumonía, de manera de ser considerada precozmente en el estudio etiológico e iniciar un tratamiento adecuado.

Palabras claves (keywords): Citomegalovirus. Neumonía viral. Huésped inmunocomprometido. Poliangeítis microscópica.

Correspondencia

Nombre: Francisco Fernández Schlein
Correo electrónico: fdfernandez@uc.cl

INFESTACIÓN INTESTINAL POR PARÁSITOS PLATELMINTOS EN ADOLESCENTE CHILENO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: López A¹; López C¹; Clavero M¹. **Tutor:** Herrera A².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico Pediatra, Broncopulmonar, Clínica Santa María, Presidenta SOCHINEP. Santiago, Chile.

Introducción: Las parasitosis se clasifican en infestación por protozoos, metazoos, y artrópodos. Dentro de los metazoos, encontramos a los helmintos, que se subclasifican en nematodos y platelmintos. Estos últimos se caracterizan principalmente por tener un cuerpo aplanado, lo cual los distingue de los nematodos quienes tienen un cuerpo redondeado. Su transmisión es principalmente vía fecal-oral. Los platelmintos se subclasifican en cestodos: Himenolepiasis, Teniasis y Difilobotriasis. De estos, la Himenolepiasis es la cestodiasis más frecuente del niño. Origina síntomas digestivos inespecíficos al ingerir huevos embrionados que contaminan el medio ambiente. Los niños infrecuentemente se infectan con Teniasis al ingerir carne cruda de vacuno (Saginata) o de cerdo (Solium). Los niños y adultos se pueden infectar con Difilobotriasis al ingerir peces de agua dulce o de mar crudos, ahumados o mal cocidos.

Presentación del caso: Adolescente de sexo masculino de 12 años 8 meses, consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal constante, difuso, opresivo, en ocasiones alivio al defecar. Además, refiere 3 episodios de vómitos con restos alimentarios y temperatura hasta 37,5°C. Paciente niega el uso de fármacos. Al interrogatorio dirigido, refiere tener desde hace 1 mes deposiciones con varios gusanos blancos, vivos, cortos y planos. Niega diarrea, prurito, baja de apetito o contactos con los mismos síntomas. Tampoco refiere haber consumido carnes crudas, haber realizado viajes recientes o haber tenido contacto con animales que no sean de su casa. Al examen físico destaca dolor abdominal a la palpación profunda de hipocondrio derecho, epigastrio y fosa iliaca izquierda..

Discusión y conclusión: En el caso presentado la descripción cualitativa de los parásitos es sugerente de algún tipo de platelminto, sin embargo, no se puede saber a ciencia cierta el diagnóstico específico hasta realizar un estudio parasitológico seriado de deposiciones. El manejo sin diagnóstico específico es con tratamiento sintomático de analgesia, hidratación y alimentación a tolerancia. Además, frente a estos casos es de suma importancia recalcar las medidas de higiene, como son un correcto lavado de manos y de alimentos para evitar futuras transmisiones fecal-oral.

Palabras claves (keywords): Parásitos. Helmintos. Platelmintos.

Correspondencia

Nombre: Antonia López Aldunate

Correo electrónico: alopez1@miuandes.cl



ENFERMEDAD DE HANSEN EN CHILE, UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Autores: Chianale F¹; Sanhueza D¹; Araya J¹. **Tutor:** Ediap F^{2,3}.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Lepra, conocida como Enfermedad de Hansen, es causada por *Mycobacterium Leprae*. Suele ser un cuadro larvado de manifestaciones cutáneas y neurológicas. Si bien en Chile se considera erradicada, en los últimos años se ha visto un aumento de casos importados secundario a la migración. Por ser una enfermedad tan poco frecuente, en Chile se conoce muy poco, y es un diagnóstico diferencial que rara vez se plantea en la práctica clínica. Es importante conocer estas enfermedades para poder sospecharlas de manera precoz y así disminuir la morbimortalidad.

Presentación del caso: Paciente Haitiano de 32 años, residente en Chile hace 5 años, previamente sano. Presenta cuadro de 2 años de evolución de baja de peso, dolor abdominal y lumbosacro progresivo. Los últimos meses se agrega sudoración nocturna, dolor urente en manos y EELL, parestesias en 4 extremidades y debilidad muscular. Hace un mes presenta lesiones cutáneas tipo máculas redondeadas hipopigmentadas no confluentes y piel áspera. Ha tenido múltiples consultas y extenso estudio en diversos centros, del que destaca: estudio infeccioso viral y de enfermedades de transmisión sexual negativo, PPD 35mm, Quantiferon TBC (+), PCR TBC esputo (-). Estudio de autoinmunidad negativo. Electroforesis de proteínas en sangre normal. En estudio imagenológico destacan adenopatías supra e infradiaphragmáticas. Se realizó estudio histopatológico de adenopatías cervicales, sin hallazgos significativos. Se hospitaliza para estudio y manejo, derivado desde el Policlínico de Infectología. Ingresa en buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable. Del estudio inicial sin alteraciones al hemograma, parámetros inflamatorios bajos. Destaca únicamente PPD + 35mm, Quantiferon TBC (+). Se realiza biopsia de piel para estudio de lesiones dermatológicas..

Discusión y conclusión: Este caso presenta un desafío médico para llegar al diagnóstico. El paciente presenta un síndrome consuntivo, asociado a poliadenopatías, lesiones cutáneas y síntomas neurológicos. El diagnóstico diferencial incluye patologías de etiología infecciosa, reumatológica, neoplásicas, uso de drogas, entre otras. Es importante considerar que existen causas infecciosas, previamente olvidadas que actualmente vuelven a manifestarse, principalmente por casos importados desde zonas endémicas. Un diagnóstico tardío retrasa el inicio de tratamiento, con consecuencias para el paciente. Es importante conocer estas enfermedades que son cada vez más frecuentes.

Palabras claves (keywords): Enfermedad de Hansen. Lepra. Poliadenopatías. Síndrome consuntivo. Tuberculosis.

Correspondencia

Nombre: Franco Chianale V.
Correo electrónico: fjchianale@uc.cl

REPORTE DE CASO: ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE ADULTO MAYOR.

Autores: Klenner J¹; Quezada M¹; Espinoza C¹; Varas V¹; Fuster R¹. **Tutor:** Carrasco J².

Afiliaciones:

1. Interno/a de medicina. Universidad Católica del Maule. Talca. Chile.

2. Neurólogo. Hospital Regional de Talca. Talca. Chile.

Introducción: La romboencefalitis traduce compromiso inflamatorio del tronco cerebral y cerebelo. En adultos mayores se asocia principalmente a herpes simple y listeria. La romboencefalitis por *Listeria monocytogenes* es poco frecuente pero potencialmente mortal, por lo que se considera urgencia infectológica requiriendo tratamiento médico inmediato. Afecta principalmente a recién nacidos, embarazadas, inmunocomprometidos y adultos mayores. Los síntomas iniciales son inespecíficos por lo que el diagnóstico suele ser tardío.

Presentación del caso: Masculino de 79 años con hipertensión arterial. Consulta en urgencias por cuadro de 1 semana de evolución de mareos y dificultad para la marcha. En los últimos días se agrega cefalea, escalofríos, diplopía derecha y pérdida de visión en el ojo izquierdo. A su ingreso taquicárdico, subfebril. Al examen físico destaca desviación de la mirada a derecha, nistagmos derecho, visión de bulto en ojo izquierdo y ataxia. Sin signos meníngeos. Laboratorio destaca leucocitosis. Tomografía computarizada sin hallazgos de patología aguda. Punción lumbar: líquido claro incoloro, leucocitos 766 predominio polimorfonuclear (70%), glucosa 72.2, proteínas 85.5. Ante sospecha de meningitis por *Listeria monocytogenes* se inicia tratamiento con ampicilina, gentamicina y aciclovir. Evoluciona a las 48 hrs con trastorno de deglución severo, dificultad ventilatoria y desorientación progresiva hasta llegar al coma. Hemocultivo I: desarrollo de *Listeria monocytogenes*. Cultivo de líquido cefalorraquídeo: negativo a los 5 días de incubación.

Discusión y conclusión: Las romboencefalitis representan el 9% de las infecciones del sistema nervioso, es poco reconocida y subregistrada. Tiene un curso bifásico, con un pródromo inespecífico: fiebre, cefalea, náuseas y vómitos, presentando posteriormente síntomas neurológicos repentinos y progresivos como compromiso de pares craneales, signos cerebelosos, hemiparesia o hipoestesia y compromiso de conciencia. El LCR puede presentar anomalías inespecíficas, el cultivo es positivo solo en el 41% de los casos, mientras que los hemocultivos son positivos en el 61%, permitiendo confirmación diagnóstica. En el caso expuesto, el paciente presentó signos de afectación de tronco encefálico (compromiso de pares craneales) y cerebelo (ataxia), lo cual asociado al hemocultivo positivo para *Listeria*, permiten establecer el diagnóstico. Es importante tener una alta sospecha diagnóstica, sobre todo en las poblaciones de riesgo, debido a la clínica inespecífica inicial y alta mortalidad.

Palabras claves (keywords): *Listeria monocytogenes*. Encephalitis. Rhombencephalon.

Correspondencia

Nombre: Juan Pablo Klenner Ulloa

Correo electrónico: juan.klenner@alu.ucm.cl



PERICARDITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISNEA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Vera L¹; Rivas C¹; Contreras P²; Rogel A²; Gómez K³. **Tutor:** Duarte M⁴; Sued M⁴.

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile
3. Médica Internista, Servicio de Cardiología, Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.
4. Médico Cardiólogo, Servicio de Cardiología, Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.

Introducción: La tuberculosis (TBC), una enfermedad infecciosa altamente contagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*, tiene una incidencia en Chile de 14/100.000 habitantes, presentándose de manera pulmonar como extrapulmonar (TBC-EP). La TBC-EP representa un 10-20% de todas las formas de tuberculosis en pacientes inmunocompetentes. Se estima el compromiso pericárdico en 1-4% de los pacientes con TBC; siendo una presentación rara. Posee una mortalidad cercana al 80-90% sin tratamiento, por lo que, es fundamental su diagnóstico oportuno y manejo inmediato.

Presentación del caso: Hombre, 39 años, haitiano, con Hipertensión Arterial en tratamiento con Losartán y Furosemida. Niega uso de drogas. Acude a servicio de urgencia por disnea de X días de evolución. Hemodinámicamente estable. Examen físico con disminución de murmullo pulmonar bibasal y edema de extremidades inferiores. Electrocardiograma con ritmo sinusal sin alteraciones y exámenes de laboratorio dentro de límites normales. Radiografía y tomografía computada de tórax informa derrame pleural bilateral con efusión y derrame pericárdico moderado a severo. Ecocardiograma transtorácico (ETT) destaca derrame pericárdico (DPC) moderado a severo crónico con adherencias marcadas, sin compromiso hemodinámico ni colapso de cavidades derechas. Se realiza pericardiocentesis con exudado de predominio polimorfonuclear (90%), GeneXpertMTB (+), Cultivo Koch (+), sin resistencia a Isoniazida y Rifampicina, ELISA VIH (-). Se diagnostica Pericarditis Tuberculosa de patrón mixto en paciente inmunocompetente y se decide alta con controles seriados y esquema anti-TBC. A los 10 días, reingresa por disnea de esfuerzo. Se realiza ETT, que informa DPC severo con compromiso hemodinámico y de cavidades derechas. Se indica pericardiocentesis e instalación de catéter monolumen intrapericárdico y biopsia de pericardio por videotoracoscopia izquierda, que informa pericarditis fibrinosa crónica no granulomatosa. Responde favorablemente al manejo anti-TBC..

Discusión y conclusión: La disnea tiene múltiples diferenciales que debemos tener presentes y estudiar de manera dirigida. Pacientes con factores de riesgos para Tuberculosis, es fundamental plantear dichos diagnósticos diferenciales, en especial cada vez que se nos presenten pacientes con presentaciones atípicas.

Palabras claves (keywords): *Listeria monocytogenes*. Encefalitis. Rhombencephalon.

Correspondencia

Nombre: Luis Ignacio Vera Fuentes
Correo electrónico: luis.vera@mail.udp.cl



HIPONATREMIA SEVERA EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA AVANZADA: TODO LO QUE DEBES SABER.

Autores: Alfaro V¹; Alvarado P¹; Báez A¹; Araya B². **Tutor:** Aguilera F³; Rivera M⁴.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.
3. Médico Becada, Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.
4. Médico general, CESFAM Cartagena, SSVSA, Chile.

Introducción: Del 35 al 55% de los pacientes hospitalizados con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentan hiponatremia. Esta disfunción se da a nivel hipofisiario y suprarrenal, generalmente multifactorial, favorecido por fármacos; infecciones oportunistas, neoplasias y enfermedades sistémicas.

Presentación del caso: Hombre de 49 años con VIH sin tratamiento, Carga Viral 235000, CD4 11. Consulta en Urgencias por 8 días de tos con expectoración, disnea progresiva y fiebre de 38.5°C. Niega pérdida de peso y diarrea. Ingres a estable en lo hemodinámico y ventilatorio, afebril. Al examen físico candidiasis orofaríngea y genital, disminución de agudeza visual del ojo izquierdo. Laboratorio: VHS 110, PCR 68, LDH 333, Na 135, K 3.4, hemograma, pruebas de coagulación, función renal, orina completa normales. Baciloscopia, GeneXpert, hemocultivos periféricos, VDRL, Antígeno superficie VHB, Anticuerpos contra VHC, antígenos de criptococo, neumococo y Legionella negativos. Tomografía Computada abdomen y pelvis con extensas opacidades bilaterales de predominio central. Se inicia cotrimoxazol forte por sospecha de infección por Pneumocystis jirovecii (PCP). Fondo de ojo convasculopatía por VIH y retinitis por citomegalovirus (CMV), se inicia ganciclovir endovenoso. Al 11° día de tratamiento cursa con disminución de la presión arterial, se objetiva falla renal aguda AKIN I, asociado a hiponatremia severa con VEC conservado. Se inicia volemización con franca mejora de función renal, persistiendo hiponatremia asintomática e hiperkalemia leve. Dentro del estudio destaca osmolaridad 265 mOsm/kg H₂O, cortisol y TSH normal, osmolaridad urinaria 700mOsm/kg, Na urinario 105. .

Discusión y conclusión: Los pacientes seropositivos tienen mayor susceptibilidad a desarrollar hiponatremia incluso con función renal conservada. Las causas más frecuentes son síndrome secreción inapropiada de ADH (SIADH), hipovolemia e insuficiencia suprarrenal. Infecciones oportunistas como PCP, afectación suprarrenal por CMV, Mycobacterium avium intracellulare o neoplasias como sarcoma de Kaposi y linfoma deben ser sospechadas en pacientes sin terapia antirretroviral o con resistencia a ésta. Fármacos como el cotrimoxazol bloquean canales de sodio en la membrana luminal túbulo colector cortical, favoreciendo trastornos electrolíticos evidenciados en este caso. El estudio no difiere de pacientes seronegativos. La etiología, mayoritariamente, no será descubierta y si son asintomáticos no requieren tratamiento. En este caso podría ser atribuible a SIADH secundario a PCP y uso de cotrimoxazol.

Correspondencia

Nombre: Valeria Francisca Alfaro Fierro
Correo electrónico: valeriaalfaro@ug.uchile.cl



TUBERCULOSIS PLEURAL AISLADA EN ADOLESCENTE ASOCIADO A CONSUMO DE SUSTANCIAS: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Guzmán I¹; Hernández F¹; Matus F¹; Peñaloza S¹. **Tutor:** Marín M².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Chile
2. Médico Cirujano, Residente de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa de gran importancia epidemiológica, sobre todo en países endémicos como Chile. Su presentación más frecuente es su forma pulmonar, sin embargo, también posee formas extrapulmonares, siendo la TBC pleural la más frecuente dentro de estas. Esta última puede ocurrir de manera aislada (sin enfermedad pulmonar), representando un reto diagnóstico debido a la baja sensibilidad que presentan los métodos de estudio. Los usuarios de drogas ilícitas corresponden a un grupo de riesgo para la tuberculosis.

Presentación del caso: Adolescente masculino de 18 años, con antecedente de consumo problemático de alcohol y drogas ilícitas; presenta vacunación BCG, sin vacunación contra SARS-COV-2, acude a servicio de urgencias por cuadro de dolor torácico, disnea y tos de 1 semana de evolución, asociado a compromiso del estado general (astenia, fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso) de 1 mes de evolución. Radiografía de ingreso muestra derrame pleural bilateral con atelectasias lineales bibasales; AngioTAC de tórax impresiona bronquiolitis celular en lóbulo superior y medio derechos, con engrosamiento irregular-pseudonodular perilinfático y derrame pleural bilateral loculado con engrosamiento pleural, adenopatías en mediastino y cadenas linfáticas mamarias bilaterales de aspecto reactivo. Al estudio etiológico presenta baciloscopia y cultivo de líquido pleural negativos, sin embargo, el estudio del líquido pleural presenta criterios de Light compatibles con exudado y PCR positiva para Mycobacterium tuberculosis. Se diagnostica TBC pleural y se inicia quimioterapia antituberculosa, con posterior cirugía de aseo y decorticación pleural, instalándose sondas endopleurales y drenaje aspirativo, evolucionando favorablemente.

Discusión y conclusión: El compromiso pleural por tuberculosis es una causa frecuente de derrame pleural en países endémicos; el riesgo es mayor en pacientes jóvenes y en inmunodeficientes. El consumo de drogas y alcohol comprometen la inmunidad celular, específicamente, el consumo de marihuana altera la función macrofágica (bactericida, antitumoral, y de secreción de citoquinas) y de linfocitos T, B y NK. El consumo de sustancias aumenta el riesgo de presentar TBC y complica su manejo, sumado a las presentaciones atípicas como TBC pleural que dificultan el diagnóstico y tratamiento precoz, se vuelve imperativo mantener un alto nivel de sospecha en pacientes que presenten estos antecedentes.

Palabras claves (keywords): Tuberculosis. Tuberculosis Pleural. Trastornos Relacionados con Sustancias. Adolescente.

Correspondencia

Nombre: Ignacio Guzmán Sánchez
Correo electrónico: ignguzman@udec.cl



INFECCIÓN DISEMINADA POR MYCOBACTERIUM INTRACELLULARE ABDOMINAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO.

Autores: Jara M¹; García D²; Tobar D²; Yovera H²; Sepúlveda I². **Tutor:** Ovando S³; Lima M⁴; Cornejo A⁴.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.
2. Becado de Medicina Interna. Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.
3. Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile.
4. Médico Especialista en Medicina Interna e Infectología. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile

Introducción: El complejo Mycobacterium avium (MAC) comprende a las especies M. avium y M. intracellulare. El MAC es la principal causa de infección por micobacterias no tuberculosas (MNT) en pacientes portadores de VIH. Este es el caso de un hombre de 44 años quien presentó derrame pleural y ascitis secundarios a infección diseminada por Mycobacterium intracellulare.

Presentación del caso: Hombre de 44 años con antecedentes de hipertensión arterial y múltiples parejas sexuales, quien consulta en servicio de urgencia por disnea de esfuerzo, tos y lesiones descamativas con excoiraciones distribuidas por todo el cuerpo y nódulos violáceos en muslos y piernas. Se hospitaliza y se realiza TAC que informa opacidades pulmonares e íleo adinámico. Biopsia de piel confirma Sarcoma de Kaposi. Serología resulta positiva para VIH, con carga viral 9540 y CD4 30. Se confirma diagnóstico de neumonía por Pneumocystis Jiroveci. Una vez tratada la infección respiratoria e iniciada la TARV, paciente es egresado. Reingresa 2 meses después por dolor abdominal, vómitos y diarrea. Resonancia de abdomen describe adenopatías mesentéricas, lesión focal hepática (segmento V) y ascitis. Se recibe informe que confirma identificación de Micobacterias no tuberculosas en hemocultivos, especie Mycobacterium intracellulare, se inicia tratamiento como infección diseminada con Azitromicina, Rifampicina y Etambutol..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso describe la historia natural de la infección por VIH con la consecuente infección por agentes oportunistas como es Mycobacterium intracellulare. Asimismo, este reporte debe servir como recordatorio para la sospecha oportuna de infección por VIH en pacientes con cuadros clínicos tórpidos.

Palabras claves (keywords): Mycobacterium intracellulare. VIH. Infecciones Intraabdominales.

Correspondencia

Nombre: María Francisca Jara Olmedo
Correo electrónico: mjar01@correo.uss.cl



EMPIEMA COMO COMPLICACIÓN DE UN DERRAME PLEURAL EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Perez P¹; Seguel D¹; Espinoza C¹; Antriao A¹; Varas V¹. **Tutor:** Mella, C².

Afiliaciones:

1. Interno/a de medicina. Universidad Católica del Maule. Talca. Chile.
2. Médico Residente Medicina Interna. Hospital Regional de Talca. Talca. Chile.

Introducción: El derrame pleural (DP) es una consulta frecuente en el servicio de urgencias. Se presenta en aproximadamente 400/100.000 habitantes, su clínica se caracteriza por dolor torácico de tipo pleurítico, tos seca y disnea. El diagnóstico se basa en pruebas de imágenes y análisis del líquido pleural lo que permite determinar su causa. En ciertas ocasiones, cuando hay retraso en el manejo, se puede complicar produciendo un empiema, el que a diferencia de otras etiologías, debe ser drenado oportunamente.

Presentación del caso: Masculino de 61 años, hipertenso, consulta por 1 semana de dolor en hemitórax derecho, tipo pleurítico, que se intensifica el día de la consulta con disnea asociada. Examen físico destaca: hipotenso, taquicárdico, subfebril, polipneico, saturación límite, murmullo pulmonar disminuido globalmente con crépitos en base derecha. Laboratorio: parámetros inflamatorios elevados. Tomografía Computarizada (TC) de tórax: focos basales bilaterales probablemente de neumonía especialmente a derecha con DP asociado. Se realiza pleurocentesis diagnóstica. Líquido pleural (LP): turbio, pH 7.028, leucocitos 51.107 mm³, polimorfonucleares 96%, glucosa 29,6 mg/dL, proteínas 5180 mg/dL. Se diagnostica empiema pleural secundario a neumonía, por lo que se realiza drenaje pleural y tratamiento antibiótico de amplio espectro. .

Discusión y conclusión: En todo paciente con DP, sobre todo en un contexto infeccioso, se debe tener la sospecha de empiema pleural, que corresponde a una acumulación de pus en el espacio pleural asociado generalmente a neumonía, aunque también puede desarrollarse posterior a cirugía torácica o trauma abdominal. Su pronto diagnóstico es de gran importancia, ya que la historia natural finaliza en una organización del tejido inflamatorio limitando la expansión pulmonar. Es por esto que se debe realizar una pleurocentesis para el estudio del LP siempre solicitando el pH, ya que un valor inferior a 7.2 es diagnóstico de esta entidad, definiendo así la conducta, que consiste en drenaje del LP y terapia antibiótica.

Palabras claves (keywords): Empiema pleural. Neumonía. Derrame pleural.

Correspondencia

Nombre: Pablo José Pérez Moreno
Correo electrónico: pablo.perez@alu.ucm.cl



REACTIVACIÓN DE VIRUS HERPES ZOSTER FACIAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN POR VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Correa A¹; Pinto A¹. **Tutor:** Correa S²

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Cirujano Maxilofacial, Universidad de los Andes. Cirujano dentista, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El herpes zóster corresponde a la reactivación de una infección previa por el virus varicela zoster. Posterior a la primoinfección, el virus permanece en el ganglio de la raíz posterior de la médula espinal por el resto de la vida. La reactivación de este virus dependerá directamente del estado inmune del paciente, de modo que si se ve afectado el virus puede reactivarse, manifestándose en la piel como un dolor que recorre el trayecto de los nervios sensoriales para luego producir una erupción vesicular cutánea dolorosa limitada al dermatoma afectado. La reactivación de virus como el de la varicela zóster ocurre con frecuencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), razón por la que debe ser una razón de estudio complementario.

Presentación del caso: Paciente de 36 años, sin antecedentes mórbidos. Ingresa por cuadro infeccioso odontogénico caracterizado por compromiso de región geniana izquierda y odontalgia, asociado a elevación de parámetros inflamatorios. Se diagnostica celulitis geniana izquierda consecutivo a necrosis pulpar de pieza dentaria 2.4, 2.5 y 2.8 manejado con antibióticos. Se realiza vaciamiento por equipo maxilofacial sin incidentes, presentando disminución de parámetros inflamatorios y sintomatología asociada. Al cuarto día postoperatorio evoluciona con eritema de región geniana izquierda con compromiso palpebral inferior, asociado a lesiones polimorfas de tipo vesicular y ulcerosas de fondo necrótico, afebril y sin elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza biopsia de lesiones faciales que destaca presencia de virus varicela zoster, se complementa con estudio inmunológico que destaca resultado de Test ELISA positivo para VIH de diagnóstico reciente. Se trató con aciclovir EV y curaciones de lesiones con buena evolución clínica..

Discusión y conclusión: DISCUSIÓN: La reactivación de virus como la de la varicela zóster ocurre con frecuencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Normalmente la reactivación en pacientes sanos ocurre en pacientes adulto mayor asociado a la inmunosenescencia fisiológica, por lo que la presencia de este en edades tempranas es razón de estudio complementario en búsqueda de enfermedades que afecten al sistema inmune.

Palabras claves (keywords): Herpes zoster. Virus varicela zoster (VZ). Virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Correspondencia

Nombre: Ana María Correa Hernández
Correo electrónico: amcorrea@gmail.com

REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE OGILVIE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

Autores: Catril C¹; Cid M¹; Cumicheo C¹; Díaz M¹; Catril C². **Tutor:** Bello P³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano. CESFAM Los Volcanes, Villarrica, Chile.

Introducción: Síndrome de Ogilvie (SO) es una pseudoobstrucción colónica en la cual se produce una dilatación aguda del colon, con síntomas y signos de obstrucción intestinal en ausencia de causa mecánica. Es una patología de baja incidencia, que requiere un manejo oportuno para evitar complicaciones. Se presenta el caso de un paciente de 68 años con el cuadro y su manejo.

Presentación del caso: Hombre de 38 años, hospitalizado en servicio de medicina interna en contexto de ACV hemorrágico. Durante la evolución inicia cuadro de distensión abdominal, náuseas, vómitos abundantes y diarrea, al examen físico presenta un abdomen timpánico a la percusión y ruidos metálicos a la auscultación. Tomografía abdomen y pelvis muestra distensión difusa con niveles hidroaéreos, asas de intestino grueso sin engrosamiento patológico de su pared ni causal obstructiva demostrable. Es evaluado por cirugía descartando necesidad de manejo quirúrgico por lo que se inicia manejo con metoclopramida endovenosa (EV), sonda nasogástrica (SNG) y rectal sin resultados favorables, debido a esto se realiza cambio de tratamiento a piridostigmina, a la cual tampoco hubo respuesta. Dado persistencia de cuadro se inicia manejo con prucaloprida a la cual responde favorablemente, disminuyendo distensión abdominal y mejorando tolerancia a la alimentación..

Discusión y conclusión: Este caso muestra el cuadro clínico típico de SO, excepto por la diarrea que es de rara presentación. Debido a su baja incidencia es importante considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal. Requiere un diagnóstico oportuno para lograr la descompresión colónica y así evitar complicaciones como perforación o necrosis intestinal que elevan la morbi-mortalidad. El manejo habitual consiste en medidas conservadoras que incluyen régimen cero, hidratación EV, sonda rectal y SNG, de no responder se inicia tratamiento farmacológico con anticolinesterásico, si persiste cuadro se debe plantear la descompresión con colonoscopia. En este caso se optó por intentar un manejo menos invasivo utilizando prucaloprida con resolución del cuadro, evitando así la necesidad de descompresión mecánica. Este reporte de caso aporta a sospechar el cuadro como diagnóstico diferencial y aporta una opción de manejo para casos futuros.

Palabras claves (keywords): Pseudoobstrucción Colónica. Obstrucción Intestinal. Tratamiento Conservador. Diagnóstico Diferencial.

Correspondencia

Nombre: Carolina Catril Moncada

Correo electrónico: c.catril04@ufromail.cl



HERPES ZOSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Quilodrán N¹; Abarza C¹; Pérez M¹; Rodríguez V¹. **Tutor:** Baeza L².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: El Herpes Zoster (HZ) es la reactivación del Virus Varicela Zoster (VZV) de los ganglios sensoriales cuando la inmunidad celular se ve comprometida. La inmunidad se puede ver alterada de forma iatrogénica en tratamientos oncológicos, como es el caso de los pacientes con Leucemia Linfática Aguda (LLA).

Presentación del caso: Paciente masculino de 20 años, con antecedente de LLA en espera de trasplante de médula ósea, refiere cuadro de una semana de evolución de aparición de lesiones herpéticas no pruriginosas en zona de muslo posterior, que fue progresando a otras regiones como brazo izquierdo y región cervical, asociado a cefalea. Consultó en urgencias donde ingresó febril, taquicárdico, se observa al examen físico pálido, presenta vesículas herpéticas eritematosas confluentes de bases hemorrágicas dolorosas no pruriginosas en muslo y brazo izquierdo, en región cervical y occipital, acompañado de melanoniquia en uñas de manos y pies. En el laboratorio destaca 218.080 glóbulos blancos, con un recuento de neutrófilos de 0. Hemoglobina de 9,7 g/dL. Plaquetas en 18.000 y Proteína C reactiva 154. Se decide volemización, hemocultivos y tratamiento antiviral asociado a antibacteriano por la sospecha de lesiones sobreinfectadas..

Discusión y conclusión: El VZV adquiere una presentación clínica de mayor gravedad en pacientes inmunocomprometidos, podría coincidir con una agravación del cáncer. Se presenta con mayor frecuencia en Linfoma de Hodgkin 22-38%, en Leucemias alcanza un 10%. Sin un manejo inicial precoz y adecuado se asocia a diseminación en un 23%, de los cuales un 13% presenta compromiso visceral. También se puede complicar con sobreinfección bacteriana lo que conlleva a un peor pronóstico. En conclusión, el HZ varía su presentación dependiendo de la inmunidad del paciente. Debemos prestar mayor cuidado con pacientes inmunocomprometidos y considerarlos siempre de alto riesgo.

Palabras claves (keywords): Herpes Zoster. Leucemia linfática aguda. Complicaciones.

Correspondencia

Nombre: Nathalia Giselle Quilodrán Riquelme
Correo electrónico: nathaliagr@gmail.com

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO PAROXÍSTICO EN EMBARAZADA DE 20 SEMANAS: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Saavedra J¹; Vera L¹; Latuz P¹; Castañeda Y¹; Riquelme S¹. **Tutor:** Sued M².

Afiliaciones:

1. Interno Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Cardiólogo, Servicio de Cardiología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile.

Introducción: El Bloqueo Auriculoventricular Completo (BAVC), un tipo de bradiarritmia que compromete toda la conducción auriculoventricular, puede ser congénito o adquirido. No existen registros de su incidencia en embarazadas, debido a su rareza, siendo difícil definir un manejo específico. La búsqueda de alteraciones estructurales, enfermedad de Chagas u otras, es fundamental para tratar el cuadro. La Asociación Europea de Cardiología recomienda, con bajo nivel de evidencia, la instalación de marcapasos anteparto en toda mujer sintomática, por el riesgo de falla cardíaca o paro cardiorrespiratorio durante el trabajo de parto, con el fin de prevenir complicaciones, quedando a discusión el manejo expectante.

Presentación del caso: Mujer 33 años, cursando embarazo de 20 semanas. Portadora de asma controlado, sin antecedente de cardiopatía congénita o adquirida. Antecedente de 1 embarazo previo por cesárea, sin incidentes ni patologías. Niega uso de drogas o fármacos. Consulta de manera ambulatoria por palpitaciones y disnea, de un mes de evolución. Presión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 81 latidos por minuto, saturación de oxígeno 99%, examen físico normal. Controles prenatales al día, exámenes de laboratorio sin alteraciones, VDRL (-), Chagas (-), ELISA VIH (-). Electrocardiograma muestra ritmo sinusal y bloqueo completo de rama derecha. Ecocardiograma sin evidencia de alteraciones estructurales o isquémicas, por lo que, se solicita Holter de ritmo (HR) que destaca salvas de Bloqueo Auriculoventricular de 1er y 2do grado Mobitz 1, que evoluciona a BAVC de 2.5 segundos, retornando a ritmo sinusal, con posteriores registros de BAVC paroxísticos. Se explica necesidad de marcapasos por sintomatología, siendo rechazado por paciente. Mantiene controles periódicos, con evidencia de BAVC en HR posteriores. En la semana 35, cursa con Neumonía e Insuficiencia Respiratoria Aguda por COVID19, requiriendo interrupción inmediata, sin registro de BAVC durante pre y postparto inmediato. HR a los 2 meses postparto, destaca ritmo de la unión aislado, sin bloqueo significativo. Favorable evolución clínica y recién nacido con adecuado crecimiento pondoestatural.

Discusión y conclusión: BAVC en el embarazo es raro, con manejo controversial por su infrecuencia. Nuestro caso evidencia que el manejo expectante es factible en una embarazada, incluso si cursa con Neumonía por COVID19.

Palabras claves (keywords): Embarazo. Bloqueo auriculoventricular completo. Marcapaso artificial.

Correspondencia

Nombre: Javiera Saavedra Flores
Correo electrónico: javiera.saavedraf@mail.udp.cl



HEMOFILIA A ADQUIRIDA: REPORTE DE CASO.

Autores: Ortiz F¹. **Tutor:** Briones F².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
2. Médico cirujano. Hospital San Borja Arriarán. Santiago. Chile.

Introducción: La hemofilia A adquirida (HAA) es un trastorno hemorrágico provocado por el desarrollo de autoanticuerpos que inhiben el factor VIII. Es poco frecuente y entre sus causas se describen los procesos neoplásicos. Se debe sospechar frente a eventos hemorrágicos asociados a alargamiento del tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPA). Se presenta con niveles disminuidos de FVIII, evidencia de un inhibidor, tiempo de protrombina (TP) normal y anticoagulante lúpico (AL) negativo. El manejo se basa en controlar las hemorragias, eliminar al inhibidor y manejar la patología subyacente. Su importancia radica en su elevada mortalidad, siendo un factor de mal pronóstico la presencia de una neoplasia.

Presentación del caso: Hombre de 80 años, con antecedente de uropatía obstructiva baja de reciente diagnóstico con sospecha de cáncer de próstata, es derivado a hematología por historia de 3 meses de evolución caracterizado por aparición espontánea de extensos hematomas cutáneos, hematuria, baja de peso y deterioro de la capacidad funcional. Presentó episodio de sangrado profuso hace 1 año tras extracción dental. Sin otros síntomas relevantes ni antecedentes familiares. Se hospitaliza con exámenes de laboratorio: Hemoglobina 8.6 g/dL, plaquetas 300.000/ml, TTPA 66 segundos, TP 88%, test de mezcla no corrige, factor VIII 4%, AL 0,98, Bethesda 38 UB. Evoluciona con caída importante del hematocrito, se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que informa aumento de tamaño prostático con nódulos captantes sospechosas, asociado adenopatías adyacentes, y extenso hematoma en músculo psoas e ilíaco". Se inicia tratamiento transfusional de hemoderivados, corticoterapia, complejo concentrado de protrombina activado, factor VII recombinante activado y rituximab con buena respuesta, logrando estabilizar hematocrito..

Discusión y conclusión: Este reporte evidencia la clínica, estudio y tratamiento de una HAA. Resulta relevante la sospecha precoz para iniciar un tratamiento oportuno debido a su elevada morbimortalidad.

Palabras claves (keywords): Hemofilia A. Autoanticuerpos. Autoinmunidad. Neoplasia.

Correspondencia

Nombre: Francisca Ortiz

Correo electrónico: franciscaortiz@ug.uchile.cl



ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN CASO.

Autores: Alarcón C¹; Díaz M¹; Aguilar A¹; Laroze J¹. **Tutor:** Castro I².

Afiliaciones:

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

Introducción: La enfermedad relacionada a inmunoglobulina G4 (IgG4) es una patología fibroinflamatoria multisistémica inmunomediada, con una incidencia estimada de 2.63 a 10.2 casos por millón de habitantes. Los principales órganos comprometidos son las glándulas salivales, ductos biliares, páncreas, retroperitoneo, pulmones, tráquea y la piel. Es considerada como una "gran simuladora" debido a sus diversas manifestaciones clínicas, siendo un desafío diagnóstico.

Presentación del caso: Varón de 64 años con antecedentes de colitis ulcerosa diagnosticada el 2000, actualmente en remisión completa. Consulta por cuadro de 4 meses de evolución de compromiso de estado general, asociado a baja de peso de aproximadamente 10 kilogramos. Al examen físico destaca presencia de adenopatía cervical izquierda dura, adherida a planos profundos, indolora, de aproximadamente 2 centímetros de diámetro, además aumento de la consistencia de ambas glándulas submandibulares. Exámenes complementarios destacó hemoglobina de 11,6 g/dL, VHS 126 mm/h, creatinemia 4,46 mg/dL, urea 89, BUN 41 mg%, LDH 121 UI/L. El estudio inmunológico destaca anticuerpos anti-DNA (+), ANA (+), ENA (-), anti-MBG (-), C3 y C4 disminuidos. El recuento de inmunoglobulinas fue IgA normal, IgG elevado (2540 mg/dL) e IgM normal. Además se descartó tuberculosis con baciloscopias negativas y Quantiferon negativa. Biopsia ganglio linfático cervical compatible hiperplasia linfoide y plasmocitosis con expresión aumentada de IgG4. Biopsia renal con hallazgos compatibles con nefritis tubulointersticial crónica del tipo enfermedad por IgG4. Se inició tratamiento con corticoides con evolución favorable y recuperación de función renal..

Discusión y conclusión: La enfermedad por IgG4 se caracteriza por infiltración de tejido linfoplasmocítico positivo para IgG4, que puede ir acompañado de fibrosis, flebitis obliterante y un aumento moderado de eosinófilos tisulares en el órgano afectado. Sin embargo, al tener una clínica inespecífica, el diagnóstico se realiza excluyendo etiologías infecciosas, enfermedades autoinmunes y linfomas. En nuestro caso la hipótesis diagnóstica inicial fue lupus sistémico, sustentado en la presencia de poliadenopatías, afección renal e hipocomplementemia. La biopsia es fundamental para confirmar el diagnóstico. En general, la afección renal por enfermedad relacionada con IgG4 es infrecuente, en el cual el hallazgo más común es nefritis tubulointersticial como se presentó en nuestro paciente.

Palabras claves (keywords): Nefritis tubulointersticial. Enfermedad por IgG4. Hipocomplementemia. Insuficiencia renal aguda.

Correspondencia

Nombre: Cristóbal Alfonso Alarcón Correa
Correo electrónico: c.alarcon12@ufromail.cl



HIPERHOMOCISTEINEMIA COMO CAUSA DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Perez M¹; Rodríguez V¹; Quilodran N¹; Quiroz S¹; Abarza C¹. **Tutor:** Fuentes M².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

2. Médico cirujano, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: La homocisteína es un aminoácido intermediario, formado por la conversión de metionina en cisteína. Se metaboliza por una de dos vías: transulfuración y remetilación, siendo necesario para esto, niveles normales de ácido fólico y algunas vitaminas. Su elevación en plasma puede deberse entre otras cosas a factores genéticos, fármacos o tabaquismo, y se considera un marcador de riesgo independiente de enfermedad vascular aterosclerótica cuando se eleva en niveles moderados.

Presentación del caso: Paciente femenina de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo, ingresa al servicio de medicina por cuadro de dolor abdominal difuso, que inicia postprandial, de leve intensidad, sin irradiación, asociado a deposiciones líquidas que habría comenzado hace 3 años, con aumento de intensidad, frecuencia y baja de peso de 30 kg en el último periodo. Con estudios previos que descartan lesiones tumorales y otras enfermedades sistémicas. Dado empeoramiento de cuadro clínico se decide hospitalizar para estudio. Durante hospitalización se realiza Angiotac de abdomen y pelvis que informa estenosis crítica de varios vasos, además de oclusión de arteria iliaca común derecha. Por lo que se realiza Angiografía que objetiva y dimensiona dichas estenosis, entre las que destacan: Arteria renal derecha 50%, izquierda 30%. Arteria mesentérica superior 90%. Iliaca común izquierda 91% y oclusión de iliaca común derecha. Con ecografía posterior de arterias carótidas, evidenciando estenosis de 46% y 25% en derecha e izquierda respectivamente. Se decide realizar exámenes de laboratorio para determinar etiología, donde se recibe homocisteinemia elevada 19.7 $\mu\text{mol/L}$, atribuyendo enfermedad arterial sistémica a hiperhomocisteinemia..

Discusión y conclusión: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo y se ha identificado a la hiperhomocisteinemia como uno de los factores de riesgo modificables para esta enfermedad dado que contribuye al aumento del estrés oxidativo, disfunción endotelial y aterosclerosis. Constituyendo un factor independiente de enfermedad vascular cerebral, coronaria y arterial periférica. Su cuantificación permite su clasificación en tres niveles, siendo el moderado (15 a 30 $\mu\text{mol/L}$) asociado a un mayor riesgo de enfermedad vascular. En pacientes con enfermedad arterial desconocida, su medición puede ser esencial para la estratificación del riesgo de enfermedad cardiovascular.

Palabras claves (keywords): Hiperhomocisteinemia, aterosclerosis, enfermedad arterial.

Correspondencia

Nombre: María Jesús Pérez Bravo

Correo electrónico: mariajesusperez.br@gmail.com



HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PANCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Teneo-Abarca A¹; Araya-Quezada C¹; Torres-Bavestrello L¹; Palza-Contreras P¹. **Tutor:** Fernández-Quinteros R².

Afiliaciones:

1. Interno(a) de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Departamento Medicina Interna, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

Introducción: La hemoglobinuria paroxística nocturna es una enfermedad que genera una expansión clonal de las células troncales hematopoyéticas, producto de una mutación somática adquirida, lo cual genera una predisposición de las células derivadas de estas a ser destruidas por el sistema del complemento. Se manifiesta principalmente por anemia hemolítica y se asocia a citopenias e hipercoagulabilidad, aunque puede presentarse en algunos casos con sintomatología poco específica. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 54 años, previamente sano, quién presenta compromiso de estado general y pancitopenia como manifestaciones iniciales de esta enfermedad.

Presentación del caso: Hombre de 54 años, acude al servicio de urgencia por un cuadro de dos semanas de evolución de disnea de esfuerzo, compromiso del estado general e ictericia. El estudio de laboratorio reveló una pancitopenia, destacando una anemia hemolítica arregenerativa con macrocitosis, sin presencia de blastos. Tras el descarte de causas infecciosas y endocrinas, se estudia con biopsia de médula ósea y una citometría de flujo, la cual resulta compatible con hemoglobinuria paroxística nocturna.

Discusión y conclusión: En este caso se detalla el proceso de estudio de una pancitopenia que, considerando además su asociación a hemólisis, posee múltiples diagnósticos diferenciales. El estudio finaliza con el diagnóstico de una hemoglobinuria paroxística nocturna, enfermedad de baja prevalencia, pero que exige tenerla presente en un estudio de descarte etiológico. Por otro lado, existen pocos estudios de incidencia y reportes de casos en el país donde se presenta este caso clínico, por lo cual este trabajo puede ser de ayuda para el profesional de salud que se vea enfrentado a un escenario similar.

Palabras claves (keywords): Hemoglobinuria paroxística nocturna. Pancitopenia. Estudio de reporte de caso.

Correspondencia

Nombre: Agustín Teneo Abarca
Correo electrónico: ateneoa@uft.edu



DERMATOMIOSITIS COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Catalá E¹; Luzzi D¹; Valenzuela I¹; Arce J¹; Navarro F¹. **Tutor:** Troncoso N².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Becado de Medicina Interna, Hospital San José, Santiago, Chile.

Introducción: La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria que produce debilidad muscular proximal asociada a lesiones cutáneas. Dentro de sus causas puede ser idiopática o asociada a neoplasia, vasculitis o a enfermedades colágeno-vasculares. La incidencia de dermatomiositis asociada a cáncer como síndrome paraneoplásico es del 15-30%, el cual puede preceder, aparecer simultáneamente o incluso después del cáncer, sobre todo asociado a cáncer ovárico, de mama, pulmón, colon y síndromes mieloproliferativos.

Presentación del caso: Hombre de 79 años con antecedentes de cáncer prostático en tratamiento hormonal. Presenta cuadro de dos meses de debilidad muscular generalizada, mialgias, disfagia progresiva, anorexia, reflujo, pérdida de 30 kg y secreciones bronquiales. Al examen físico: piel acartonada, eritema heliotropo bilateral, signo de Gottron y signo del chal. Tomografía computarizada cuello y tórax: pequeños nódulos calcificados periféricos en el lóbulo superior derecho y adenopatías mediastínicas calcificadas. Electromiografía: concordante con miositis. Se hospitaliza con el diagnóstico de miositis, esclerodermia/dermatomiositis paraneoplásica y nódulo pulmonar en lóbulo superior derecho. Se estudia con laboratorio donde destaca transaminasas elevadas, anticuerpos antinucleares positivos: citoplasma granular fino 1/640 y centromérico 1/320; anti-DNA negativo, factor reumatoideo negativo, anti-antipéptidos cíclicos citrulinados negativo, panel antimiositis positivo, Anti-Ro positivo, Factor transcripcional intermediario 1-Gamma positivo (89), Antígeno prostático 10,7 ng/mL. Ante sospecha de dermatomiositis paraneoplásica con esclerodermia, se indica pulsos de metilprednisolona, luego prednisona y metotrexato. Evoluciona con mejoría de paresia de extremidades. Ecotomografía testicular: sin signos evidentes de neoplasia testicular. Se estudia con marcadores tumorales (CA-125, CA19-9 y alfafetoproteína) que resultan en rango normal. Es dado de alta con tratamiento corticoidal. En el control ambulatorio se confirma diagnóstico de Síndrome de solapamiento dermatomiositis/esclerodermia..

Discusión y conclusión: Es conocida la aparición de dermatomiositis como síndrome paraneoplásico, por lo que en estos casos es importante hacer el tamizaje de neoplasias ocultas, tal como se estudió en este paciente, quien además ya se encontraba cursando con un cáncer prostático. Ante la ausencia de consenso con respecto a la periodicidad e intensidad del estudio de una eventual neoplasia, esta deberá ser evaluada en base a la evolución clínica de cada caso.

Palabras claves (keywords): Síndrome paraneoplásico. Dermatomiositis. Esclerodermia.

Correspondencia

Nombre: Esteban Catalá Sommer
Correo electrónico: esteban.catala@usach.cl



ARTRITIS SÉPTICA POR ENTEROCOCCUS FAECALIS EN ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR EN PACIENTE RENAL TERMINAL PORTADOR DE CATÉTER TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS.

Autores: Mella J¹; San Martín I¹; Rivera M¹; Rojas J¹. **Tutor:** Bolbaran I²

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Becado en Medicina Interna. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: La artritis séptica esternoclavicular representa el 1% de la artritis séptica en la población general. Se produce por uso de drogas endovenosas (23%), asociado a catéter venoso central (9%) y otras. Se expondrá un caso de un paciente de 82 años que posterior a sesión de hemodiálisis presenta artritis séptica de la articulación esternoclavicular.

Presentación del caso: Hombre de 82 años de edad con antecedentes mórbidos de hipertensión, enfermedad renal crónica etapa 4 en diálisis trisemanal hace 3 años e insuficiencia cardiaca congestiva. Consulta a servicio de urgencias por cuadro de 2 días de evolución de dolor en región de inserción de catéter subclavio derecho 8/10 EVA que comienza en relación a la última diálisis. Sin fiebre. Se solicitan exámenes de laboratorio que destacan PCR 13.24, leucocitos 12.000 y troponinas negativas. Se solicita una resonancia magnética de tórax en la que se observa sinovitis y moderado derrame articular en la articulación esternoclavicular derecha. El TAC de abdomen y pelvis sin alteraciones. Con los antecedentes anteriores se tiene como principal hipótesis diagnóstica una artritis séptica de articulación esternoclavicular y se inicia tratamiento con Vancomicina EV empírico. Se solicita hemocultivo que resulta positivo para Enterococcus Faecalis. Al tercer día de hospitalización se instala catéter venoso central transitorio y se retira catéter tunelizado. Se envía catéter tunelizado a cultivar y resulta positivo para Enterococcus Faecalis. Al quinto día, el antibiograma resulta sensible a ampicilina por lo que se cambia antibiótico a Ampicilina/Sulbactam hasta completar tratamiento. Paciente evoluciona con hemocultivos negativos, baja de parámetros inflamatorios y mejoría clínica. Previo al alta se instala catéter venoso central tunelizado por vena yugular izquierda, así el paciente puede continuar con sus hemodiálisis ambulatorias..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso detalla una artritis séptica de la articulación esternoclavicular que es bastante infrecuente (solo 180 casos reportados en pubmed), además el agente patógeno detectado (Enterococcus Faecalis) también lo es. El tratamiento es curativo con antibióticos hasta 5 semanas.

Palabras claves (keywords): Artritis séptica. Sepsis por catéter. Estudios de casos únicos como asunto.

Correspondencia

Nombre: Joaquín Andrés Mella Stoma
Correo electrónico: jamella@miuandes.cl



SÍNDROME DE HAMMAN SECUNDARIO A NEUMONÍA POR CORONAVIRUS TIPO 2.

Autores: Saavedra T¹; Palacios V¹; Mancilla J¹; Morgado B¹. **Tutor:** Chavez C².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad Magallanes. Punta Arenas Chile.
2. Médico Cirujano, General de zona Cesfam Dr. Juan Damianovic, Punta Arenas, Chile.

Introducción: El Síndrome de Hamman (SH) o neumomediastino espontáneo es una complicación secundaria al aumento de la presión intraalveolar que provoca la ruptura del alveolo y la salida del aire desde el árbol bronquial hacia el mediastino, el tejido subcutáneo y a nivel endotorácico. Las condiciones predisponentes son las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el asma bronquial, trauma, procedimientos en el tórax, ventilación mecánica, tos exigente, y cáncer de pulmón. La posibilidad SH es consecuencia de las infecciones respiratorias que cursen con tos intensa y den lugar a maniobras de valsalva forzadas, como es en el caso de la infección por SARS-CoV-2.

Presentación del caso: Femenina de 52 años, 8ª día de síntomas COVID-19 presenta incremento de tos asociado a disnea. Ingres a urgencia desaturando 79%, frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto, por lo que se colocó mascarilla recirculación de oxígeno con mejoría a 93%, sin antecedentes de procedimientos invasivos en el tórax. Los exámenes: PCR 8.88 mg/L Ferritina >2000 ng/ml Dímero D 0.61 LDH 510 u/l, gasometría arterial pH 7.42 pCO₂ 36.7 pO₂ 116 FIO₂ 80% PAFI 145 mmHg. La tomografía de tórax, infiltrado alveolar en vidrio esmerilado con consolidaciones bilaterales, compromiso pulmonar del 50 %. Se hospitaliza conectada a Canula Nasal de alto Flujo (CNAF) 60 litros de flujo y 60% de fio₂. Tras 6 días conectada a CNAF 45Lt/45Fio₂ sin mejoría clínica, se realiza tomografía evidenciando enfisema subcutáneo y neumomediastino, es trasladada a UCI y conexión a ventilación mecánica invasiva. Evolución favorable con disminución progresiva de soporte ventilatorio hasta el alta sin requerimientos de oxígeno suplementario..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso resalta las complicaciones pulmonares a tener en cuenta en pacientes con infección por COVID-19 como son la neumonía bilateral, coinfección bacteriana, sepsis, insuficiencia respiratoria y neumomediastino espontáneo. El tratamiento de este último es observación y seguimiento continuo más aún en aquellos pacientes con progresión de enfermedad.

Palabras claves (keywords): Síndrome Hamman. Covid-19. Reporte de caso.

Correspondencia

Nombre: Tihare Saavedra Manzo

Correo electrónico: tiharsaavedra@gmail.com



BALONPLASTIA EN ESTENOSIS MITRAL SECUNDARIO A ENFERMEDAD REUMÁTICA EN MUJER EMBARAZADA DE 30 SEMANAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Vera L¹; Valdes J¹; Rivas C¹; Contreras P¹; Rogel A¹. **Tutor:** Duarte M²; Sued M².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Médico Cardiólogo, Servicio de Cardiología, Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.

Introducción: La estenosis mitral reumática (EMR) es la incompetencia valvular más común de la enfermedad reumática, siendo una condición de alto riesgo cardiovascular en las mujeres embarazadas y una causa importante de mortalidad materna. Dada la elevada tasa de complicaciones durante el embarazo, la comisurotomía mitral percutánea con balón (CMP), que tiene un bajo riesgo, puede ser un tratamiento factible para las mujeres jóvenes embarazadas con estenosis mitral moderada o grave. En el Instituto Nacional del Tórax, centro de referencia de Chile, sólo posee registro de 8 procedimientos en 25 años.

Presentación del caso: Mujer de 35 años, múltipara de 3 (3 cicatriz de cesárea anterior), cursando embarazo de 30 semanas, portadora de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus pre gestacional, hipotiroidismo, obesidad, antecedentes de HELLP en embarazo previo. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de disnea progresiva hasta moderados esfuerzos, con ortopnea asociada. Al examen físico: hemodinámicamente estable, RR2T soplo sistólico III/VI. Electrocardiograma: ritmo sinusal, probable dilatación auricular izquierda. Ecocardiograma transtorácico muestra EMR moderada: AV Mitral de 1.4 cm² con gradiente de 36/21 mmHg, insuficiencia mitral leve e insuficiencia tricuspídea severa. Ecocardiograma transesofágico (ETE): sin evidencias de trombos. Hipertensión pulmonar. Score de Wilkins de 7 puntos. Se plantea CMP por grado de seguridad y mínimo riesgo que supone este procedimiento tanto para el feto como para la madre. Paciente se traslada para realización de balonplastia mitral percutánea, con apoyo de los servicios de neonatología, obstetricia y cardiovascular. ETE postoperatorio: AV Mitral 1,5 cm² con gradiente 9/5 mmHg e insuficiencia mitral mínima. Finalmente, se realiza diagnóstico de EMR en embarazada de 30 semanas, manejado con balonplastia de favorable respuesta clínica y adecuado crecimiento ponderal de recién nacido..

Discusión y conclusión: La gestación produce alteraciones del sistema vascular, es por esto que una estenosis mitral durante la misma se considera de alto riesgo, y por lo tanto debe someterse a seguimiento estricto. Se debe considerar la intervención de CMP en pacientes que presenten sintomatología importante o AV Mitral ≤ 1.5 cm², debido al mínimo riesgo que supone para la diada, frente a intervenciones farmacológicas o conducta expectante.

Palabras claves (keywords): Estenosis mitral. Embarazo. Comisurotomía percutánea con balón.

Correspondencia

Nombre: Paloma Contreras Serrano
Correo electrónico: paloma.contreras1@mail.udp.cl

ORTODEOXIA-PLATIPNEA, FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ACCIDENTES CEREBROVASCULARES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Labra D¹; Lagos V¹; Soria M¹; Vergara N¹; Encina C¹. **Tutor:** Strodthoff P².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Neumología. Clínica Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: El foramen oval permeable (FOP) es una malformación cardíaca frecuente con una prevalencia del 25-35%. La mayoría de las veces es asintomática. En algunos casos, se manifiesta con platipnea - ortodeoxia, que consiste en disminución de la saturación de oxígeno en bipedestación debido a un shunt derecha - izquierda, y rara vez como accidente cerebrovascular (ACV), debido a embolias paradójales, donde el diagnóstico y tratamiento temprano adquieren importancia para evitar nuevos episodios. Se presenta el siguiente caso clínico con el fin de aportar elementos clínicos para su diagnóstico y concientizar sobre otras comorbilidades asociadas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 73 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipotiroidismo, dislipidemia y múltiples ACV sin secuelas. Durante rehabilitación post neumonía grave por SARS CoV-2 se pesquisa episodio de desaturación hasta 82% en posición erguida, que revierte en decúbito supino. Se solicita angiografía de tórax, descartando tromboembolismo pulmonar, y ecocardiograma doppler transesofágico (ETE) con test de suero salino agitado (TSA) que resulta positivo para FOP. Se realiza cierre percutáneo de FOP, sin complicaciones..

Discusión y conclusión: El FOP es una condición frecuente y casi siempre asintomática. Una manifestación poco frecuente son los ACV recurrentes. La OD se encuentra mayormente en casos de FOP y, en menor medida, puede deberse a un síndrome hepato-pulmonar o malformaciones AV pulmonares. Para el diagnóstico es necesaria la visualización de burbujas en el ETE con TSA y para tratarlo, en casos de ACV recurrente, se pueden realizar procedimientos percutáneos que son seguros y tienen buenos resultados a largo plazo. En conclusión, es necesario sospechar la presencia de un FOP cuando estemos frente a OD o platipnea. También es importante sospechar e identificar precozmente la presencia de un FOP como causa precipitante de ACV, para prevenir nuevos episodios y morbimortalidad asociada.

Palabras claves (keywords): Foramen Oval Permeable. Accidente Cerebrovascular. Ecocardiografía Transesofágica.

Correspondencia

Nombre: Daniela Labra Fernández
Correo electrónico: dplabra@miuandes.cl

MANEJO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON DOS RECIDIVAS POST BYPASS GÁSTRICO: CASO CLÍNICO.

Autores: Soria M¹; Lagos V¹. **Tutor:** Jerez V².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico General. SAR Talagante. Santiago, Chile.

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) precoz (definida como aquella que ocurre antes de las 2 semanas tras la cirugía bariátrica) presenta una incidencia entre 0,6 - 4% y es una de las complicaciones más frecuentes asociadas al Bypass gástrico (BG) en Y de Roux. Generalmente su origen se encuentra en la anastomosis gastroyeyunal.

Presentación del caso: Hombre, 54 años. Antecedente de Hipertensión Arterial y Obesidad tipo III, es sometido a un BG. Una semana después acude a Urgencias por episodios hematemesis y melena. Ingresó taquicárdico, hipotenso y mal perfundido. Al laboratorio destaca anemia leve. Estabilizado el paciente, se efectúa endoscopia digestiva alta (EDA) donde se aprecian dos úlceras en relación con gastro-yeyuno anastomosis Forrest IB y IIA; se aplica coagulación, clips e inyección submucosa. A las 48 horas presenta nuevo episodio de hematemesis y se realiza segunda EDA que muestra sangrado en napa que se trató con Hemospray. Es dado de alta y tres días después vuelve a consultar por nuevo episodio de hematemesis, se realiza tercera EDA encontrando una úlcera con sangrado visible en Jet. Se coagula e instalan clips más inyectoterapia, con buena respuesta y sin nuevas recidivas..

Discusión y conclusión: En la HDA post BG, la EDA es diagnóstica y terapéutica. Pese a los riesgos que conlleva en el postoperatorio precoz, es exitosa en la mayoría de los casos, evitando de esta forma, procedimientos invasivos con mayor morbilidad. El manejo de la HDA se guía por las directrices habituales de hemorragia digestiva alta no varicosa. A modo general, ante una primera recidiva se recomienda una segunda EDA, sin embargo, ante una segunda recidiva la recomendación es manejo quirúrgico. En este caso, se propuso de manera inusual una tercera EDA, que logró el cese de la HDA.

Palabras claves (keywords): Hematemesis. Derivación Gástrica. Endoscopia Gastrointestinal.

Correspondencia

Nombre: Martín Soria Elsner
Correo electrónico: mmsoria@miuandes.cl



REPORTE DE CASO: PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Autores: Esnouf S¹; Del Fierro S¹. **Tutor:** Chang H².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Médica Cirujana, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con afectación multiorgánica. Dentro de las manifestaciones gastrointestinales existen escasos reportes de pancreatitis aguda (PA), cuya etiología aún es tema de controversia. Algunos estudios sugieren que los corticoides podrían ser causantes de la PA, mientras otros reportes la consideran secundaria a la actividad del LES, usando la corticoterapia como un pilar central del manejo.

Presentación del caso: Mujer de 46 años con antecedentes de LES diagnosticado hace 20 años en tratamiento con prednisona y rivaroxabán, anemia crónica y hospitalización reciente por pancreatitis aguda con colecciones necróticas encapsuladas, trombosis de la vena esplénica y colección líquida subhepática izquierda. Se descartó etiología litiásica, metabólica y alcohólica y se continuó con manejo médico, sin suspensión de su terapia de base, y evolución clínica favorable. Consulta tres semanas tras el alta por cuadro clínico compatible con nuevo episodio de PA, con laboratorio concordante y sin otra disfunción orgánica. Se solicita angiotomografía de abdomen y pelvis que muestra pseudoaneurisma de la arteria esplénica parcialmente trombosada, lesiones isquémicas esplénicas significativas, colecciones perigástricas y pancreáticas ya documentadas de mayor tamaño. Se suspende tratamiento corticoidal de base y se hospitaliza en unidad de paciente crítico. Se realiza intento de embolización de la arteria esplénica mediante radiología intervencional, evolucionando con isquemia comprometiéndolo 70% de la perfusión esplénica. En este contexto, considerando alto riesgo de fistulización de colecciones, se programa drenaje vía endosonografía. Al momento de la publicación de este reporte la paciente continúa hospitalizada y su caso está siendo discutido en un comité multidisciplinario..

Discusión y conclusión: Existen pocos reportes de PA en pacientes con LES, sin embargo, cobra relevancia dado su mayor tasa de complicaciones y mortalidad en comparación con la población general. Este caso aporta en demostrar la posible recurrencia de PA en estos pacientes, asociado a complicaciones graves, además de exponer la persistente incertidumbre acerca de la patogénesis de la PA en contexto de LES y el rol controversial de la corticoterapia, incentivando la necesidad de mayor investigación sobre este tema.

Palabras claves (keywords): Lupus eritematoso sistémico. Pancreatitis. Corticoides.

Correspondencia

Nombre: Sophie Esnouf Mannion

Correo electrónico: sophie.esnouf@ug.uchile.cl

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Rojas J¹; Mella J¹; Rivera M¹; San Martín I¹. **Tutor:** Camhi D².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico becado en Medicina Interna. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas, que se caracteriza por presentar dolor abdominal en hemiabdomen superior, sin embargo, requiere exámenes de laboratorio o imágenes para establecer su diagnóstico. Aunque la etiología más común es la biliar, existen otras como la inducida por alcohol o por hipertrigliceridemia.

Presentación del caso: Paciente masculino de 27 años, con antecedente de obesidad mórbida (IMC 49), sin cirugías previas, consulta al servicio de urgencias de Clínica Dávila por cuadro de 12 horas de evolución de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Al examen físico, solo destaca sensibilidad en epigastrio e hipocondrio derecho. Exámenes de ingreso: Lipasa 117, Triglicéridos 4425, FA 79, GOT 51, GPT 51, GGT 9, Leucocitos 11.200, PCR 1.37, Na 124 y K 3.7, Ph 7.34, PCO₂ 43, HCO₃ 22, Cuerpos cetónicos +. Se realiza TAC de abdomen y pelvis: hallazgos compatibles con pancreatitis aguda edematosa intersticial, hepatomegalia y moderada esteatosis hepática difusa. Ingres a UTI con diagnósticos de: Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia severa, Obesidad mórbida, Esteatosis hepática Se inicia Gemfibrozilo 600mg cada 12 horas vía oral. El paciente evoluciona favorable clínicamente, sin embargo, al mantener glicemias capilares sobre 200, Ph 7.33, cuerpos cetónicos en sangre (+) y HbA1C 12.9%, se concluye diagnóstico de Diabetes Mellitus y debut con cetoacidosis diabética. Se inicia insulina intravenosa con lo cual se normalizan parámetros y luego insulina Lantus. Como estudio del cuadro se realiza Colangiografía que informa: pancreatitis aguda edematosa intersticial, sin signos de colelitiasis ni coledocolitiasis. Posteriormente evoluciona de manera favorable, sin dolor, buena tolerancia oral, buen manejo de triglicéridos y glicemias, por lo que se decide alta el día 12 y control..

Discusión y conclusión: La pancreatitis por hipertrigliceridemia, tiene una presentación clínica similar a otras etiologías. Aunque no es la principal causa, se debe sospechar en pacientes obesos, con mal control metabólico, antecedentes de hipertrigliceridemia en familiares y en aquellos que se presenten con triglicéridos sobre 1000mg/dL. El manejo es el tradicional de una pancreatitis aguda, además de lograr buen manejo de glicemias y triglicéridos mediante el uso de insulina IV y Gemfibrozilo, entre otras medidas.

Palabras claves (keywords): Pancreatitis aguda. Hipertrigliceridemia. Reporte de caso.

Correspondencia

Nombre: Juan Pablo Rojas Cepeda
Correo electrónico: jprojas1@miuandes.cl

ARTERITIS DE LA HEPÁTICA IZQUIERDA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Rivera M¹; Mella J¹; San Martín I¹; Rojas J¹. **Tutor:** Gomez J².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico Urgenciólogo, Universidad de Chile, Hospital Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile.

Introducción: Las vasculitis de grandes vasos son un conjunto de enfermedades inflamatorias de la pared de vasos de mediano y gran calibre. Son de etiología desconocida y las principales alteraciones corresponden a inflamación y proliferación de la íntima con lesiones de la capa elástica y muscular, lo que se traduce en áreas de estenosis segmentarias y/o aneurismas. Las manifestaciones clínicas van a depender de la localización del vaso afectado y del tipo de alteración.

Presentación del caso: Paciente hombre de 62 años, con antecedente de HTA y ACxFA sin TACO. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 meses de evolución de dolor epigástrico leve irradiado a hipocondrio que en las últimas 72 horas alcanza mayor intensidad, EVA 8/10, asociado a náuseas y vómitos biliosos. Refiere ausencia de deposiciones en 4 días, sin otros síntomas. Al examen físico hemodinámicamente estable, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Al laboratorio: Leucocitos 10.500, PCR 2.8, perfil hepático: BiliT0.83, GOT26, lipasa 82. Se solicita un TAC AP trifásico donde destaca arteritis de hepática izquierda, asociado flap de disección de arteria hepática común, que se extiende hasta ambas arterias hepáticas. Paciente se hospitaliza en unidad intermedia, se plantea el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos y se administra terapia con hidrocortisona, con buena respuesta clínica. Al décimo día se decide el alta y control ambulatorio con reumatología..

Discusión y conclusión: El dolor abdominal es una consulta muy habitual en el servicio de urgencias con un amplio diagnóstico diferencial. Las vasculitis de grandes vasos es una rara causa de ello, pero se debe tener presente dentro de las etiologías probables de manera de sospecharlo y solicitar los exámenes imagenológicos y de laboratorio adecuados.

Palabras claves (keywords): Vasculitis. Tomografía computarizada. Estudios de casos únicos como asunto.

Correspondencia

Nombre: Mauricio Andrés Rivera Parra
Correo electrónico: marivera@miuandes.cl



REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 COMO CAUSA DE ICTERICIA.

Autores: Nordenflycht S¹; Ojeda E¹; Sielfeld C¹; Hormazábal B¹; Leupin J¹. **Tutor:** Mena B1.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián. Santiago. Chile.
2. Medico Cirujano General. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es una entidad recientemente establecida, para definir diversas enfermedades caracterizadas por infiltración linfoplasmocitaria, fibrosis, aumento de células IgG4+ y, en la mayoría de casos, IgG4 sérica aumentada, afectando frecuentemente páncreas, glándulas salivales y ganglios linfáticos, pero pudiendo comprometer casi cualquier estructura. Su etiología se desconoce. No existe hasta la fecha un consenso internacional sobre su diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente masculino de 67 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus, consulta por cuadro de 10 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho, asociado a ictericia, coluria y acolia. Niega dolor y fiebre. Al examen físico ictericia franca y sensibilidad abdominal en cuadrante superior derecho. Ecografía bedside describe hígado aumentado de tamaño, y vías biliares intrahepáticas dilatadas, colédoco mayor a 1 cm. Vesícula con contenido heterogéneo, mal definido. Laboratorio destaca patrón colestásico, amilasa normal. TAC de abdomen y pelvis evidencia vía biliar intrahepática levemente dilatada, con engrosamiento concéntrico de pared de colédoco en tercio proximal y medio, páncreas discretamente engrosado, con leve aumento de atenuación en forma de un halo adyacente a cuerpo y cola, sugerente de pancreatitis autoinmune - colangiopatía IgG4. Ingresa para drenaje biliar vía colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Paciente persiste con ictericia. Se realiza resonancia magnética de abdomen y fase colangiográfica, que apoya diagnóstico de pancreatitis autoinmune por enfermedad relacionada con IgG4. Se solicita estudio inmunológico, evidenciando complemento C3 y C4 en niveles normales. Resto de marcadores pendientes..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso relata un cuadro de ictericia que representa un desafío diagnóstico, escapando de los diagnósticos diferenciales tradicionales, siendo la Enfermedad Relacionada con IgG4 una patología con limitado número de casos descritos.

Palabras claves (keywords): Enfermedad Relacionada con IgG4. Pancreatitis autoinmune. Ictericia.

Correspondencia

Nombre: Sofía Nordenflycht Lazo
Correo electrónico: sofia.nordenflycht@gmail.com



REPORTE DE CASO: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO POR SILDENAFIL EN ADULTO MAYOR.

Autores: Toro A¹; Ojeda E²; Sielfeld C²; Hormazábal B²; Dote F². **Tutor:** Mena B³.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor. Santiago, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.
3. Médico Cirujano General, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La disfunción eréctil es un motivo de consulta frecuente en hombres de edad avanzada. El tratamiento con sildenafil es exitoso en el manejo de la disfunción eréctil, sin embargo, es importante recordar que este fármaco inicialmente era usado en el tratamiento de hipertensión pulmonar, por su efecto vasodilatador. La vasodilatación sistémica y la redistribución de flujo puede comprometer la perfusión coronaria, llevando eventualmente a isquemia miocárdica. La presencia de enfermedad coronaria y factores de riesgo cardiovascular debiesen ser considerados previo a la prescripción de sildenafil, permitiendo estratificar a los pacientes según riesgo y analizar la prescripción segura del medicamento.

Presentación del caso: Paciente masculino de 78 años, con antecedente de dislipidemia y tabaquismo activo. Consultó por cuadro clínico de 6 horas de evolución de dolor torácico retroesternal y disnea, tras consumir 200 mg de sildenafil. Se solicitó electrocardiograma que evidenció taquicardia ventricular monomorfa, por lo que se decidió cardioversión eléctrica con 100 J. Se realizó estudio con angiografía coronaria que evidencia estenosis severa de arteria coronaria derecha (ACD) y lesión severa de arteria circunfleja (AC) y marginal. Se realizó cardiocirugía con puente safeno ACD y puente safeno 2da marginal de AC. Inició terapia antiagregante y anticoagulante a dosis plena. Evoluciona sin eventos arrítmicos ni angina posterior. Se decidió alta de paciente con terapia antiagregante asociada, betabloqueo y estatinas..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso detalla como el sildenafil, un fármaco relativamente inocuo, puede desencadenar eventos adversos severos asociado a una alta morbimortalidad, si se usa de forma irresponsable. Este caso debe incentivar el uso responsable de fármacos.

Palabras claves (keywords): Infarto agudo de miocardio. Sildenafil. Angiografía coronaria.

Correspondencia

Nombre: Ángel Toro Sepúlveda
Correo electrónico: angel.t.sepulveda@gmail.com

REPORTE DE CASO: PRESENTACIÓN DE AMILOIDOSIS AL COMO ETIOLOGÍA DE UN SÍNDROME NEFRÓTICO.

Autores: Laroze J¹; Diaz M¹; Alarcón C¹. **Tutor:** Castro I².

Afiliaciones:

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

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

Introducción: Amiloidosis AL es una enfermedad infrecuente, con una incidencia de 9 a 14 casos por millón de habitantes a nivel mundial. Se caracteriza por el depósito extracelular de cadenas livianas monoclonales producidas por un clon de células plasmáticas. El depósito y acumulación de esta proteína puede provocar una disfunción de múltiples órganos afectados, por lo que una alta sospecha asociado a un diagnóstico precoz es fundamental para evitar el desarrollo de la enfermedad.

Presentación del caso: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial, hepatitis autoinmune y dos hospitalizaciones previas por hiperkalemia, sin urgencia dialítica. Consulta por cuadro de inicio súbito caracterizado por compromiso de estado general, edema de extremidades inferiores y poliuria. El laboratorio inicial destacó creatinina 2,31 mg/dl, nitrógeno ureico 42,7 mg%, urea 91,3 mg/dl, potasio 5,7 mEq/l, hipoalbuminemia 2,5 g/dl. Se hospitaliza para manejo y estudio etiológico de síndrome nefrótico e injuria renal aguda KDIGO II. El estudio incluyó proteinuria 24 horas de 3,9 g/l (en rango nefrótico); electroforesis de proteínas con inmunofijación en plasma reveló aumento de la fracción beta-globulinas; electroforesis en orina no se observa componente monoclonal. Estudio inmunológico destaca ANA (+); anticuerpos anti-DNA (-); ENA (-); anti-MBG (-); C3 y C4 disminuidos. Se solicita biopsia renal que identifica el depósito de amiloide, con tinción rojo congo positivo..

Discusión y conclusión: En Chile no existe datos de incidencia o prevalencia de amiloidosis AL, se cree que es un patología subdiagnosticada, siendo el órgano más afectado por la amiloidosis AL es el riñón (74%), se manifiesta en un 50% como síndrome nefrótico y/o 18% insuficiencia renal. El estudio de un síndrome nefrótico es complejo por sus múltiples etiologías. En este caso, tras realizar todo el estudio correspondiente, fue finalmente la biopsia renal, la que orientó el diagnóstico de amiloidosis AL, la cual se caracteriza por su birrefringencia verde manzana al ser teñido con rojo congo. Cabe destacar la importancia de la biopsia renal en este caso, para el diagnóstico final y la tipificación del tipo de amiloidosis aun cuando el estudio inicial no fuese orientador.

Palabras claves (keywords): Amiloidosis. Amiloidosis de Cadenas Ligeras de las Inmunoglobulinas. Rojo Congo. Insuficiencia Renal. Síndrome Nefrótico.

Correspondencia

Nombre: Joaquín André Laroze Olivares
Correo electrónico: joaquin.laroze@gmail.com



REPORTE DE CASO: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII.

Autores: Baier I¹; Cifuentes C¹; Cáceres C¹; Palacios G¹. **Tutor:** Henríquez A².

Afiliaciones:

1. Internos de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
2. Médico General. Clínica Indisa. Santiago, Chile.

Introducción: *Pneumocystis jirovecii* (*P. jirovecii*), anteriormente llamado *P. carinii*, y que era considerado un protozoo, es ahora reconocido como un hongo gracias a los estudios moleculares. *P. jirovecii* constituye uno de los principales agentes causantes de infección oportunista en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en aquellos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La incidencia de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* ha disminuido debido a la terapia antirretroviral, sin embargo, sigue siendo una de las principales causas de infecciones oportunistas entre las personas con infección por Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH) y recuentos bajos de células CD4 como aquellas que desconocen su diagnóstico de VIH. Este es el caso clínico de un hombre de 43 años que presenta neumonía por *Pneumocystis jirovecii* secundario a VIH.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 43 años consulta por cuadro de una semana de evolución caracterizado por tos y disnea progresiva hasta tornarse de reposo. TAC de tórax evidencia compromiso parenquimatoso multifocal bilateral caracterizado por múltiples opacidades en "vidrio esmerilado" de distribución difusa en ambos pulmones. PCR SARS CoV-2 negativo, VIH positivo, PCR *Pneumocystis jirovecii* positivo. Se inicia tratamiento con cotrimoxazol forte y prednisona, paciente evoluciona de manera favorable. .

Discusión y conclusión: El inicio de la terapia antirretroviral ha llevado a una reducción en la mortalidad y en la incidencia de infecciones oportunistas incluyendo *Pneumocystis jirovecii* por lo que el diagnóstico precoz y oportuno es fundamental en esta patología.

Palabras claves (keywords): Neumonía. *Pneumocystis jirovecii*. VIH. Terapia antirretroviral.

Correspondencia

Nombre: Ingrid Baier López

Correo electrónico: ingrid.baier12@gmail.com



ANEMIA MEGALOBLÁSTICA, NO OLVIDAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA.

Autores: San Martín C¹; Vrsalovic K¹; Miranda F¹. **Tutor:** Cortés J².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.
2. Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: La anemia perniciosa es un tipo de anemia secundaria a déficit de B12, este último debido a la destrucción de células parietales gástricas lo que conlleva a una falta de factor intrínseco que permite su absorción. Tiene una prevalencia de un 20-50% entre las anemias por déficit de B12, siendo la etiología más frecuente de este tipo de anemia. La edad media de presentación es cercana a los 70 años.

Presentación del caso: Paciente con antecedente de ACV isquémico y depresión recientemente diagnosticada, acude al servicio de urgencias por compromiso de conciencia transitorio, despertando con debilidad de extremidades inferiores progresiva, pérdida de control de esfínteres e inestabilidad de la marcha. Al examen físico, presentaba dolor y parestesias en extremidades inferiores, con alteración propioceptiva. En laboratorio de ingreso destacaba pancitopenia: Hemoglobina 3.2 mg/dl (VCM 101.3), Leucocitos 2.450 y plaquetas 30.000. TAC de cerebro sin lesiones agudas. Además, con índice reticulocitario 0.86, vitamina B12 menor a 83. Con diagnóstico de Anemia Megaloblástica Severa, se inició cianocobalamina según esquema. Evoluciona recuperando gradualmente movilidad, fuerza y propiocepción de extremidades inferiores, incluyendo estado de ánimo. Para complementar estudio se solicitó una endoscopía digestiva, que evidencia atrofia gástrica en contexto probable de patología autoinmune y anticuerpos anti-células parietales y anti-factor intrínseco, que confirmaron el diagnóstico..

Discusión y conclusión: La anemia por déficit de B12 es un diagnóstico diferencial a recordar ante el estudio de compromiso de conciencia. En cuanto al manejo, se debe tener precaución con la "trampa de folatos", evitando suplementar con ácido fólico sin conocer los niveles de vitamina B12, ya que esto podría empeorar el cuadro. Es importante también una búsqueda activa de la anemia perniciosa: determina un tratamiento de por vida dado el mecanismo autoinmune que conlleva. A pesar de que es la causa más frecuente de este tipo de anemia, es un problema subdiagnosticado en el adulto mayor. Es fundamental un alto índice de sospecha.

Palabras claves (keywords): Estado de conciencia. Anemia Megaloblástica. Deficiencia de vitamina b12.

Correspondencia

Nombre: Catalina San Martín Corbeaux
Correo electrónico: cpsanmartin@uc.cl



ENFERMEDAD DE ADDISON COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE CON HIPONATREMIA REFRACTARIA: IMPORTANCIA DE LA SEMIOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Alvial S¹; Mendez J¹; Alarcon V¹; Roman M¹; Ollier C¹. **Tutor:** Jaramillo J².

Afiliaciones:

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

Introducción: La Enfermedad de Addison (EA) se compone de signos y síntomas secundarios a deficiencia persistente de hormonas de la corteza suprarrenal (CS), principalmente cortisol. Estos pueden ser: hiperpigmentación de piel y mucosas (80-94%), fatiga y debilidad (74-100%), pérdida de peso (78-100%), diarrea (75-86%), hipotensión ortostática y taquicardia (88-94%)¹.

Presentación del caso: Paciente femenina de 57 años consulta en Hospital de Temuco por compromiso de estado general y náuseas. Presenta historia de episodios recurrentes de hiponatremia severas sintomáticas hace 2 años sin diagnóstico etiológico claro, previamente atribuido a manejo de constipación crónica con laxantes orales. Se informa baja de peso de larga data, debilidad muscular, náuseas y vómitos. Es derivada a Hospital de Pitrufquén para evaluación y estudio de patología. Examen físico destaca desnutrición, hiperpigmentación cutánea acentuada en pliegues, pigmentación oscura de lengua y uñas con aspecto sugerente de melanoplaquias y melanoniquia. Resto de examen segmentario sin hallazgos. Ante la sospecha clínica de enfermedad de Addison se solicitan niveles de cortisol en ayunas y Hormona Adrenocorticotropa (ACTH) iniciando tratamiento respectivo con evolución favorable, destacando regularización de niveles de sodio y resolución de cuadros nauseosos. Tras concluir cuadro compatible con EA, paciente queda en control con endocrinología en hospital de origen..

Discusión y conclusión: El caso de esta paciente deja en evidencia como la semiología, aunque inespecífica, puede ser altamente sugerente de EA si se sospecha en contexto adecuado, por lo que es importante que el médico general tenga la EA como parte de su arsenal de diagnósticos diferenciales a la hora de enfrentar a un/a paciente con hiperpigmentación cutánea asociada a hiponatremia refractaria a tratamiento.

Palabras claves (keywords): Enfermedad de Addison. Cortisol. Endocrinología.

Correspondencia

Nombre: Sandra Alvial Ruminot
Correo electrónico: sandra.alvial@mayor.cl



REPORTE DE CASO: HEMONEUMOTÓRAX COMO PRESENTACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE.

Autores: Bobadilla M¹; Rojas D¹; Ganchozo N¹; Ramírez A¹. **Tutor:** Hernández A².

Afiliaciones:

1. Internos de Medicina. Universidad San Sebastián. Chile.
2. Médica Hematóloga. Hospital Regional de Rancagua, Chile

Introducción: El mieloma múltiple (mm) es una neoplasia de células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas. Comienza con proliferación en la médula ósea y se extienden hacia los huesos causando lesiones osteolíticas, osteopenia y fracturas, teniendo una incidencia de 330 casos nuevos al año. presentamos el caso de una mujer de 54 años quien consulta por dolor torácico recurrente siendo diagnosticada con mm.

Presentación del caso: Paciente femenina de 54 años con antecedentes de hipertensión, inicia con cuadro de dolor torácico moderado de inicio súbito en la parrilla costal al acostarse, que se agrava con el ejercicio, cediendo en reposo, consulta en atención primaria donde se toma radiografía evidenciando fractura costal no desplazada, se trata con analgesia con buena respuesta. meses después cursa con dolor en extremidad superior derecha tratada con kinesioterapia, se asocian equimosis en relación con ecografía de estudio por dolor. un mes después acude a urgencia por dolor súbito incapacitante en parrilla costal asociada a aumento de volumen, dando tratamiento sintomático, reconsulta en servicio privado donde realizan tomografía evidenciando tumor y fracturas costales asociadas, siendo hospitalizada por sospecha de mm. durante hospitalización requirió hemodiálisis por lesión renal aguda asociada a hipercalcemia, se realiza estudio de metástasis, lesiones óseas, electroforesis de proteínas séricas, biopsia de médula ósea diagnosticando mm con restricción de cadena kappa secretor de igh, cumpliendo los criterios diagnósticos internacionales..

Discusión y conclusión: Este caso retrata la importancia de mantener una alta sospecha de una condición infrecuente con alto impacto funcional como es el mm. las banderas rojas del dolor, la correcta anamnesis de una fractura costal espontánea, equimosis desproporcionada, la consulta recurrente por dolor son datos claves para el diagnóstico y manejo de los pacientes, teniendo repercusión en el pronóstico y tratamiento de patologías oncológicas como es el caso.

Palabras claves (keywords): Mieloma múltiple. Fractura costal. Cáncer.

Correspondencia

Nombre: Matias Bobadilla Ortiz
Correo electrónico: matias.bobadilla.o@gmail.com

BLOQUEO ATRIOVENTRICULAR COMPLETO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA.

Autores: Viñuela M¹; Torres M¹. **Tutor:** Kazazian S².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Urgencióloga, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El bloqueo auriculoventricular (BAV) consiste en la interrupción en el sistema de conducción desde aurículas a ventrículos. Se clasifican en bloqueos de primer, segundo Mobitz I y II y tercer grado; los últimos dos requieren marcapasos.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de 81 años de edad, con antecedente de hipertensión y diabetes no insulinoquiriente, sin otros antecedentes relevantes. Acude al servicio de Urgencia derivada de la Corporación Municipal de La Florida por cuadro respiratorio de una semana de evolución, compatible con neumonía. Al ingreso, paciente bradicárdica hasta 45 latidos por minuto, bien perfundida. Al examen físico destaca paciente desorientada en tiempo y espacio, respondiendo parcialmente a preguntas. Al examen cardiopulmonar presenta ritmo regular, con murmullo pulmonar disminuido con crépitos bibasales. Sin otros hallazgos. En los exámenes de laboratorio destacaban gases arteriales dentro de rango normal y parámetros inflamatorios elevados (PCR 13 (valor normal <10), Leucocitos 17.000). La radiografía de tórax mostraba foco de condensación en lóbulo inferior derecho. Sin otros hallazgos. El electrocardiograma presenta BAV completo. En este contexto, se decide instalar marcapasos e iniciar antibioterapia con Ceftriaxona, con buena respuesta..

Discusión y conclusión: Los bloqueos AV pueden manifestarse de múltiples formas. Se deben buscar activamente patologías cardíacas en adulto mayor, aprovechando las instancias en que consultan dada la amplia disponibilidad de electrocardiograma y su fácil interpretación. En este caso, nuestra paciente tenía una neumonía de base que podría explicar su sintomatología. Sin embargo, la patología urgente y tiempo-dependiente era el bloqueo AV completo. Afortunadamente fue detectado a tiempo, y se pudo instalar un marcapasos sin incidentes.

Palabras claves (keywords): Bloqueo auriculoventricular. Bradicardia. Marcapasos.

Correspondencia

Nombre: Macarena Viñuela
Correo electrónico: mrvinuela@uc.cl



HEMOFILIA ADQUIRIDA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: González A¹; Leiva V¹; Faba G¹; Farías D¹. **Tutor:** Vergara M².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La hemofilia A adquirida es un trastorno hemorrágico raro y severo causado por un anticuerpo para el factor VIII de la coagulación. Se presenta habitualmente con hemorragia mucocutánea, gastrointestinal y, de forma característica, hematomas musculares. Se ha descrito asociación con neoplasias, enfermedades autoinmunes, el puerperio y ocasionalmente en cirugías vasculares. La incidencia de la hemofilia adquirida se estima en 0.2-1.0 por millón de personas por año en EEUU, y 1.48 en Reino Unido. Sin embargo, el subdiagnóstico es frecuente.

Presentación del caso: Hombre de 90 años de edad con antecedentes de HTA, DM2 NIR, enfermedad de Parkinson, e hipoacusia. Paciente presenta 1 semana de evolución de lesiones equimóticas en ortijos de ambas extremidades inferiores, que evoluciona con dolor progresivo de ESI hasta EVA 10/10 asociado a cambios de coloración, y aumento de volumen de pie derecho. Al interrogatorio dirigido refiere historia de disnea hasta CFIII y episodios de epistaxis. Se estudia con exámenes de laboratorio e imágenes, entre los que destaca TTPa espontáneamente prolongado que no corrige con mezcla. Niveles de FVIII 5% y FIX 100%. El estudio de inhibidor de la coagulación fue positivo. Compatible con hemofilia A adquirida. Otros exámenes negativos para diagnósticos diferenciales de hemofilia adquirida.

Discusión y conclusión: La hemofilia A adquirida representa un desafío diagnóstico por su baja prevalencia en la población y porque su principal etiología es idiopática. No es infrecuente que pacientes con esta enfermedad y títulos bajos del inhibidor pueden no ser diagnosticados hasta someterse a cirugía o traumatismo. Se debe sospechar en adultos mayores no usuarios de anticoagulantes, con hemorragias anormales de inicio reciente y un tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) prolongado. Su diagnóstico se confirma con niveles bajos de factor VIII y títulos altos de inhibidor antihumano del factor VIII (anti-h-FVIII). Es importante poder descartar sus diagnósticos diferenciales de otros trastornos de la coagulación.

Palabras claves (keywords): Hemofilia A. Factor VIII. Trastornos de la Coagulación Sanguínea.

Correspondencia

Nombre: Agustin Gonzalez Passi
Correo electrónico: aigonzalez4@uc.cl



SÍNDROME DE HAMMAN, NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Oyarzún C¹; Pérez V¹; Muñoz P¹; Sagredo C¹. **Tutor:** Velásquez P².

Afiliaciones:

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

Introducción: Síndrome de Hamman o neumomediastino espontáneo (NME) corresponde a la presencia de aire en el mediastino, secundaria a la ruptura alveolar con escape de aire a través del intersticio peribroncovascular, no atribuible a trauma o lesión iatrogénica. Entidad poco frecuente a nivel nacional e internacional, reportada principalmente a través de serie de casos clínicos, donde su incidencia varía entre 1/800 y 1/44.000 pacientes atendidos. Se caracteriza principalmente por presentar dolor torácico y disnea con hallazgos al examen físico tales como enfisema subcutáneo y signo de Hamman.

Presentación del caso: Mujer de 35 años, con obesidad, niega tabaquismo y enfermedades pulmonares previas, consulta por cuadro de dos días de evolución de tos seca y aparición brusca de dolor retroesternal con disnea, sin fiebre. Sin historia de trauma, cuerpo extraño, esofagitis ni contacto epidemiológico. Al examen físico signos vitales normales, sibilancias difusas espiratorias, parámetros inflamatorios bajos, tamizaje COVID-19 negativo, realizándose manejo ambulatorio con broncodilatadores. Por persistencia del cuadro reconsultó a los dos días, ingresando taquicárdica, polipneica, desaturando con requerimiento de oxígeno 1 litro por naricera, sibilancias abundantes y enfisema subcutáneo en zona cervical izquierda. Radiografía de tórax sin foco de condensación ni signos de neumotórax. En exámenes destacaba 13.290 glóbulos blancos, proteína C reactiva 15,6. Tomografía de tórax evidenció aire rodeando las estructuras del mediastino y cuello, con enfisema subcutáneo a nivel cervical izquierdo, sin causa secundaria. Se hospitalizó para tratamiento conservador, reposo, profilaxis antibiótica y oxigenoterapia, control con tomografía al quinto día, impresiona regresión del neumomediastino, por lo que se decide el alta.

Discusión y conclusión: El NME debe tener un alto índice de sospecha, considerarse como diagnóstico diferencial del dolor torácico agudo, especialmente en población joven y sana. Se han descrito distintos factores implicados en su aparición, tales como exacerbaciones asmáticas, infección del tracto respiratorio inferior, maniobra de Valsalva, tos, vómitos, tabaquismo y drogas. El diagnóstico se basa en cuadro clínico característico y estudio de imagen, debiendo descartar condición potencialmente mortal como perforación esofágica o mediastinitis. Suele tener un curso clínico benigno y autolimitado, siendo su tratamiento conservador.

Palabras claves (keywords): Enfisema mediastínico. Diagnóstico de neumomediastino. Enfisema subcutáneo.

Correspondencia

Nombre: Catalina Oyarzún Aravena
Correo electrónico: c.oyarzun07@ufromail.cl



LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR, UNA ENFERMEDAD RARA, SILENTE E INCAPACITANTE. REPORTE DE CASO.

Autores: Contreras J¹; Condeza N¹; Valenzuela V¹; Forteza R¹; Torres A². **Tutor:** Jara I³.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción. Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción. Chile.
3. Médico Cirujano. Servicio de Medicina interna, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz. Los Ángeles. Chile.

Introducción: La linfangioleiomiomatosis pulmonar (LAM) es una rara enfermedad cuya prevalencia mundial no supera los 2.6 casos por cada 1.000.000 de mujeres, siendo la edad promedio de presentación los 35 años. Se caracteriza por presentar una remodelación quística del parénquima pulmonar secundaria a una proliferación anormal de células musculares lisas a partir de las vías aéreas, vasos linfáticos y vasos sanguíneos. Mayoritariamente se presenta como disnea súbita secundaria a un neumotórax espontáneo. El diagnóstico definitivo es con biopsia pulmonar y en situaciones avanzadas la tomografía axial computada, puede revelar múltiples lesiones de aspecto quístico con paredes delgadas que exhiben distribución difusa y se intercalan con áreas de parénquima normal lo que ayuda a la sospecha diagnóstica. El único tratamiento curativo es el trasplante pulmonar.

Presentación del caso: Mujer de 39 años, sin antecedentes mórbidos consulta por dolor torácico tipo puntada y disnea progresiva que se intensifica de forma súbita. En radiografía de tórax se evidencia gran neumotórax espontáneo derecho, siendo hospitalizada para manejo mediante drenaje pleural aspirativo. Al control con tomografía axial computada se observa pulmón con expansión casi completa, signos sugerentes de Enfermedad Pulmonar Difusa con múltiples quistes pulmonares bilaterales de hasta unos 15 mm y pequeños nódulos, compatibles con LAM. Ingresa a pabellón para pleurodesis con talco, que se realiza sin incidentes. Por evolución tórpida asociada a mala función pulmonar además de clínica e imágenes altamente sugerentes de LAM se decide no realizar biopsia. Luego de varios días evoluciona sin fugas logrando retiro de drenaje pleural. Actualmente en controles con broncopulmonar, con mejoría notable de su función pulmonar en espera de evaluación por instituto nacional del tórax ante la posibilidad de trasplante pulmonar como tratamiento definitivo..

Discusión y conclusión: La linfangioleiomiomatosis pulmonar es una enfermedad silenciosa, altamente incapacitante. Si bien es muy infrecuente, es importante considerarla como diagnóstico diferencial de otras enfermedades pulmonares en un paciente que presente disnea progresiva sin otros antecedentes clínicos. En ocasiones se logra mejoría importante de la función pulmonar, como lo es en este caso, pero el único tratamiento curativo es el trasplante pulmonar algo que en nuestro medio continúa siendo escaso.

Palabras claves (keywords): Linfangioleiomiomatosis. Enfermedades Pulmonares. Enfermedades Raras. Disnea.

Correspondencia

Nombre: Jasmin Contreras Castillo
Correo electrónico: jasz.contreras.c@gmail.com



DEBUT DE VASCULITIS LEUCOCITOCILÁSTICA EN PACIENTE DE 62 AÑOS: UN DIAGNÓSTICO POCO COMÚN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Venegas C¹; Mendez J¹; Ollier C¹; Alvial S¹; Vergara J². **Tutor:** Jaramillo J³.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina Universidad Mayor. Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina Universidad Austral de Chile. Osorno, Chile
3. Médico Cirujano, Hospital de Pitrufquén. Pitrufquén, Chile.

Introducción: La vasculitis leucocitoclástica es un trastorno autoinmunitario asociado a hipersensibilidad tipo 3 que afecta pequeños vasos, provocando inflamación, destrucción y necrosis de éstos. Su incidencia anual varía entre 30-45/millón. Puede presentarse a cualquier edad, sin predominio por sexo. Etiologías probables son: infecciones, consumo de drogas, procesos sistémicos o idiopática. A continuación, se presentará un debut de vasculitis leucocitoclástica donde la inoculación de una vacuna podría estar relacionada.

Presentación del caso: Paciente de 62 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 fue derivada por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por dolor, rubor, calor y lesiones purpúricas en ambas piernas desde las rodillas hacia distal, algunas de aspecto costroso, con exudado, vesiculares y papulares violáceas. Al ingreso destacaron parámetros inflamatorios elevados destacando leucocitosis con desviación izquierda. Como antecedente, la paciente refirió haber recibido segunda dosis de vacuna Coronavac contra SARS-CoV-2 el día previo al inicio del cuadro. Se planteó como hipótesis diagnóstica vasculitis leucocitoclástica asociada a celulitis. Se hospitaliza para manejo con antibioterapia, toma de cultivos, realización de perfil inmunológico, biopsia cutánea y aseo quirúrgico. Biopsia cutánea informó vasculitis leucocitoclástica de vaso pequeño y mediano, con focos de calcificación distrófica y microtrombos sugerentes de calcifilaxis. Inmunológico destacó ANA (+), Patrón mitótico (+), Huso mitótico 1/160. ANCA-C y ANCA-P negativos. Resto de marcadores normales y cultivos negativos. Tras completar antibioterapia y con resultado de biopsia, se inició tratamiento con prednisona vía oral. La paciente evolucionó con disminución de las lesiones, sin signos de infección, sin compromiso de otros sistemas, por lo que fue enviada de alta en espera de interconsulta a reumatología.

Discusión y conclusión: La vasculitis leucocitoclástica es una enfermedad compleja, cuyo diagnóstico suele ser tardío debido a su clínica inespecífica y evolución variable. La biopsia es necesaria para un diagnóstico certero. Existen muchas propuestas terapéuticas y la búsqueda del efecto inmunomodulador tiene un papel central en el tratamiento. Si bien no es posible establecer una relación causal, es relevante tener presente el antecedente de haber sido inoculada con una dosis de una vacuna con virus inactivado.

Palabras claves (keywords): Vasculitis. Celulitis. Vacuna.

Correspondencia

Nombre: Carlos Venegas Poblete

Correo electrónico: carlos.venegas@mayor.cl



ACIDOSIS METABOLICA EN USUARIO DE ACETAZOLAMIDA Y ASPIRINA, A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Martínez J¹; Maldonado F¹; Vergara D¹; Marchant S¹; Duran C¹. **Tutor:** Vega O².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
2. Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital Regional de Talca. Talca, Chile.

Introducción: La acetazolamida (ACTZ), es un medicamento inhibidor de la anhidrasa carbónica usada para tratar enfermedades como: glaucoma, hipertensión intracraneal idiopática, mal de altura, parálisis periódica y epilepsia. Es un fármaco versátil que presenta interacciones y reacciones adversas que se deben conocer.

Presentación del caso: Paciente de 75 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus 2, Cardiopatía isquémica (2019), Insuficiencia Cardíaca capacidad funcional I, cataratas bilaterales y glaucoma ojo derecho. Usaria de Aspirina, Atorvastatina, Isosorbide, Losartan, Amlodipino y Espironolactona. Presenta cuadro de dolor ocular derecho de una semana de evolución, irradiado a hemicráneo ipsilateral, EVA 9/10, que se asocia a fotofobia, náuseas, vómitos y deposiciones líquidas, por lo que consulta en Urgencias. Ingresa hemodinámicamente estable, se evidencia deshidratación moderada, hiponatremia leve (Na 130 K 5,5 Cl 97,6), insuficiencia renal aguda (creatinina 1,75 basal de 1) y acidosis metabólica (PH7,3 HCO₃ 18, PCO₂ 36,7 PO₂ 36,6 BE -6.4). Refiere que hace una semana se realiza reposicionamiento de lente intraocular derecho e indicación de ACTZ 250 mg c/8 hrs por 5 días..

Discusión y conclusión: Las náuseas, los vómitos, el dolor abdominal y la diarrea son efectos adversos frecuentes inducidos por la ACTZ. Con menos frecuencia, se puede desarrollar acidosis metabólica, así como hiponatremia e hipopotasemia, incluso existe el riesgo de presentar Insuficiencia renal aguda por cristaluria. Por otra parte, se ha descrito que la interacción entre salicilatos e inhibidores de la anhidrasa carbónica podrían causar acidosis metabólica en pacientes con función renal normal. Los salicilatos pueden potenciar el efecto adverso, por lo que se debe usar con precaución. En este caso, se descartan otras causas de acidosis metabólica, interpretando cuadro actual secundario al uso de ACTZ, en paciente sin ERC y usuario de Aspirina.

Palabras claves (keywords): Acetazolamida. Aspirina. Acidosis.

Correspondencia

Nombre: Jaime Martínez Hernández
Correo electrónico: jaime.m.m.h@gmail.com



REPORTE DE CASO: SÍNDROME HEPATOPULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PLATIPNEA/ORTODEOXIA EN PACIENTE CON CIRROSIS CHILD A.

Autores: Saavedra N¹; González V¹; Prieto F¹; Navarrete M¹; Melivilu F¹. **Tutor:** Mutel C².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile
2. Médico General. Mg. Epidemiología. Universidad de la Frontera. Temuco, Chile

Introducción: El síndrome hepatopulmonar en el contexto de cirrosis hepática es un cuadro de baja prevalencia pero de elevada morbimortalidad, caracterizado por disnea y platipnea/ortodeoxia en cuadros más avanzados. Esta entidad marca el pronóstico en pacientes cirróticos por lo que es fundamental una elevada sospecha. A continuación se presenta el caso de una paciente con esta condición.

Presentación del caso: Mujer de 49 años con antecedentes de cirrosis hepática CHILD A secundario a alcohol, actualmente suspendido, tabaquismo con índice paquetes año (IPA) 7 suspendido hace 3 años. Presenta disnea progresiva de 2 años de evolución en en escala de "Medical Research Council modificada" (mMRC) 3, asociado a baja de peso de 10 kg en 1 mes y tos irritativa ocasional. Dirigidamente refiere platipnea. Ingresa taquipneica, saturación 88% de pie y 95% en decúbito, estigmas de daño hepático crónico e hígado de 2 cm bajo reborde costal de superficie dura. Gases arteriales: PaO₂: 61 mmHg PaCO₂: 26 mmHg, Fio₂: 32% (3 litros por naricera). Tomografía computada de tórax y abdomen con estigmas de daño hepático crónico e hipertensión portal, sin otras alteraciones. Se realiza ecocardiografía con burbujas sugerente de shunt intrapulmonar. Evaluada por gastroenterología y broncopulmonar sugieren realizar trasplante hepático..

Discusión y conclusión: En el caso expuesto se presenta el síntoma platipnea/ortodeoxia el cual es infrecuente como manifestación temprana en un paciente cirrótico de buen pronóstico (CHILD A), ya que, sí bien según datos de la literatura puede manifestarse en cualquier etapa de la cirrosis, es más frecuente en pacientes CHILD C. En cualquier caso resulta fundamental comprender que estas manifestaciones clínicas clásicas del SHP no son patognomónicas y guardan una pobre correlación con la severidad de la enfermedad hepática. En este contexto resulta primordial tener una elevada sospecha diagnóstica para buscar de manera dirigida cada vez que se enfrente un paciente cirrótico con estas manifestaciones, las cuales marcarán el pronóstico y guiarán conductas terapéuticas a seguir de manera precoz como el trasplante hepático. siendo esta la única terapia hasta la fecha que ha demostrado mejoría en la tasa de sobrevida del paciente cirrótico con esta condición.

Palabras claves (keywords): Disnea. Síndrome hepatopulmonar. Cirrosis hepática. Hipoxia.

Correspondencia

Nombre: Nicolas Saavedra Cuevas
Correo electrónico: n.saavedra03@ufromail.cl



¿SÍNCOPE EN ESTUDIO? EL SÍNDROME DE BRASH COMO ENTIDAD INFRECUENTE EN EL ADULTO MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Montero J¹; Vera L²; Medel C¹; Otarola R¹. **Tutor:** Sued M³; Duarte M³.

Afiliaciones:

1. Interna/o de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Médico Cardiólogo, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné, Santiago, Chile.

Introducción: El síndrome de BRASH (SB) corresponde a una entidad clínica que combina bradicardia, falla renal, bloqueadores del nodo AV, shock e hiperkalemia. Factor extrínsecos (deshidratación o medicamentos nefrotóxicos) generan estos cuadros, impidiendo la adaptación necesaria del riñón a la hipoperfusión resultando en un empeoramiento de la hiperkalemia, con una prevalencia estimada de un 0,05%. El SB tiene una presentación muy variada y puede evolucionar de bradicardia asintomática hasta falla multiorgánica. Es importante diferenciar el SB de hiperkalemias aisladas y bradicardias de otros diagnósticos diferenciales.

Presentación del caso: Mujer de 81 años, portadora de HTA, DM, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica etapa III y cardiopatía coronaria. Usaria de carvedilol, losartan, espirolactona e isosorbide. Acude al servicio de urgencia por un episodio síncope, asociado a signos de mala perfusión tisular e hipotensión. Se realiza ECG que evidencia Bloqueo Auriculoventricular completo (BAVC) en asociación a T altas y picudas en derivadas V2-V4. Frente a inestabilidad hemodinámica se decide instalación de marcapasos MCP transcutáneo con traslado a un servicio de alta complejidad. Exámenes de laboratorio destacan creatinina 3,7, potasio 7,6, pH 7,16, pCO₂ 30,2, HCO₃ 10,5, CK total 116, CK-MB 18, se inician medidas hipokalemiantes asociadas a BIC de Dopamina y HCO₃, consiguiendo estabilizar a la paciente. Se decide manejo en Unidad de Tratamiento de Intermedio. Ecocardiograma Transtorácico destacando hipertrofia ventricular izquierda, motilidad global y segmentaria conservada FEVI 65% y sin disfunción diastólica. Se solicita Holter de ritmo, sin evidencia de episodios de bradicardia, conducción aurículo-ventricular e interventricular normal. Bajo la presentación clínica de la paciente, el uso de betabloqueo, falla renal, bradicardia, shock e hiperkalemia se realizó el diagnóstico de SB. Se maneja paciente mediante la depuración de fármacos betabloqueantes, regulación de electrolitos plasmáticos y del estado ácido-base, con favorable respuesta y evolución clínica..

Discusión y conclusión: El síndrome BRASH es un diagnóstico esencial, que se debe considerar siempre en pacientes con enfermedad renal crónica, adultos mayores y usuarios de medicamentos que bloquean el nodo AV como diagnósticos etiológicos del síncope. El estudio y manejo dirigido deben ser fundamentales a la hora de encontrar el SB u otros diagnósticos diferenciales.

Palabras claves (keywords): Síndrome de BRASH. Bradicardia. Enfermedad renal crónica. Bloqueador nodo AV. Shock.

Correspondencia

Nombre: Josefina Montero Varas
Correo electrónico: jmmontero@miuandes.cl



REPORTE DE CASO: INHIBIDORES ADQUIRIDOS DE LA COAGULACIÓN COMO CAUSA DE ALTERACIÓN DE LAS PRUEBAS DE COAGULACIÓN.

Autores: Romero T¹; Saavedra N¹; Lorenzi I¹. **Tutor:** Agouborde J².

Afiliaciones:

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

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

Introducción: Los inhibidores de los factores de coagulación (IFC) son defectos infrecuentes, estos consisten en inmunoglobulinas que se unen a los factores de coagulación, inhibiendo su actividad alargando el tiempo parcial de tromboplastina (PTT). Dentro de las causas de este fenómeno están los anticuerpos antifosfolípidos. Se presenta el caso de una mujer que presentó alteración de pruebas de coagulación (PC) debido a esta causa.

Presentación del caso: Mujer de 71 años, con antecedentes de Accidente cerebrovascular isquémico y anemia hemolítica autoinmune, usuaria de corticoides sistémicos. Ingresa a servicio de urgencia con cuadro de fiebre y compromiso del estado general. Exámenes de laboratorio se descarta sepsis, destaca anemia y trombocitopenia, alteración progresiva del PTT, tiempo de protrombina (PT) e International Normalized Ratio (INR) elevado, llegando hasta 6, que no corrigen con aporte de vitamina K, fue transfundida con plasma fresco congelado a lo que las revirtiendo PC transitoriamente. Estudio inmunológico compatible con síndrome antifosfolípidos (SAF). Se realizó en 3 ocasiones test de mezcla sin lograr corrección de PC, por lo que se concluyó la presencia de inhibidor plasmático secundario a SAF..

Discusión y conclusión: Ante una alteración de la hemostasia, el enfrentamiento descrito radica inicialmente en la evaluación clínica orientada a evidenciar sangrados, posteriormente con hemograma y PC, evaluar la hemostasia primaria y secundaria respectivamente. Frente a una alteración del PT y PTT debe plantearse un déficit de factores de la coagulación o la presencia de IFC, para esto se realiza la prueba de mezcla de sangre del paciente con plasma normal; la no corrección de las PC confirma la presencia de IFC. Dado que el inhibidor lúpico es el más frecuente de los IFC es primordial buscar dirigidamente este anticuerpo. Las alteraciones de la hemostasia secundaria a IFC son una entidad poco frecuente, es importante tener una alta sospecha diagnóstica y una correcta interpretación del contexto clínico y de las PC para llegar a un diagnóstico adecuado, evitar acciones médicas innecesarias y lograr un manejo precoz de la causa subyacente, como en este caso un SAF.

Palabras claves (keywords): Inhibidores de Factor de Coagulación Sanguínea. Pruebas de Coagulación Sanguínea. Hemostasis.

Correspondencia

Nombre: Tamara Estefanía Romero Anríquez

Correo electrónico: t.romero01@ufromail.cl

NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE 1 (NEM1): A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Gormaz N¹; Olivares F¹; Henríquez C¹. **Tutor:** Madison A².

Afiliaciones:

1. Internos de sexto año de Medicina en Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Internista Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La neoplasia endocrina múltiple (NEM) es un trastorno genético autosómico dominante caracterizado por tumores primarios en al menos dos tejidos endocrinos diferentes, describiéndose dos tipos: NEM1 y NEM2. NEM 1 se describe como la enfermedad de las tres P: pituitaria, paratiroides, páncreas. El Hiperparatiroidismo Primario (HPP) es la primera manifestación clínica y la más frecuente en el 90% de los casos. Luego le siguen los tumores enteropancreáticos en el 60% de los casos, siendo los más comunes el gastrinoma y el insulinoma. Los adenomas de hipófisis afectan aproximadamente al 30% de los pacientes y usualmente son prolactinomas.

Presentación del caso: Hombre de 47 años con antecedentes de HPP refractario y múltiples fracturas en hueso patológico. Ingresó por nueva fractura de húmero e hipercalcemia severa. Durante la hospitalización evoluciona con hipoglicemias severas asintomáticas. En tal escenario se realiza estudio de hipoglicemia en paciente no diabético en muestra crítica con glicemia venosa, insulinemia, péptido C, b-OH Butirato y proinsulina. Además se complementa con estudio de NEM1 que incluye un estudio básico del HPP con calcemia, fosfemia y PTH, estudio del eje hipofisario con prolactina e IGF-1 y estudio imagenológico con TAC de abdomen en busca de insulinoma.

Discusión y conclusión: Si bien es una patología de baja incidencia en la población estimada en 2-20 casos por 100.000 habitantes, es fundamental reconocer este síndrome precozmente, es decir, antes de que el exceso hormonal secundario al tumor sea clínicamente evidente, de esta forma se reducirá el riesgo de metástasis y dará la posibilidad de programar resecciones profilácticas de los órganos afectados, teniendo alto impacto en la morbimortalidad asociada. En este sentido hay que tener claro cuándo realizar screening de NEM1, y en el caso reportado tiene indicación al ser un cuadro HPP recurrente.

Palabras claves (keywords): Hiperparatiroidismo primario. NEM1. Hipoglicemia.

Correspondencia

Nombre: Natalia Paz Gormaz González
Correo electrónico: npgormaz@uc.cl



SÍNDROME DE BUDD CHIARI Y SANGRADO VARICEAL, EL BALANCE ENTRE RIESGO Y BENEFICIO DE LA ANTICOAGULACIÓN.

Autores: Sotomayor J¹; Sanhueza D¹; Vrsalovic K¹. **Tutor:** Ortiz J².

Afiliaciones:

1. Interno(a) de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Médico Internista, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La decisión de anticoagular muchas veces es difícil, hay que ponderar los riesgos de sangrado versus los riesgos de trombosis. El siguiente caso representa un escenario complejo ya que presenta una fuerte indicación y contraindicación de anticoagulación.

Presentación del caso: Paciente masculino de 34 años con antecedente de 2 episodios de trombosis venosa profunda y 1 tromboembolismo pulmonar (TEP) en el último año, con sospecha de trombofilia en terapia anticoagulante con buena adherencia. Consulta por cuadro de dos semanas de evolución de compromiso de conciencia cualicuantitativo, asociado a aumento de circunferencia abdominal, dolor abdominal y disnea de reposo. En el servicio de urgencias presenta cuadro de hematemesis de hasta 1 L, sin compromiso hemodinámico. Se realiza EDA donde se evidencian várices esofágicas (VE) grandes con puntos rojos, con hemorragia leve al manipularlas, se realizan 13 ligaduras elásticas. Se solicita tomografía con contraste que muestra cambios morfológicos de daño hepático crónico (DHC) con desarrollo de circulación colateral portosistémica y congestión hepática post sinusoidal, TEP bilateral con signos de sobrecarga derecha, trombosis de la vena cava inferior (VCI) y venas suprahepáticas (VSH) media e izquierda. En ese contexto se sospecha síndrome de Budd Chiari. Evaluado por radiología y cirugía vascular, sin posibilidad de procedimiento de permeabilización. Se solicita estudio de trombofilia: negativo para SAAF, Factor V Leiden y mutación gen protrombina. Además presenta disminución de niveles de proteína C y S en contexto de paciente anticoagulado con evento trombótico agudo. Resultado de mutación JAK-2 negativo. Se decide alta con anticoagulación con apixaban v/s heparina de bajo peso molecular..

Discusión y conclusión: El riesgo de resangrado de las VE estando en tratamiento anticoagulante es alto y de suma gravedad. Por otro lado, en caso de no anticoagular al paciente puede progresar la trombosis de la VCI y VSH llevando a una insuficiencia hepática aguda o embolizar parte del trombo agravando su TEP de base. Una vez decidida la anticoagulación, se deben considerar las distintas características que nos harán preferir un fármaco u otro, entre ellas la posibilidad de administrarlos en falla renal, de revertir el efecto rápidamente, la disponibilidad, etc.

Palabras claves (keywords): Daño Hepático Crónico. Varices esofágicas. Budd Chiari. Trombofilia. Anticoagulación.

Correspondencia

Nombre: Joaquín Sotomayor Barros
Correo electrónico: jasotomayor@uc.cl



PAROSMIA: MANIFESTACIÓN INUSUAL DE SÍNDROME POST COVID-19.

Autores: Rodríguez I¹; Araya F¹. **Tutor:** Allar E².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
2. Médico-Cirujano. Hospital de Pichidegua. Pichidegua, O'Higgins, Chile.

Introducción: El 11 de marzo del 2020 la OMS declaró la enfermedad por SARS-CoV-2 como pandemia. Actualmente se sabe que luego de la enfermedad aguda no son infrecuentes los síntomas residuales de la infección, lo que se conoce como síndrome post-COVID. Existen reportes donde hasta un 87,4% lo presentan y entre los síntomas más frecuentes están la fatiga, disnea, artralgia, angina y alteración del olfato. Dentro de este último grupo está la anosmia (pérdida completa del olfato) y de forma infrecuente parosmia (distorsión del olfato en la presencia de un olor).

Presentación del caso: Paciente 34 años, sexo femenino con antecedentes de COVID-19 sintomático leve; persiste 2 meses con anosmia y ageusia, que evolucionan a un cuadro de parosmia caracterizado por sensación putrefacta de olores cotidianos, asociado a náuseas, vómitos, anorexia y baja de peso de 5kg. Se descartan trastornos del SNC. Se inician Mometasona furoato 50 mcg/dosis/día junto a pauta de entrenamiento olfatorio (5) durante 30 días; obteniendo una considerable mejoría con mayor capacidad discriminativa y menor percepción desagradable..

Discusión y conclusión: No son infrecuentes las alteraciones del olfato en relación al COVID-19, siendo anosmia la más frecuentemente luego del cuadro agudo, e infrecuentemente parosmia; similar es lo ocurrido al presente caso. Se cree que la anosmia se debe a la inflamación y a la acción viral directa sobre el neuroepitelio alterando su morfología e impidiendo el sentido del olfato y la parosmia probablemente debido a una regeneración axonal alterada que produce una percepción distorsionada de los olores. Alrededor de $\frac{1}{3}$ de los pacientes recupera su olfato de manera espontánea al año, pero dado el impacto en la calidad de vida que esto conlleva, se decide el tratamiento con corticosteroides tópicos, ya que se ha reportado que su uso aumenta la probabilidad de mejora (8). Además el entrenamiento olfatorio como terapia no farmacológica tiene evidencia de mejorar el olfato y se espera que la paciente por tanto tenga una recuperación satisfactoria.

Palabras claves (keywords): COVID-19. Parosmia. Anosmia. Síndrome post-COVID.

Correspondencia

Nombre: Javier Ignacio Rodríguez Salas
Correo electrónico: javier.rod6@gmail.com



HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO COMO CAUSA DE PANCREATITIS AGUDA Y COMPROMISO DE CONCIENCIA.

Autores: Olivares C¹; Olivares F¹; San Martín C¹; Henríquez C¹. **Tutor:** Velasco R².

Afiliaciones:

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

Introducción: La hipercalcemia es frecuente en ambulatorio y hospitalario, con causas variables en estos dos grupos. En ambulatorio el hiperparatiroidismo primario es la primera causa, y en pacientes hospitalizados son las neoplasias. Sus complicaciones dependen de la velocidad de instalación y severidad.

Presentación del caso: Paciente con hipertensión y lesión mamaria premaligna tratada 15 años previos con radioterapia. Llevada por familiares al servicio de urgencia por compromiso de conciencia cuali-cuantitativo. Familiar refiere cuadro de 15 días de: dolor abdominal epigástrico, náuseas, fatigabilidad progresiva, anorexia, constipación de 10 días (logra eliminar gases) y baja de peso 5 kilos en 2 semanas. Sin fiebre, vómitos, exteriorización de sangrado. Evaluada en extrasistema en 2 oportunidades, con una hipercalcemia 4 meses previos en 12 mg/dL. Ingresa en regulares condiciones, tendencia a hipertensión, afebril, leve malestar a palpación epigástrica sin irritación peritoneal, alteraciones electrocardiográficas con intervalo QT y ST acortados. En laboratorio destaca calcio de 22.1 mg/dL, hiponatremia e hipokalemia por falla renal aguda. Tomografía axial computada de abdomen y pelvis muestra hallazgos compatibles con pancreatitis aguda. Se inicia manejo de urgencia con volemicización agresiva, catéter venoso central y diálisis de urgencia, bifosfonatos y cinacalcet dada refractariedad. Dentro de estudio destaca PTH de 1000 con cintigrama paratiroideo y ecografía cervical con paratiroides izquierda inferior hiperfuncionante. Se realiza lobectomía y paratiroidectomía izquierda. Biopsia definitiva adenoma. Evoluciona con resolución del cuadro..

Discusión y conclusión: Ante compromiso de conciencia debe evaluarse el calcio como causa. En cuadros severos y agudos las neoplasias son la primera causa. En cuadros más larvados se sospechan patologías PTH dependientes. El caso corresponde a cuadro agudo y severo que finalmente corresponde a un hiperparatiroidismo primario. Su prevalencia aumenta con la edad y característicamente hay una PTH aumentada o inapropiadamente normal frente a la hipercalcemia, asociada a hipofosfemia y calciuria de 24 horas elevada. Tiene complicaciones asociadas al trastorno del calcio y fósforo. Su estudio abarca cintigrama paratiroideo o ultrasonido y eventual evaluación para resolución quirúrgica. El manejo en cuadros severos debe ser precoz y agresivo dada la alta mortalidad de una hipercalcemia severa.

Palabras claves (keywords): Pancreatitis. Hiperparatiroidismo. Compromiso de conciencia.

Correspondencia

Nombre: Camila Olivares Romero
Correo electrónico: caolivares1@uc.cl



PERICARDITIS Y DERRAME PERICÁRDICO DE CAUSA AUTOINMUNE: ENFERMEDAD DE SJÖGREN.

Autores: San Martín I¹; Mella J¹; Rivera M¹; Rojas J¹. **Tutor:** Villa A².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.
2. Becado en Medicina Interna. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: La enfermedad pericárdica tiene estadíos evolutivos que comienza con inflamación, lo cual se genera pericarditis, luego se acumula líquido con consecuente derrame, con o sin taponamiento y finalmente disminución de la distensibilidad como secuela inflamatoria, llamada pericarditis constrictiva. Dentro de las etiologías la mayoría es idiopática, siendo probablemente éstas de etiología viral, luego tenemos las infecciosas, neoplásicas, urémicas y autoinmunitarias.

Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años con antecedente de Sjögren sin tratamiento, G1P1A0 consulta en Servicio de urgencias de Clínica Dávila por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por 2 episodios de síncope asociado a dolor torácico opresivo 5/10 EVA permanente, sin aliviantes ni agravantes y disnea de esfuerzo. Ingresa consciente, orientada, con los siguientes signos vitales PA: 108/87, FC: 142, FR: 22, SAT 98% ambiental, T 37°, dentro del examen físico destaca, bien hidratada, bien perfundida, yugulares ingurgitadas a 30°, signo de kussmaul, cardiopulmonar sin alteraciones, VEC conservado. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca Hb 11, hematocrito 34, Plaquetas 535.000, GB 14.700, PCR 20, CREA 0.5, troponinaUS 10.7 (negativa). Ecocardiografía: Al menos moderado derrame pericárdico, con signos de pericarditis. Colapso parcial de las cavidades cardíacas derechas. Se realiza estudio con pericardiocentesis dentro de lo que destaca: líquido oscuro, 9000 eritrocitos, leucocitos predominio PMN; LDH : 877 U/l, Proteínas totales: 6 g/dl, ADA 37. Compatible con exudado. RMN cardiaca en la cual solo destaca engrosamiento pericárdico liso, con edema asociado a derrame pericárdico leve Se solicitan exámenes reumatológicos dentro de los cuales destaca FR negativo, ANA + 1/1280 homogéneo, antiRO +++ 189, resto del ENA negativo. Por lo anterior, e indagando en anamnesis remota en la cual no hubo sintomatología concordante a enfermedad viral previa, se concluye que la etiología de la pericarditis es secundaria a la Enfermedad de Sjögren..

Discusión y conclusión: La clave en el diagnóstico de pericarditis autoinmune está en un cuadro clínico concordante con pericarditis, en un paciente con enfermedad del tejido conectivo, con un líquido que tiene predominio de PMN y ADA negativo. Es poco frecuente y, por tanto, se debe tener alta sospecha diagnóstica.

Palabras claves (keywords): Pericarditis. Enfermedad de Sjögren. Enfermedad del tejido conectivo.

Correspondencia

Nombre: Ignacio Andrés San Martín Reyes
Correo electrónico: iasanmartin@miuandes.cl



REPORTE DE UN CASO: ESPECTRO DE ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4.

Autores: Loyola M¹; Dalbadie I¹; Estrada M¹; Lynch E¹. **Tutor:** Becerra M².

Afiliaciones:

1. Interno(a) de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Médico gastroenteróloga, Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Introducción: La enfermedad relacionada a inmunoglobulina G4 (IgG4) es una entidad que define diversas enfermedades que se caracterizan por fibrosis, infiltración linfocitaria y presencia aumentada de IgG4 en el órgano afectado, dentro de ellos páncreas, glándulas salivales, sistema nervioso central, pulmón, riñón, vías biliares y retroperitoneo. Es difícil determinar su incidencia por ser una enfermedad categorizada recientemente (2011) y de bajo reconocimiento, sin código de la clasificación internacional de estadística 10. La pancreatitis autoinmune es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes de esta patología. No hay consenso internacional en cuanto los criterios diagnósticos, pero se concluye integrando clínica, imágenes, serología, niveles de IgG4 e histopatología del órgano afectado. La enfermedad por lo general responde a dosis altas de glucocorticoides por tiempo prolongado, teniendo mejor evidencia el uso de prednisona. A continuación se presenta el caso de un paciente con pancreatitis autoinmune como presentación inicial de enfermedad por IgG4.

Presentación del caso: Hombre de 44 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, consulta por clínica de 1 mes de evolución de dolor abdominal epigástrico intermitente asociado a vómitos en contexto de ecografía abdominal que muestra lesión tumoral de cabeza del páncreas. En los exámenes de ingreso, destaca colangio resonancia magnética con aumento difuso de volumen pancreático sugerente de pancreatitis autoinmune por IgG4, dilatación de vía biliar intra y extrahepática secundaria y engrosamiento vesicular difuso, compatible con pancreatitis autoinmune. Tras 20 días, es reingresado con el diagnóstico de hepatitis autoinmune. Se inicia manejo con corticoides, obteniendo buena respuesta sintomática..

Discusión y conclusión: Este reporte busca visibilizar las múltiples manifestaciones clínicas que puede tener la enfermedad por IgG4, la cual puede imitar infecciones, enfermedades inflamatorias y neoplasias. Reconocer esta patología es fundamental, ya que su tratamiento difiere drásticamente de las enfermedades que puede imitar, generalmente obteniendo una respuesta favorable.

Palabras claves (keywords): Enfermedad Relacionada con Inmunoglobulina G4. Pancreatitis Autoinmune. Hepatitis. Enfermedades Autoinmunes.

Correspondencia

Nombre: Martín Andrés Loyola Muñoz
Correo electrónico: maloyola@miuandes.cl



VASCULITIS COMO SIMULADOR DE ENCEFALITIS: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Olivares F¹; Vrsalovic K¹; Henríquez C¹; Olivares C¹; L'Huillier N¹. **Tutor:** Izquierdo M².

Afiliaciones:

1. Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Neuróloga Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: Las convulsiones y el compromiso de conciencia son escenarios que todo médico general debe saber enfrentar. Su estudio inicial tiene un enfoque sistemático, sin embargo, hay causas poco usuales que pueden provocar cuadros similares y que es importante considerar y sospechar, siendo la vasculitis uno de estos diagnósticos.

Presentación del caso: Paciente de 73 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus 2 y depresión de reciente diagnóstico. Ingresa por compromiso de conciencia cuantitativo y cuadro compatible con primoconvulsión focal secundariamente generalizada, asociado a síndrome confusional agudo de 5 días de evolución, cefalea y cervicalgia. En servicio de urgencias destaca: disartria, agitación psicomotora que requirió diazepam, normoglicemia. Niega fiebre, intercurrentes infecciosas, uso de nuevos fármacos, trauma cefálico y privación de sueño. Examen físico sin mordedura lingual, destaca paresia facial central derecha y paresia mínima crural ipsilateral. Laboratorio destaca leve leucocitosis. Se plantea el diagnóstico de meningoencefalitis y se inicia terapia con antiviral, antibióticos y antiepilépticos. AngioTAC con pequeñas lesiones isquémicas recientes supratentoriales bilaterales y leve irregularidad en segmentos de arterias cerebrales medias y posteriores, sin estenosis significativa. Punción lumbar levemente inflamatoria. Resonancia de cerebro con alteración de la señal del líquido cefalorraquídeo supra e infratentorial en probable contexto inflamatorio-infeccioso. Al interrogatorio refiere baja de peso de 15 kilos y cefalea occipital de larga data. Dado el contexto clínico se descartan neoplasias con tomografía axial computada y se plantea el diagnóstico de una vasculitis subyacente, con estudio pertinente al caso..

Discusión y conclusión: Las vasculitis encefálicas pueden ser primarias del sistema nervioso central o secundarias a vasculitis sistémicas. El compromiso del sistema nervioso central ensombrece el pronóstico en la mayoría de las vasculitis. Es importante descartar otras causas que expliquen el cuadro, como neoplasias, infecciones, causas metabólicas y desmielinizantes. Debido a que los síntomas neurológicos y el laboratorio suelen ser poco específicos, el diagnóstico final deberá ser guiado por neuroimagen y eventual biopsia cerebral según sea la sospecha. El rol del médico general consiste en enfrentar el manejo inicial de compromiso de conciencia, convulsión y encefalitis, teniendo presente sus diagnósticos diferenciales.

Palabras claves (keywords): Vasculitis. Compromiso de conciencia. Convulsión.

Correspondencia

Nombre: Fernando Olivares Pavez
Correo electrónico: faolivares@uc.cl

PANCREATITIS AUTOINMUNE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Autores: Henríquez C¹; Vrsalovic K¹; Rosales V¹. **Tutor:** Álvarez M².

Afiliaciones:

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

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad fibro inflamatoria benigna del páncreas. Corresponde a una forma particular de pancreatitis que clínicamente se puede manifestar en la fase aguda como ictericia obstructiva o en una fase más tardía como masa pancreática, atrofia o incluso calcificaciones. Su principal característica es la buena respuesta al tratamiento con corticoides. Se diferencian dos tipos de PAI: tipo 1 (pancreatitis esclerosante linfoplasmocítica) y tipo 2 (pancreatitis ductal central idiopática).

Presentación del caso: Paciente de 37 años con antecedentes de nefrolitiasis a repetición y consumo de alcohol. Ingresa con pancreatitis aguda leve Balthazar C, iniciándose analgesia, inhibidores selectivos de ciclooxigenasa-2 (iCOX-2) y régimen hídrico amplio. Respecto a la etiología destaca triglicéridos y calcio normales, ecografía abdominal y colangiografía no evidencian patología biliar, sin clara historia de transgresión alcohólica. Evoluciona inicialmente estable, presentando posteriormente reagudización de dolor abdominal asociado a colestasia en pruebas hepáticas y bilirrubina hasta 7. Impresiona cuadro de hepatotoxicidad secundario a iCOX2, por lo que se suspende, sin mejoría clínica. Se decide repetir colangiografía que informa hallazgos compatibles con pancreatitis aguda difusa asociado a estenosis de aspecto inflamatorio del colédoco intrapancreático. Sus características tomográficas hicieron plantear dentro del diagnóstico diferencial una etiología atípica como enfermedad autoinmune de tipo IgG4 o viral entre otras. En dicho contexto, se inició corticoides y se amplió estudio de diagnósticos diferenciales con marcadores autoinmunes y de cáncer. Evolucionó con buena respuesta clínica, con resolución del dolor abdominal, buena tolerancia vía oral y disminución de bilirrubina..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso deja en manifiesto la importancia de conocer y considerar otras etiologías de pancreatitis, además de las más prevalentes, entre ellas la PAI. Su diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha por parte del clínico y debe plantearse ante cualquier paciente con síntomas bilio pancreáticos. Su relevancia clínica radica en ser parte del diagnóstico diferencial de la neoplasia pancreática y su buena respuesta a terapia no invasiva con corticoides, por lo que un correcto diagnóstico puede cambiar de forma radical el manejo y pronóstico de un paciente con pancreatitis.

Palabras claves (keywords): Pancreatitis autoinmune. Ictericia obstructiva. Corticoides.

Correspondencia

Nombre: Camila Estrella Henríquez Díaz
Correo electrónico: cshenriquez@uc.cl

MANEJO DE LA CRISIS SUPRARRENAL EN URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Seguel D¹; Valenzuela F¹; Varas V¹; Pérez P¹; Espinoza C¹. **Tutor:** Muñoz F².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca. Chile.
2. Médico especialista en Endocrinología. Hospital Regional de Talca (HRT). Talca. Chile.

Introducción: La crisis suprarrenal (CS) corresponde a una complicación aguda de la insuficiencia suprarrenal (ISR). La incidencia de ISR es de 5,5 casos/millón, mientras que la incidencia de la CS es de 6,3/100 paciente-año en pacientes con ISR. La presentación clínica es inespecífica lo que la configura como una emergencia potencialmente mortal, requiriendo alto grado de sospecha diagnóstica y tratamiento inmediato. A continuación se relata el caso de un hombre de 70 años que se presenta al servicio de urgencias por crisis suprarrenal.

Presentación del caso: Hombre de 70 años con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal en hospitalización reciente. En terapia de sustitución corticoidal con hidrocortisona, que consulta por vómitos de contenido alimenticio, compromiso del estado general y mareos de 4 días de evolución. Refiere suspender tratamiento con glucocorticoides hace 1 mes. Al ingreso destaca marcada hipotensión y leve compromiso del sensorio. De los exámenes de laboratorio destaca: Sodio 120 mEq/L, Potasio 6.46 mEq/L. Por sospecha de crisis suprarrenal se inicia manejo con hidratación e hidrocortisona endovenosa..

Discusión y conclusión: La CS se caracteriza por hipovolemia e hipotensión sostenida debido al déficit de absoluto o relativo de mineralocorticoides. El laboratorio evidencia hiperpotasemia e hiponatremia y a veces hipoglicemia, producidas por deficiencia de mineralocorticoides y cortisol plasmático. Debido a la presentación inespecífica del cuadro, la alta sospecha clínica, especialmente en pacientes usuarios crónicos de glucocorticoides, es la piedra angular del diagnóstico y las pruebas de laboratorio no deben retrasar en ningún momento el tratamiento. El manejo inmediato se basa en la volemicación profusa y aporte de glucocorticoides endovenosos en dosis de sustitución, en Unidad de Cuidado Intensivo. Junto con el tratamiento intensivo es importante buscar la etiología desencadenante del cuadro, siendo una de las principales causas la suspensión del tratamiento corticoideo crónico.

Palabras claves (keywords): Insuficiencia suprarrenal. Hidrocortisona. Hiponatremia. Hiperpotasemia.

Correspondencia

Nombre: Daniela Andrea Seguel Moncada
Correo electrónico: dani.seguel.m@gmail.com

ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA DOMINANTE, A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Abara S¹; Alarcón V¹; Arias J¹; Becerra C¹; Méndez J¹. **Tutor:** Gálvez L².

Afiliaciones:

1. Interno/a Medicina, Universidad Mayor de Temuco, Temuco, Chile.
2. Médico Internista, UPC Clínica RedSalud Mayor de Temuco, Chile.

Introducción: La enfermedad renal poliquística es una enfermedad genética en la que se desarrollan de forma progresiva lesiones quísticas que reemplazan el parénquima renal. Es una causa de insuficiencia renal terminal y una indicación común para diálisis y trasplante renal. Existen dos presentaciones clínicas distinguidas por su patrón de herencia, recesivo y autosómico dominante, este último más frecuente y de presentación familiar, causada por mutaciones en genes del cromosoma 16. El órgano en el que se pueden encontrar quistes extrarrenales con mayor frecuencia es el hígado. La función renal se conserva hasta la cuarta o quinta década de la vida y dentro de las complicaciones extrarrenales se incluyen divertículos en colon, defectos valvulares cardíacos, hernias inguinales, y aneurismas cerebrales.

Presentación del caso: Hombre de 73 años, consulta en Urgencias por cuadro de dos semanas de evolución compatible con un síndrome urémico, asociado a dolor abdominal y baja de peso. Exámenes de laboratorio son compatibles con insuficiencia renal aguda sobre crónica, con indicación de diálisis de urgencia. Se realiza tomografía computarizada con contraste que evidencia hepatomegalia difusa a expensas de múltiples lesiones quísticas y Nefromegalia bilateral con múltiples quistes, ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos, con única opción terapéutica actual de diálisis crónica. En estudios complementarios se toma ecocardiograma que muestra insuficiencia de la válvula mitral leve. Además paciente presenta hernia inguinoescrotal derecha.

Discusión y conclusión: Este caso clínico detalla la historia natural de presentación de la etapa terminal de enfermedad renal poliquística que requiere de manejo intensivo. Este caso debe servir de aliento para la detección temprana de la enfermedad renal poliquística, en especial en aquellos casos de presentación familiar, con el objetivo de implementar las nuevas herramientas terapéuticas para enlentecer el progreso de la enfermedad, como los vaptanes o antagonistas de vasopresina V2. En los últimos años se ha implementado el tolvaptán, que en ensayos clínicos ha logrado disminuir el volumen de crecimiento quístico hasta un 49% y revertir el aumento en la falla renal.

Palabras claves (keywords): Enfermedades renales poliquísticas. Riñón poliquístico autosómico dominante.

Correspondencia

Nombre: Valentina Andrea Alarcón Fierro
Correo electrónico: valentina.alarcon015@gmail.com

ENFRENTAMIENTO INTEGRAL A HEMOPTISIS DE CAUSA DESCONOCIDA EN CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.

Autores: Rosales V¹; L'Huillier N¹; Araya J¹. **Tutor:** Inzunza J².

Afiliaciones:

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

Introducción: La hemoptisis tiene un gran abanico de diagnósticos diferenciales, desde patologías de la vía aérea, del parénquima pulmonar, enfermedades hematológicas, por uso de drogas, entre otros. Resulta importante tener un enfrentamiento esquematizado frente a esta patología, especialmente cuando ésta repercute en la hemodinamia o función ventilatoria del paciente, ya que puede llegar a amenazar su vida.

Presentación del caso: Paciente femenina de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo, con hábito tabáquico, índice paquete año de 40. Consulta por cuadro de pocas horas de evolución de hemoptisis de volumen estimado de 1 taza asociado a disnea. Niega síntomas respiratorios previos o de otros sistemas. Ingresa al servicio de Urgencias hemodinámicamente estable, taquipneica y saturando 99% con 12 litros de oxígeno. Se inicia estudio con exámenes de laboratorio que no evidencian alteraciones significativas para el caso, baciloscopia y PCR Covid-19 ambas negativas. Se realiza un angioTAC sin signos de tromboembolismo pulmonar agudo, destaca área con densidad en vidrio esmerilado en el segmento lingular que dado el cuadro clínico se interpreta como pequeño foco de hemorragia alveolar, sin otros hallazgos. Se completa el estudio de hemoptisis con una fibrobroncoscopia que mostraba una tráquea de aspecto normal, árbol bronquial con mucosa de aspecto inflamatorio difuso, sin lesiones ni hemorragia activa, diagnosticándose una bronquitis difusa. La paciente evoluciona favorablemente con terapia antibiótica, corticoides orales y broncodilatadores. Se da de alta con plan de descartar Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en ambulatorio..

Discusión y conclusión: Al enfrentarse a un paciente con hemoptisis, es crucial primero diferenciar si es verdadera o pseudohemoptisis, ésta última es cuando la sangre se origina del tracto gastrointestinal o respiratorio superior. Luego se continúa determinando si es masiva o no ya que cada una implica un manejo diferente. Tras la estabilización del paciente, se inicia el estudio etiológico que implica una anamnesis detallada, pruebas de laboratorio incluyendo de coagulación, recuento plaquetario, parámetros inflamatorios según sospecha. También estudio imagenológico con radiografía de tórax o TAC de tórax según disponibilidad. Si no se establece etiología con imagen previa, se debe realizar broncoscopia. Al tener la etiología clara, el tratamiento se dirige a tratar la causa subyacente.

Palabras claves (keywords): Hemoptisis. Bronquitis. Pulmón.

Correspondencia

Nombre: Valentina José Rosales Alfaro
Correo electrónico: vjrosales@uc.cl



ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Díaz M¹ Cumicheo C¹; Bernedo V¹; Catril C¹. **Tutor:** Leal B².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
2. Médico Dermatólogo. Hospital Intercultural de Nueva Imperial. Nueva Imperial, Chile.

Introducción: Las dermatosis afectan aproximadamente al 20% de los embarazos, presentando una variada forma de presentación y evolución. La erupción polimorfa del embarazo (EPE), es una entidad dermatológica frecuente en el embarazo, con una incidencia que varía entre 1 de cada 130 a 160 embarazos. Es una patología inflamatoria benigna asociada frecuentemente a primigestas durante el tercer trimestre, o en el puerperio inmediato. Se manifiesta con pápulas pruriginosas que confluyen, formando placas eritematosas que aparecen inicialmente en la región abdominal, con mucha frecuencia sobre las estrías, respetando el área periumbilical, para luego diseminarse a las extremidades superiores, los glúteos y el tercio proximal de los muslos, respetando la cara, las palmas y las plantas. Es de evolución autolimitada, generalmente cercano a seis semanas de duración. Sin consecuencias graves para la madre ni el feto.

Presentación del caso: Se presenta el caso de paciente de 38 años, primigesta, cursando embarazo de 36+4 semanas, portadora de lupus eritematoso sistémico (LES) en tratamiento crónico con hidroxiclороquina. Debuta con cuadro de una semana de evolución caracterizado por dermatosis generalizada, bilateral y simétrica, más acentuada en tórax, abdomen en relación a estrías y tercio inferior de piernas, caracterizada por pápulas eritematosas de superficie brillante, confluentes formando placas pruriginosas. Palmas, plantas y mucosa oral sin lesiones. Se decide manejo con emoliente, desloratadina e hidrocortisona en crema. Paciente presenta buena respuesta a tratamiento, con resolución íntegra del cuadro durante el puerperio mediato.

Discusión y conclusión: La EPE es un trastorno cutáneo frecuente en el embarazo, pero a pesar de ello, poco diagnosticado y reportado en la literatura. Favorece a la situación anterior, la dificultad que presenta el diagnóstico diferencial de las diferentes patologías dermatológicas del embarazo, cobrando vital importancia la adecuada identificación de este cuadro, benigno y autolimitado, versus el potencial y severo compromiso asociado a patologías dérmicas que son parte de los diagnósticos diferenciales. En relación al caso presentado, se destaca la importancia de establecer la diferencia entre la presentación clínica de EPE, que no afecta el curso del embarazo, en contraposición a una exacerbación cutánea de LES, que conlleva a un conocido aumento del riesgo materno-fetal.

Palabras claves (keywords): Anomalías Cutáneas. Mujeres Embarazadas. Prurito.

Correspondencia

Nombre: Marisabel Fernanda Díaz Gil
Correo electrónico: marisabeldiazg@gmail.com



SÍNDROME DE SWEET: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Mancilla J¹; Palacios V¹; Saavedra T¹. **Tutor:** Mercegue F².

Afiliaciones:

1. Internas de medicina, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

Introducción: El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofílica febril aguda es una enfermedad inflamatoria cutánea poco común, caracterizada por la aparición abrupta de pápulas, placas o nódulos eritematosos dolorosos y síntomas sistémicos. Se presenta con mayor prevalencia en mujeres entre los 30 y los 50 años de edad que han tenido recientemente una infección del tracto respiratorio superior. La enfermedad se clasifica en síndrome de Sweet clásico (idiopático), asociado a malignidad e inducido por fármacos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 42 años consulta por dermatosis caracterizada por placas eritematosas, urticariformes, con superficie irregular predominante extremidades inferiores de aspecto circular de 1 cm de diámetro las cuales evolucionan con aumento de tamaño, formación de centro necrótico y ulceración. La paciente evolucionó con 2 episodios de fiebre (38.5°C), mialgias y artralgias en extremidades inferiores. Recibió tratamiento con antibiótico vía oral, sin mejora significativa. Los estudios de laboratorio destacan leve leucocitosis (12.500/ul), Proteína C reactiva (1.22 mg/dl). Pruebas serológicas con resultado negativo. La histología muestra en miembros inferiores, piel con necrosis focal de epidermis en su estrato basal, edema en dermis superficial con intenso infiltrado inflamatorio superficial de neutrófilos. Se indicó tratamiento con yoduro de potasio con respuesta parcial, añadiendo prednisona (1mg/kg/día), con respuesta favorable a las 48 horas..

Discusión y conclusión: Los pacientes con Síndrome de Sweet se presentan clínicamente con múltiples placas o nódulos eritematosos sensibles a la palpación, presentándose en cara, el cuello, el pecho, la espalda o extremidades. Otras manifestaciones incluyen compromiso oftalmológico, fiebre y artralgias y mialgias. Además pueden presentar leucocitosis, neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Los hallazgos histopatológicos incluyen un denso infiltrado dérmico neutrofílico con edema. Pese a que no existen terapias estandarizadas para su tratamiento, Los corticosteroides sistémicos (1 mg/kg/día) durante 4 a 6 semanas reducen las lesiones cutáneas y los síntomas sistémicos. Otras terapias con yoduro de potasio o colchicina podrían utilizarse cuando esté contraindicado. Debido a la alta recurrencia, el seguimiento es fundamental.

Palabras claves (keywords): Dermatitis. Síndrome de Sweet. Corticoesteroides.

Correspondencia

Nombre: Javiera Mancilla Marín
Correo electrónico: javimanc@umag.cl



SÍNDROME DE WALLEMBERG DEBIDO A INFARTO EN LA REGIÓN BULBAR LATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Bascuñán J¹; Ávalos D¹; Campos Y¹; Cancino E¹. **Tutor:** Carrillo R².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
2. Médico Especialista en Neurología. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

Introducción: Síndrome de Wallenberg o infarto bulbar lateral es un síndrome vascular que desencadena un cuadro clínico caracterizado por daño de la porción lateral del bulbo, donde las estructuras afectadas incluyen la rama espinal del trigémino, vía espinaltálica, núcleo ambiguo del vago, pedúnculo cerebeloso inferior y fibras simpáticas descendentes, manifestándose con signos de lesión postero-lateral.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, con antecedente de hipertensión arterial, diestro, mRs 0. Consulta por episodio de cefalea hemicránea derecha de 12 horas de evolución que posteriormente se asocia con lentitud del lenguaje, parestesias periorales derechas, dificultad para deglutir, náuseas, vómitos, singulto y lateropulsión a derecha durante la marcha. Al ingreso, en regulares condiciones generales, destaca hipertenso, leve alza térmica, sin apremio respiratorio. Respecto al examen neurológico impresiona: Horner derecho, paresia palatina derecha, reflejo nauseoso derecho ausente y hemiataxia derecha. Tomografía computarizada cerebral sin contraste: Sin lesiones isquémicas agudas categóricas. Se realiza angiografía de tórax por tomografía computada de cuello y cerebro con contraste donde se observa: disección de V4 derecha. Durante su hospitalización, se mantuvo su examen neurológico estable, con antiagregación plaquetaria simple con buena respuesta y heparina en dosis profilácticas. Se realiza perfil riesgo neurovascular: LDL: 152 TSH: 1.71 HbA1C: 5.6% y VDRL no reactivo. Evaluación por fonología concluye disfagia severa relacionada a etiología de infarto, por lo que se realizó gastrostomía.

Discusión y conclusión: Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de Wallenberg están caracterizadas por ataxia cerebelosa, singulto, voz bitonal, hemihipoestesia facial ipsilateral, nistagmus horizontal unilateral, náuseas, hemihipoestesia de cuerpo contralateral, síndrome de Horner y disfagia. En este caso, se observa una presentación típica de infarto bulbar lateral, lo que debiera motivar a una consulta precoz en servicio de urgencias, agilizando así el manejo.

El síndrome de Wallenberg es una patología neurológica poco conocida e infrecuente, pero no por ello se debe desestimar su importancia. Este caso demuestra la importancia de estudiar las causas de accidente cerebrovascular para entregar tratamiento óptimo de acuerdo a las necesidades del paciente, y así prevenir complicaciones futuras de esta patología asociada a una alta tasa de discapacidad, lo que repercute directamente en su calidad de vida.

Palabras claves (keywords): Lateral Medullary Syndrome. Vertebral Artery Dissection. Stroke.

Correspondencia

Nombre: Juan Carlos Bascuñán

Correo electrónico: juan.bascunan@alu.ucm.cl



HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL SECUNDARIO A RUPTURA ESPONTÁNEA DE DIVERTÍCULO MENÍNGEO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFÁN.

Autores: Herrera J¹; Sotomayor M¹; Ramírez M¹; Sepúlveda D¹; Pletikosic M¹. **Tutor:** Flores M².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
2. Becado Neurocirugía. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Introducción: El síndrome de Marfan es un trastorno hereditario que se caracteriza por alteración en los componentes del tejido conectivo. Tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde lesiones individuales hasta compromiso sistémico. La Hipotensión intracraneal espontánea es una patología poco frecuente que suele asociarse a fugas del líquido cerebrospinal por ruptura de meninges en contexto de anomalías del tejido conectivo. Los divertículos menínges suelen estar presentes en pacientes con Síndrome de Marfan, y tienden a la ruptura espontánea. El diagnóstico requiere una alta sospecha y confirmación con neuroimagen.

Presentación del caso: Paciente masculino de 28 años con Síndrome de Marfan, consulta en reiteradas oportunidades al servicio de urgencias por cefalea holocraneana de dos semanas de evolución, de intensidad progresiva que aumentaba a la bipedestación, y aliviaba en decúbito; sin otros síntomas acompañantes. El estudio con TAC de cerebro no mostró alteraciones, manejándose de forma ambulatoria. Evoluciona con aumento del dolor EVA 10/10, ptosis palpebral derecha y fotopsias. Nuevamente en urgencias, se realiza RNM de cerebro protocolo Stroke con signos de hipotensión intracraneana. Se solicita además RNM de columna total con contraste que evidencia rotura de divertículo meníngeo en canal foraminal T11-T12. Se hospitaliza en UCI, realizándose parche de sangre epidural con evolución favorable. RNM de cerebro de control al mes sin mayores cambios. .

Discusión y conclusión: Este reporte de caso demuestra la importancia de ampliar diagnósticos diferenciales en una cefalea refractaria y atípica, especialmente en el contexto de un paciente con factores de riesgo asociados. Pretendemos fomentar que los médicos realicen una anamnesis adecuada ante cefaleas evitando diagnosticar etiologías más comunes por falta de antecedentes clínicos.

Palabras claves (keywords): Síndrome de Marfan. Hipotensión intracraneal. Ruptura divertículo meníngeo.

Correspondencia

Nombre: Joaquín Francisco Herrera Leigh
Correo electrónico: jfherrera@miuandes.cl

DEMENCIA REVERSIBLE POR DEFICIENCIA DE VITAMINA B 12.

Autores: Navarro F¹; Valenzuela I¹; Luzzi D¹; Arce J¹; Catalá E¹. **Tutor:** Giraldo C².

Afiliaciones:

1. Interna/o de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
2. Médica Cirujana, Hospital San José, Santiago, Chile.

Introducción: La vitamina B12 (VB12) desempeña diversas funciones en nuestro organismo. Se obtiene en la dieta, principalmente por alimentos de origen animal. Las causas de su deficiencia son bajo aporte, mala digestión y/o malabsorción, pudiendo manifestarse con anemia, desórdenes psiquiátricos o neurológicos, como parestesias, neuropatías, ataxia, deterioro cognitivo y demencia. Estas últimas son de especial relevancia dada su gravedad y posible irreversibilidad.

Presentación del caso: Paciente femenina de 65 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Derivada desde Hospital Psiquiátrico por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por deterioro cognitivo acelerado, desorientación y episodios de crisis tónico clónicas. A su ingreso destaca somnolienta, desorientada, siguiendo órdenes simples, lenguaje inteligible, marcha atáxica. Examen motor, sensitivo y pares craneales sin alteraciones, signos meníngeos negativos. Tras evaluación por neurología, se inicia estudio en contexto de sospecha de demencia rápidamente progresiva. Se realizan exámenes de laboratorio, electroencefalograma, resonancia magnética de cerebro con contraste, tomografía computarizada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, serología VHB, VHC, VIH, VDRL, punción lumbar, perfil inmunológico, anticuerpos antineuronales, resultando todos dentro de límites normales. Finalmente se toman niveles de VB12 y se decide administración empírica a espera de resultados, tras lo cual paciente presenta mejoría progresiva en su sintomatología: orientada, lenguaje coherente, marcha normal y sin nuevos episodios convulsivos.

Discusión y conclusión: Las demencias rápidamente progresivas son cuadros caracterizados por un deterioro cognitivo agudo, generalmente secundario a etiologías potencialmente reversibles, por lo que ante la sospecha cobra relevancia descartar activamente sus causas. Dado el gran aumento de personas mayores y la prevalencia del déficit de VB12 asociado a esta población, es de gran importancia tener presente esta entidad al momento de diagnosticar una demencia, tal como ocurrió en el caso expuesto, con una notoria mejoría de los síntomas tras su administración.

Palabras claves (keywords): Demencia. Deficiencia de vitamina B 12. Cianocobalamina.

Correspondencia

Nombre: Francisca Paz Navarro Ulloa
Correo electrónico: francisca.navarro.u@usach.cl

FRACTURA DE HÚMERO DISTAL POR MEDICIÓN DE FUERZAS O “GALLITO”: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Meza V¹; Rodríguez H¹; Basaure T¹; Álvarez P¹. **Tutor:** López C².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
2. Médico Residente en Traumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La fractura de húmero por medición de fuerzas o “gallito” corresponde a un evento infrecuente. Suele ocurrir en pacientes menores de 35 años, sin comorbilidades, y su aparición se debe a un mecanismo torsional humeral excesivo. Reportamos el caso de un paciente de 21 años que presentó esta lesión, con el objetivo de prevenir su ocurrencia en este grupo de pacientes.

Presentación del caso: Paciente hombre de 21 años, sin comorbilidades, con antecedente de ingesta de 500 ml de cerveza previo a la realización de medición de fuerzas contra un oponente de similar masa muscular. Durante dicha actividad, y mientras estaba en posición neutra, sufre un dolor súbito e impotencia funcional en el brazo derecho, asociado a crépito óseo. Ingres a Servicio de Urgencias estable, donde se realiza examen físico que muestra deformidad y dolor a la palpación en región humeral media y distal derecha, sin lesión de partes blandas ni compromiso neurovascular. Se inicia analgesia endovenosa, se inmoviliza con cabestrillo, y se realiza radiografía de brazo derecho anteroposterior y lateral, que evidencia fractura espiroidea en tercio distal de diáfisis humeral derecha, con fragmento conminuto. Se hospitaliza, y 12 horas posterior a su ingreso es operado, realizándose abordaje posterior y fijación interna con osteosíntesis (placa bloqueada). Evoluciona sin complicaciones, siendo dado de alta. Se realiza control a los 3, 6, 12 y 24 meses, con adecuada consolidación, rango osteomuscular completo y retorno íntegro a su actividad física habitual previa..

Discusión y conclusión: Esta lesión es una entidad inhabitual, que suele ocurrir en pacientes jóvenes y que afecta comúnmente el tercio distal diafisario humeral. Dentro de sus factores de riesgo, se ha postulado que el consumo de alcohol podría aumentar su incidencia, debido a una disminución en la propiocepción musculotendínea. En cuanto a sus potenciales complicaciones, es necesario descartar compromiso del nervio radial, el cual se puede ver afectado hasta en un 22% de los pacientes. El manejo de esta lesión puede ser ortopédico o quirúrgico, dependiendo de las características propias del paciente y de la fractura, considerando aspectos como su ubicación, el grado de desplazamiento y la conminución de los fragmentos.

Palabras claves (keywords): Fracturas del húmero. Fijación interna de fracturas. Adulto joven. Alcohol.

Correspondencia

Nombre: Víctor Meza Viteri
Correo electrónico: vmmeza@uc.cl



DEMENCIA POR ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JAKOB: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Rodríguez V¹; Quilodrán N¹; Quiroz S¹; Pérez M¹; Abarza C¹. **Tutor:** Fuentes M².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

2. Médico Cirujano, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt Jakob corresponde a un trastorno neurodegenerativo y es la forma más común de enfermedad priónica humana o encefalopatías espongiiformes transmisibles. Se puede clasificar en cuatro tipos: Esporádica, familiar o genética; iatrogénica y variante. Siendo la esporádica la más frecuente y representa más de un 90% de las enfermedades producidas por priones. El cuadro clínico típico es el de una enfermedad encefalopática fatal, uniformemente progresiva, siendo frecuente la demencia, ataxia cerebelosa y las mioclonías. Durante su desarrollo se observan anomalías del comportamiento y déficits que implican una función cortical superior, como problemas de concentración, memoria y juicio, los cuales son signos tempranos frecuentes. Junto con los fenómenos cognitivos- conductuales se asocia inestabilidad de la marcha y temblor de extremidades superiores, no siempre con conciencia de enfermedad. Con la progresión de la enfermedad la demencia se vuelve dominante en la mayoría de los pacientes y puede avanzar rápidamente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de HTA, asma, postrada, con deterioro cognitivo-conductual acelerado de 5 meses de evolución previo a ingreso. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro de fiebre, disnea de reposo y alteración del nivel de conciencia, de una semana de evolución. Paciente ingresa taquicárdica, febril, polipneica, Glasgow de 6 puntos, con pruebas de laboratorio alteradas, por lo que se decide hospitalizar. Durante hospitalización se inicia tratamiento antibiótico por sospecha de neumonía, con mejoría de función ventilatoria y parámetros inflamatorios. Dado contexto, se solicita evaluación por neurología. Se realizan estudios entre los cuales destacan, EEG y RMN cerebral ambos compatibles con diagnóstico de enfermedad de Creutzfeldt Jakob.

Discusión y conclusión: Las enfermedades priónicas tienen una serie de características histopatológicas comunes, entre las que se incluyen pérdida neuronal, entre otras alteraciones. La esporádica es la forma más común, con una edad media de afectación de 65 años y una mediana de supervivencia de 4 meses. Su diagnóstico es esencialmente por sospecha dado cuadro clínico y hasta hoy no existe un tratamiento eficaz, ya que las enfermedades priónicas son universalmente mortales y su enfoque está dado por el manejo de síntomas incapacitantes.

Palabras claves (keywords): Priones. Demencia. Encefalopatía.

Correspondencia

Nombre: Valentina Alejandra Rodríguez Cancino
Correo electrónico: valentina.rodriguez@alu.ucm.cl



SÍNDROME DE CAUDA EQUINA SECUNDARIO A PARAGANGLIOMA DE FILUM TERMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Cáceres M¹; Valenzuela F²; Cifuentes C²; Seguel D²; Flores V². **Tutor:** González G³.

Afiliaciones:

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

Introducción: El síndrome de cauda equina (SCE) es una entidad poco frecuente que constituye una urgencia neuroquirúrgica, y se manifiesta por la compresión de las raíces nerviosas distales al cono medular. Su causa más frecuente es secundaria a compresión por hernia discal, y raramente es originado por una lesión tumoral intrarraquídea. A continuación se presenta el caso de un paciente de 24 años que presentó un SCE secundario a un paraganglioma de filum terminal.

Presentación del caso: Paciente masculino de 24 años sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de dolor lumbociático bilateral intenso y parestesias en ambas extremidades inferiores, asociado a trastornos esfinterianos. El estudio imagenológico mediante resonancia magnética evidencia lesión ocupante de espacio globular y sólida, a nivel L3 en relación a la cauda equina, por lo que es hospitalizado en neurocirugía HRT para su resolución quirúrgica. Se realiza laminotomía de L3, y bajo visión microscópica se evidencia lesión ovoide, bien delimitada, violácea y renitente en relación al filum terminal, es disecada de sus anclajes y separada de las raíces nerviosas para exéresis en bloque. El informe de biopsia describe tejido nervioso con proliferación celular de bordes bien delimitados, sin cápsula, dispuestas en sábanas de células pequeñas monótonas, discohesivas y agrupadas alrededor de ejes fibrovasculares, sin mitosis ni necrosis. Complementariamente se realiza estudio inmunohistoquímico, con conclusión diagnóstica de paraganglioma de filum terminal..

Discusión y conclusión: Los paragangliomas del filum terminal son lesiones muy poco frecuentes y representan entre un 2,5 y un 3,8% de los tumores en esta localización, cuyo síntoma inicial más frecuente es el dolor lumbar, siendo excepcional su presentación aguda, como lo es el SCE que se presentó en este caso, y el diagnóstico diferencial mediante imagenología es difícil, pudiendo ser fácilmente confundido con ependimomas o schwannomas. Este tumor se clasifica como grado 1, y su exéresis radical se considera como tratamiento curativo.

Es esencial un estudio completo de las lesiones tumorales intrarraquídeas, pues a pesar de presentarse con una ubicación y clínica poco frecuentes, el diagnóstico preciso permite conocer el pronóstico y decidir el manejo más óptimo de la lesión.

Palabras claves (keywords): Paraganglioma; Cauda equina; Neurocirugía.

Correspondencia

Nombre: Mauricio Jaime Cáceres Brito
Correo electrónico: mauriocaceres99@gmail.com

ENFRENTAMIENTO INICIAL DEL PACIENTE INTOXICADO CON ETILENGLICOL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Marchant S¹; Martínez J¹; Maldonado F¹; Vergara D¹; Reyes C². **Tutor:** Morales M³

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
2. Alumna de Medicina. Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.
3. Médico Urgenciólogo. Hospital Regional de Talca. Talca, Chile.

Introducción: El enfrentamiento del paciente intoxicado en el servicio de urgencias (SU) está relativamente estandarizado. Pero dependiendo del tóxico involucrado, el antídoto y tratamiento definitivo será distinto. En este caso, se presenta un paciente de 23 años llevado al SU debido a consumo de altas dosis de anticongelante para automóvil, cuyo principal compuesto corresponde a Etilenglicol.

Presentación del caso: Hombre de 23 años, sin antecedentes mórbidos, es llevado al SU tras ser encontrado con compromiso de conciencia cuantitativo. Junto al paciente se encontró botella de 3 litros de anticongelante para automóvil y botella de whisky, ambas a medio llenar. Ingresó en Glasgow menor a 8 puntos, taquicárdico, taquipneico, saturando 99% con fracción inspirada de oxígeno ambiental, normotenso y bien perfundido. Se estabilizó y se procedió a conectar a ventilación mecánica invasiva. En el monitor cardíaco se observaron ondas T altas y se recibieron valores de bicarbonato de 2,7 mmol/L y pH de 6,8. Se administró 100 mEq de bicarbonato de sodio y 10 ml de gluconato de calcio. Luego se indicó infusión vía sonda nasogástrica de 10 ml/kg de alcohol al 10% a pasar en 60 minutos, seguida de 1 ml/kg/hora de mantención. El paciente fue trasladado a la Unidad de Paciente Crítico..

Discusión y conclusión: Niveles plasmáticos por sobre 3 mmol/L de etilenglicol pueden generar daño, principalmente al riñón, debutando con clínica de insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica. Su antídoto consiste en inhibir su metabolización por la enzima alcohol deshidrogenasa a glicolato, glioxilato y oxalato (metabolitos activos), mediante competencia con Etanol. Así, el reconocimiento y tratamiento precoz es crucial para prevenir las complicaciones derivadas de la intoxicación por esta sustancia.

Palabras claves (keywords): Intoxicación. Etilenglicol. Etanol.

Correspondencia

Nombre: Stephano Marchant Jaña
Correo electrónico: stephanomj@gmail.com

FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO DE LA POLINEUROPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Huber F¹; Dalbadie I¹; Ramirez C¹; Contreras C¹. **Tutor:** Feres E².

Afiliaciones:

1. Interno(a) de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Médico broncopulmonar, Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Introducción: La polineuropatía del paciente crítico (PPC) es de las patologías neuromusculares más frecuentes en cuidados Intensivos, con incidencias reportadas desde 50 a 80% dependiendo de las series estudiadas, y corresponde a una degeneración axonal primaria de fibras motoras, sensitivas y fibras musculares, en el contexto de una enfermedad grave. Como factores de riesgo independientes se encuentran el uso de drogas vasoactivas, uso de corticoides, uso de bloqueadores neuromusculares en infusión y la presencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, siendo este último el más relevante. El pronóstico y los outcomes dependen directamente de una identificación y suspensión precoz de los factores de riesgo y una rehabilitación temprana. A continuación, se presenta un caso clínico de PPC, donde se pueden identificar múltiples factores de riesgo para su desarrollo y pronóstico.

Presentación del caso: Paciente de 40 años, obeso mórbido, previamente autovalente, quien tras una insuficiencia respiratoria aguda secundario a neumonía por Sars-Cov-2, requiere de hospitalización en unidad de cuidados intensivos (UCI) y ventilación mecánica invasiva (VMI) por aproximadamente 1 mes. Durante su estadía requiere de vasoactivos y traqueostomía, y cursa con múltiples interurrencias infecciosas. Una vez estable, iniciada la desconexión de VMI y disminuida la sedación, se constata tetraparesia, en escala motora de M1 extremidades superiores y M2 extremidades inferiores, compatible con una PPC. Posteriormente se realiza terapia de rehabilitación motora y sensitiva intensiva precoz, por un equipo multidisciplinario, con notoria mejoría al alta. Egresa con plan de continuar rehabilitación..

Discusión y conclusión: La PPC es un factor independiente de mortalidad hospitalaria, prolonga el tiempo de ventilación mecánica, alarga la estadía hospitalaria, encarece los costos de salud, y por sobre todo, afecta importantemente la calidad de vida. Por lo tanto, evitar los factores de riesgo, su identificación y rehabilitación precoz, son esenciales para disminuir su impacto negativo.

Palabras claves (keywords): Polineuropatías. Cuidados Críticos. Ventilación Mecánica.

Correspondencia

Nombre: Franz Huber Queriolo
Correo electrónico: fshuber@miuandes.cl



QUERATITIS EPITELIAL HERPÉTICA BILATERAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Soto C¹. **Tutor:** Muñoz L².

Afiliaciones:

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

Introducción: La queratitis herpética es una enfermedad infecciosa de la córnea de etiología viral, siendo el Virus Herpes Simple (VHS) uno de los más prevalentes en el mundo. Habitualmente se presenta de forma unilateral, el reporte de casos en la literatura de episodios bilaterales se da principalmente en grupos inmunodeprimidos y enfermedad concomitante ocular.

Presentación del caso: Paciente, masculino de 60 años, con antecedentes de trasplante renal hace 3 años por glomerulonefritis membranosa en tratamiento con Tacrolimus y Micofenolato, hospitalización hace 3 semanas por rechazo agudo de injerto (manejado con Metilprednisolona). Consulta en policlínico de choque oftalmológico por cuadro de dolor y ojo rojo bilateral de 7 días de evolución. Al examen destaca sensibilidad corneal disminuida bilateral. Agudeza visual de ojo derecho (OD): 20/150; ojo izquierdo (OI): movimiento de manos; Examen biomicroscópico ojo derecho-izquierdo: Inyección ciliar, lesiones epiteliales dendríticas que tiñen con fluoresceína, asociadas a edema estromal y leucoma bajo lesión aguda ojo izquierdo, compatibles con queratitis epitelial herpética bilateral. Fue tratado con Aciclovir oral por 14 días, evolucionando de manera favorable. Actualmente con dosis profilácticas de antiviral y control mensual.

Discusión y conclusión: La infección por el VHS es muy prevalente. Alrededor del 90% de la población es seropositiva para los anticuerpos frente al VHS-1, comúnmente subclínicas. Según el estudio HEDS, la forma de presentación más típica es precisamente la queratitis epitelial (47%) la cual se caracteriza por lesiones epiteliales en forma de dendritas; de los casos reportados en HEDS, un 3% corresponde a presentación bilateral. En los casos reportados en la literatura, los factores de riesgo que favorecen la presentación bilateral son la inmunodepresión, la edad y los procedimientos quirúrgicos intraoculares.

Palabras claves (keywords): Queratitis herpética. Infección viral ocular. Herpes simple ocular.

Correspondencia

Nombre: Cristian Soto Mendoza
Correo electrónico: casoto13@uc.cl

GUILLAIN-BARRÉ ASOCIADO A VACUNA AZD1222 (ChAdOx1 nCoV-19): REPORTE DE UN CASO.

Autores: Torres M¹; Viñuela M¹. **Tutor:** Godoy J².

Afiliaciones:

Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
Departamento de Neurología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda autoinmune, potencialmente fulminante. Alrededor de un 70% de los casos son precedidos por un proceso infeccioso agudo, generalmente respiratorio o gastrointestinal. Sin embargo, un porcentaje es precedido por inmunizaciones, un ejemplo clásico es la vacunación de influenza en Estados Unidos en 1976. Por otro lado, en el contexto de la pandemia SARS-CoV-2, ha surgido un plan de vacunación gracias al desarrollo acelerado de múltiples vacunas. Particularmente, la OMS ha aprobado la vacuna AZD1222, conocida como AstraZeneca/Oxford para su uso de emergencia. Esta está basada en un vector viral de adenovirus proveniente de un chimpancé modificado.

Presentación del caso: Paciente masculino de 64 años, con antecedente de hipertensión arterial controlada. Recibió dos dosis de vacuna SINOVAR y una tercera dosis de AZD1222. Veinte días después, presentó inicio de cuadro de hipoestesia y parestesia leve plantar izquierda. Evoluciona con hipoestesia progresiva ascendente en ambos pies hasta comprometer ambas rodillas e hipoestesia y parestesias distales de las falanges y alteración en marcha. Niega otros síntomas. Al examen físico destaca nistagmo horizontal a derecha, hipoestesia de predominio distal simétrica, hipopalestesia de distribución distal mayor a derecha, al examen motor destaca M4 (-) de flexión de cadera bilateral, M4 de extensión del pie, resto de extremidades inferiores M5, ROT ausentes en cuatro extremidades, reflejos plantares flexores y marcha atáxica. En la punción lumbar destaca; líquido incoloro, proteínas 51, glucosa 69, sin leucocitos ni hematíes. Hemoglucotest 122. Se interpretó cuadro como SGB y se inició tratamiento con inmunoglobulinas, con respuesta favorable. Electromiografía mostró polineuropatía desmielinizante..

Discusión y conclusión: Se han reportado casos similares de SGB en relación tanto a COVID-19 como a la vacuna AZD1222. Se han publicado 21 casos en 7 estudios realizados en Reino Unido, Qatar, India y Australia. Se ha descrito una relación potencial entre GBS y las proteínas spike del SARS-CoV-2, que uniéndose a receptores ACE2 inducen la formación de anticuerpos antigangliósidos. Teóricamente, la vacuna AZD1222 formaría anticuerpos contra proteínas spike, causando daño mielínico por un mecanismo similar. Este caso establece un precedente a considerar a la hora de determinar los planes de vacunación nacionales.

Palabras claves (keywords): Guillain-Barre. Astrazeneca. COVID-19. Vaccine.

Correspondencia

Nombre: Matías Torres Parada
Correo electrónico: mbtorres@uc.cl



INFARTO BITALÁMICO SOSPECHA DE ARTERIA DE PERCHERON. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Autores: Rojas J¹; Alvarado F¹; Michelsen V¹. **Tutor:** Gutierrez M².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad Mayor. Santiago, Chile.
2. Jefe de Unidad de Neurología Hospital Clínico FACH

Introducción: El infarto bitalámico (Síndrome de Percherón) la principal etiología es la presencia de la arteria de percheron, caracterizada por presentar un origen en el primer segmento de la arteria cerebral posterior e irriga ambos tálamos. La incidencia de esta patología ronda los 0.4-0.6% del total de accidentes cerebrovasculares (ACV). El infarto bitalámico se presenta con la triada clásica de parálisis de la mirada (65%), coma (42%) y amnesia (58%). El diagnóstico es mediante Resonancia Nuclear Magnética (RNM).

Presentación del caso: Paciente de 91 años, sexo femenino, hipertensa, diabética insulino-requiriente, ERC etapa III, con antecedente de infarto de la arteria cerebral posterior izquierda (2017), consulta a hospital Barros Luco, hipertensa, normocárdica, con compromiso cuantitativo de conciencia, sin responder a estímulos verbales o táctiles. Al estímulo doloroso solo quejidos, sin lenguaje espontáneo, GSC 9, movilización de 4 EE. Se realiza TAC de cerebro, el cual informa infarto bitalámico. Es trasladada a H.FACH donde se hospitaliza con diagnóstico de infarto bitalámico de etiología no precisada y sepsis de foco urinario. Se mantiene con neuroprotección inespecífica, prevención secundaria con AAS y atorvastatina, ATB empírica y neurorehabilitación. Evoluciona de manera tórpida, fluctuando entre sopor medio y profundo, adquiere vigilia al estímulo táctil, logra conectar con examinador, apertura ocular mantenida. Hemiparesia de hemicuerpo derecho, Tono global disminuido, ROT disminuidos..

Palabras claves (keywords): Bitalamico. Percheron. ACV.

Correspondencia

Nombre: José Tomás Rojas Ramírez
Correo electrónico: jortan2736@gmail.com



PRESENTACIÓN ATÍPICA DE AMILOIDOSIS SISTÉMICA VS AMILOIDOSIS CERVICAL LOCALIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Valenzuela F¹; Cifuentes C¹; Cáceres M²; Antrio A¹. **Tutor:** González G³.

Afiliaciones:

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

Introducción: La amiloidosis es un amplio espectro de enfermedades caracterizadas por depósito extracelular de agregado proteico fibrilar que se depositan en los tejidos provocando daño celular y deterioro orgánico. La presentación más común es la amiloidosis primaria que corresponde a la producción excesiva de inmunoglobulinas de cadena ligera por células plasmáticas alteradas. Sin embargo, las lesiones focales secundarias a depósito amiloide en el sistema nervioso central son raras. A continuación se relata caso de mujer de 49 años quien presentó un síndrome medular secundario a masa amiloide en columna cervical.

Presentación del caso: Paciente femenina de 49 años con antecedentes de hipotiroidismo, tabaquismo activo (IPA 3), consulta por cuadro de cuadriparesia de predominio braquial de 1 año de evolución asociado a dolor cervical progresivo y parestesias en ambas extremidades superiores (EESS). Al examen: disminución de fuerza en EESS, disestesias e hiperreflexia. Imagenología muestra lesión ocupante de espacio (LOE) intrarraquídea extramedular, comprimiendo región medular anterior con predominio C6-C7, por lo que es hospitalizada en neurocirugía HRT para su resolución quirúrgica. Se realiza laminectomía descompresiva C6-C7 con toma de biopsia de la LOE, que informa consistencia dura, nacarada, muy adherida a saco dural. Los exámenes iniciales para estudio de amiloidosis resultaron negativos y la biopsia intraoperatoria de lesión extradural cervical, informado por anatomía patológica, describe un segmento de tejido con material hialino eosinófilo intenso con reacción granulomatosa con células gigantes de tipo cuerpo extraño e infiltrado linfoplasmocitario con zonas de fibrosis, hallazgos que resultan compatibles con amiloidosis limitada a un órgano..

Discusión y conclusión: La presentación y hallazgos intraoperatorios fueron sugerentes de amiloidosis limitada, estudios iniciales de amiloidosis resultaron negativos, igualmente se solicitó biopsia de médula ósea y biopsia de grasa abdominal para completar estudios, las cuales resultaron compatibles con amiloidosis sistémica, invalidando así el diagnóstico de trabajo inicial y redireccionando el caso hacia una probable presentación atípica de una amiloidosis sistémica.

Pese a una presentación no clásica de amiloidosis, es necesario completar el estudio de forma acabada, para llegar al diagnóstico de certeza y evitar diagnosticar una amiloidosis localizada, cuando en realidad se trata de una presentación atípica de una amiloidosis sistémica.

Palabras claves (keywords): Amiloidosis. Cuadriplejía. Neurocirugía.

Correspondencia

Nombre: Felipe Ignacio Valenzuela Molina
Correo electrónico: felipe.valenzuela11@gmail.com

NEURITIS ÓPTICA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ANEURISMA CEREBRAL GRANDE.

Autores: Cifuentes C¹; Valenzuela F¹; Cáceres M²; Seguel D¹; Pérez P¹. **Tutor:** Orellana F³.

Afiliaciones:

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

Introducción: Los aneurismas consisten en la dilatación de la pared de una arteria perteneciente al polígono de Willis, son motivo de consulta frecuente en servicio de urgencias causando importante morbimortalidad. Se presentan aproximadamente en 3.2% de la población, generalmente de forma asintomática como un hallazgo incidental y menos frecuentemente como una hemorragia subaracnoidea; con efectos isquémicos o con efecto de masa.

Presentación del caso: Paciente femenina de 43 años, sin antecedentes mórbidos, en estudio por oftalmología desde hace 4 meses por neuritis óptica (NO) del ojo izquierdo (pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo asociada a dolor a la oculomotilidad). Acude al servicio de urgencia por cuadro de cefalea intensa de 24 horas de evolución, que no cede a tratamiento analgésico ambulatorio, asociada a mareos que se exacerbaban con cambios de posición. Al examen físico: Glasgow 15, sin focalidad neurológica, sin signos meníngeos; RM cerebral que informa aneurisma supraclinoideo izquierdo y meningioma de convexidad frontal izquierda, por lo que es ingresada a neurocirugía HRT para su resolución quirúrgica..

Discusión y conclusión: El caso demuestra una presentación atípica de un aneurisma carótido-oftálmico izquierdo que causa efectos de masa debido a su gran tamaño. Lo más frecuente es encontrar déficits por compresión directa (III par completo, trastornos campimétricos o dolor facial con oftalmoplejia), sin embargo éste se presenta con pérdida de la agudeza visual casi total, asociado a dolor a la movilización del ojo afectado de larga data, evolucionando con cefalea con banderas rojas.

En contexto de urgencias, la cefalea es un motivo de consulta altamente frecuente, por lo que es esencial que el médico sepa reconocer los signos de alarma y los criterios de derivación urgentes. La aproximación con neuroimagen es fundamental para el manejo del paciente. Pese a que el porcentaje de pacientes con signos y síntomas sugerentes de una NO que realmente presentan una lesión intracraneal con efecto de masa como causa de la neuropatía es menor al 0.5%, esta posibilidad debe considerarse en todos los pacientes, y en especial, en aquellos con curso o forma atípica de NO.

Palabras claves (keywords): Aneurisma. Neuritis óptica. Neurocirugía.

Correspondencia

Nombre: Catalina Andrea Cifuentes Trujillo
Correo electrónico: catacifuentestrujillo@gmail.com

HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO RECIDIVADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Flores V¹; Valenzuela F¹; Seguel D¹; Cifuentes C¹; Cáceres M². **Tutor:** Orellana F³.

Afiliaciones:

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

Introducción: El hemangioblastoma es un tumor benigno e infrecuente del sistema nervioso central, su principal localización es infratentorial, donde el 76% se ubican en el cerebelo y constituye tan sólo entre un 1,5% a 2,5% de todos los tumores intracraneales, sin embargo, su presentación puede ser difícil de caracterizar, con síntomas neurológicos menores de larga data, seguidos de una exacerbación de los síntomas que los lleva a consultar, cuadro que puede ser bastante frecuente en la atención de urgencias. El caso descrito a continuación es aún más infrecuente, al tratarse de una recurrencia.

Presentación del caso: Paciente masculino de 76 años operado por hemangioblastoma cerebeloso hace 9 años. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de varias semanas de evolución de cefalea progresiva asociada a vómitos que evoluciona con cuadro de cefalea ictal asociado a trastornos esfinterianos. TC y RNM evidencian hidrocefalia aguda y sugieren recidiva tumoral en hemisferio cerebeloso derecho, por lo que se realiza derivación ventrículo peritoneal. Evoluciona favorablemente durante hospitalización clínica por lo que se difiere resolución quirúrgica manteniendo seguimiento del paciente. Posteriormente es llevado a pabellón para realizar resección tumoral donde se procede con disección cuidadosa de tumor bastante vascularizado de 5 por 5 cms, hasta resecar su totalidad sin incidentes y con buena evolución clínica posterior por lo que se egresa para su seguimiento.

Discusión y conclusión: La presentación del paciente al momento de consultar, asociado con la baja frecuencia de este tipo de recidivas, en cierta forma relegan el planteamiento de una recurrencia a un segundo plano, sobre todo después de 9 años de la ocurrencia del primario, sin embargo, es una opción que se debe tener siempre en consideración, se debe buscar de manera dirigida y se debe descartar apropiadamente. En el contexto de este paciente, al presentar un cuadro agudo de hidrocefalia, fue manejada quirúrgicamente en primera instancia la complicación, para luego, posterior a su estabilización, lograr la resolución quirúrgica adecuada del cuadro.

Palabras claves (keywords): Hemangioblastoma. Recurrencia. Neurocirugía.

Correspondencia

Nombre: Victoria Paz Flores Montenegro
Correo electrónico: victoria.flores@alu.ucm.cl

ARTRITIS SÉPTICA DE CODO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Vuskovic D¹; Villarroel V²; Contreras A¹. **Tutor:** Díaz C³.

Afiliaciones:

1. Interno Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
2. Interna Medicina, Universidad de Cordoba. Córdoba, Argentina.
3. Traumatólogo, Servicio de Traumatología, Instituto de Traumatología, Santiago, Chile.

Introducción: La artritis séptica (AS) corresponde a la reacción inflamatoria de una articulación desencadenada por microorganismos, provocando destrucción osteocondral y pérdida funcional irreversible. Esta tiende a ser mas frecuente en la rodilla, sin embargo, en pacientes con factores de riesgo como inmunosupresión, uso de drogas endovenosa o patología degenerativa, pueden verse en otras articulaciones como hombro o codo. Respecto a este ultimo, representa el 14% de las AS, presentándose en general en pacientes con algún factor de riesgo, el agente etiológico mas frecuente es el staphylococcus aureus; su manejo es con antibióticos y aseo quirúrgico, este ultimo puede ser abierto o por vía artroscopia estando actualmente en discusión cual es el mejor abordaje.

Presentación del caso: Paciente hombre de 26 años, consulta al servicio de urgencia por cuadro de aumento de volumen del codo izquierdo de 1 semana de evolución. Al examen físico destaca aumento de volumen en codo izquierdo, eritema, calor local y bloqueo articular. Ecografía de extrasistema muestra colección intraarticular. En laboratorio destaca PCR de 142. Se realiza aseo quirúrgico por abordaje Kaplan con salida de secreción purulenta y toma de cultivos, también se inicia manejo antibiótico con cefazolina y gentamicina. Pese a ello, cultivos fueron negativos a las 72 horas, por buena respuesta se completaron 7 días de antibióticos y alta con Cefadroxilo. Control al alta afebril, sin dolor y déficit a la extensión de 10°.

Discusión y conclusión: Las infecciones óseas y/o articulares son cuadros infrecuentes, sin embargo, un retraso o un inadecuado tratamiento puede resultar en destrucción articular irreversible, por lo que un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y efectivo son esenciales para evitar resultados graves, siendo de este modo necesario tener un alto nivel de sospecha, ya que los exámenes pueden dar falso negativo.

Palabras claves (keywords): Artritis. Artritis séptica. Codo.

Correspondencia

Nombre: Dinko Vuskovic Robles

Correo electrónico: Dinko.vuskovic@ug.uchile.cl



SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON SECUNDARIO AL USO DE CEFTRIAXONA, REPORTE DE CASO.

Autores: Sandoval C¹; Romero T¹; Barrios P¹; Romero K¹; Lorenzi I¹. **Tutor:** Agouborde J².

Afiliaciones:

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

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una dermatosis reactiva consistente en un eritema multiforme con presencia de vesículas y/o ampollas en mucosas que compromete menos del 10% de la superficie corporal. Es una forma menos grave de la necrolisis epidérmica tóxica (NET), provocada por una reacción de hipersensibilidad grave, típicamente secundaria a medicamentos. Se describe una incidencia anual de 1,2 a 6 casos por millón de habitantes. Se describe el caso de un hombre que presentó este cuadro secundario al uso de ceftriaxona.

Presentación del caso: Hombre de 82 años, con antecedente de accidente cerebrovascular con hemiparesia derecha, autovalente. Recientemente diagnosticado con celulitis de antebrazo izquierdo en tratamiento con ceftriaxona, en su quinto día de tratamiento. Consulta en servicio de urgencias hemodinámicamente estable, sin apremio ventilatorio, evidenciándose lesiones solevantadas ampollosas eritematosas confluentes en diana con descamación que comprometen antebrazo izquierdo, mano derecha e izquierda, hemicara izquierda con compromiso de mucosa oral. Se decide suspender tratamiento antibiótico y hospitalización para manejo de soporte, sin embargo, paciente decide alta voluntaria sin recibir tratamiento. .

Discusión y conclusión: A pesar de ser un fármaco ampliamente utilizado en el mundo, existen en la literatura sólo dos reportes de SSJ/NET secundarios al uso de ceftriaxona. Para realizar el diagnóstico de SSJ se necesita una historia clínica clara, tiempo de evolución de síntomas y tiempo de exposición al fármaco, los cuales en este caso pudieron establecerse claramente. Respecto al tratamiento de la patología, se basa en las medidas de soporte, sin llegar aún a consenso sobre medidas específicas de manejo. Ante el masivo uso de este fármaco, debe tenerse en cuenta esta patología como posible efecto adverso.

Palabras claves (keywords): Síndrome de Stevens-Johnson. Ceftriaxona. Hipersensibilidad a las drogas.

Correspondencia

Nombre: Cristian Sandoval Arriagada

Correo electrónico: cristiansandovalarriagada@gmail.com



REPORTE DE UN CASO: RINORREA UNILATERAL POR FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO.

Autores: Curihual R¹; Casanova B¹; Vásquez C¹; Vergara V¹; Martínez A¹. **Tutor:** Nicolas A².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Médico Especialista en Otorrinolaringología, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

Introducción: La rinorrea unilateral en paciente pediátrico orienta a descartar cuerpo extraño en fosa nasal, cuando este cuadro se presenta en adultos se deben sospechar otras patologías de menor prevalencia. Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) son una comunicación patológica entre el espacio subaracnoideo y la cavidad nasosinusal. Cerca del 80% de estas fístulas se producen por traumas. Las fístulas de LCR espontáneas idiopáticas constituyen, según estudios, entre un 3-8,6% del total y suelen aparecer con mayor frecuencia en mujeres obesas de edad media. Clínicamente cursan con rinorrea unilateral e intermitente como síntoma más típico. Este es el caso clínico de una mujer de 49 años que se presentó con un cuadro de rinorrea debido a una fístula de LCR en la lámina cribiforme del etmoides.

Presentación del caso: Se presenta el caso de paciente de sexo femenino de 49 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, con historia clínica caracterizada por rinorrea unilateral de sabor dulce, asociada a cefalea intermitente, sin episodios de trauma ni alergias. En examen físico se evidencia rinorrea clara por fosa nasal izquierda que se presenta de forma intermitente y que aumenta con maniobras de Valsalva. Se hospitaliza para observación y estudio con tomografía computarizada de base del cráneo donde se evidenció una dehiscencia a nivel de la lámina cribiforme izquierda del etmoides..

Discusión y conclusión: El presente reporte de caso detalla la presentación de una fístula de LCR manifestado como rinorrea unilateral intermitente. Este caso demuestra la importancia de considerar la presencia de una fístula de LCR frente a un paciente con un cuadro de rinorrea unilateral, principalmente en el contexto de un paciente adulto.

Palabras claves (keywords): Rinorrea. Fístula de líquido cefalorraquídeo. Lámina cribiforme.

Correspondencia

Nombre: Rayen Curihual Cayupi
Correo electrónico: rayen.curihual.c@gmail.com



REPORTE DE CASO: PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN.

Autores: Villarroel V¹; Vuskovic D¹; Contreras A¹. **Tutor:** Nieto A³.

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina, Universidad de Córdoba. Córdoba, Argentina.
2. Interno de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
3. Residente neurología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) en persona joven, se define como el ACV que ocurre en personas de entre 18 a 44 años. Actualmente su prevalencia ha ido en aumento y su etiología es principalmente de causa indeterminada y de origen cardioembólico. Habitualmente se asocia a vasculopatía (como disección carotídea), trombofilias, alteraciones cardiovasculares adquiridas o congénitas, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo. Pese a que esta patología afecte a un grupo etario joven, su pronóstico es igual o peor al ACV tradicional que ocurre en persona mayor.

Presentación del caso: Paciente mujer de 27 años, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y migraña con aura episódica, usuaria de Duloxetina, Eszopiclona, Amitriptilina, Anfebutamona, Olanzapina, Eletriptan y anticonceptivos orales combinados (ACO), es traída al Hospital San Juan de Dios por episodio súbito de compromiso cualitativo de conciencia, sin pródromo y confusión postictal, el que ocurrió al salir de su trabajo. Al ingreso se encuentra en buenas condiciones generales, con Glasgow 15 y NIHSS de 0 puntos. La Resonancia nuclear magnética confirma ACV isquémico lacunar izquierdo. En el estudio etiológico destaca foramen oval permeable (FOP) de 10 mm de largo y 1.8 mm de apertura y trombofilia por mutación del gen MTHFR. Por este motivo se inicia anticoagulación y prevención secundaria de ACV. La paciente fue dada de alta sin secuelas, actualmente realizando sus actividades cotidianas, con pendiente la resolución del FOP..

Discusión y conclusión: El ACV en persona joven es un cuadro de pronóstico ominoso, que con frecuencia puede dejar secuelas importantes, asociando grandes costos para el sistema de salud. Entre sus principales causas destacan cardiopatías hereditarias y trombofilias. Dicho lo anterior, se debe tener un alto índice de sospecha en adultos jóvenes quienes cursen con clínica sugerente de ACV, para realizar un diagnóstico precoz y así lograr manejarlo a la brevedad, permitiendo una mejor rehabilitación en los pacientes y disminuyendo las secuelas.

Palabras claves (keywords): Accidente cerebrovascular. Foramen Oval Permeable. Trombofilia.

Correspondencia

Nombre: Valeria Villarroel Carvajal
Correo electrónico: valevillarroelc13@gmail.com

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PACIENTE JOVEN: AMPLIANDO EL ESTUDIO.

Autores: L'Huillier N¹; San Martín C¹; Araya J¹. **Tutor:** Silva A².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile
2. Neurólogo. Servicio de Neurología. Hospital Dr. Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares (ACV) en pacientes menores de 45 años son infrecuentes, pero de ocurrir, pueden tener un severo impacto en la calidad de vida. Entregar un tratamiento oportuno y detectar el origen etiológico es primordial para evitar secuelas y recurrencias.

Presentación del caso: Paciente masculino de 32 años con antecedente de tratamiento anticoagulante debido a trombosis venosa profunda (TVP) no provocada en ambas extremidades inferiores, suspendiendo tratamiento 4 días previo al ingreso. Sin historia familiar relevante ni hábitos de riesgo. Consulta por cuadro de 1.5 horas de evolución de instalación súbita de hemiparesia izquierda. Ingresa hemodinámicamente estable, al examen neurológico destaca hemiparesia y hemihipoestesia izquierda; extinción sensitiva, hemianopsia, paresia facial izquierda y disartria, constatando NIHSS de 15. Tomografía axial computada (TAC) de cerebro sin contraste informa lesiones isquémicas en sector arteria cerebral media (ACM) derecha, ASPECTS 9. AngioTAC muestra oclusión en M1. Se inicia trombolisis en protocolo NINDS y se coordina para trombectomía. Sin embargo, al realizar angiografía, se evidencia recanalización arterial, por lo que se difiere. Dado antecedentes, se realiza estudio etiológico de embolia paradójica con ecocardiograma que no evidencia un foramen oval permeable, junto con prueba de burbuja negativo para shunt. TAC de tórax, abdomen y pelvis descarta la presencia de neoplasia. Reinicia anticoagulación, evolucionando favorablemente. Se plantea estudio de trombofilias en ambulatorio. .

Discusión y conclusión: La incidencia de un primer evento isquémico en jóvenes es 8.63-19.12 por 100.000 habitantes¹. Las etiologías más frecuentes son ateromatosis, enfermedad de vaso pequeño y fuente cardioembólica. En pacientes jóvenes, además de las mencionadas previamente, es importante descartar causas infrecuentes como vasoconstricción cerebral reversible, enfermedad de moya moya, fármacos, drogas, etc.² Su estudio incluye pruebas de laboratorio e imágenes con TAC cerebro sin contraste y AngioTAC. Ante un paciente joven con antecedente de TVP recurrente que sufre un evento isquémico, se debe sospechar la presencia de un foramen oval permeable a través de un ecocardiograma transesofágico y descartar etiología neoplásica, autoinmune y hematológica. Es de gran relevancia determinar la etiología del evento isquémico en estos pacientes, dado la necesidad de un tratamiento oportuno y prevención de recurrencia.

Palabras claves (keywords): Infarto cerebral. Embolia y Trombosis Intracraneal. Adulto joven.

Correspondencia

Nombre: Nicole L'Huillier Marinovic
Correo electrónico: nlhuillier@uc.cl

ANEURISMA ESPINAL AISLADO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE A TENER EN CUENTA.

Autores: Condeña M¹; Soto C¹; Farias J¹; Vega J¹; Vidal D¹. **Tutor:** Bruhn A².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Intensivista, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Dentro de las causas de hemorragia subaracnoidea (HSA) el aneurisma espinal (AE) corresponde a menos del 1% del total, siendo la mayoría dependiente de la arteria espinal anterior, generalmente asociadas a malformaciones arteriovenosas, ubicadas con mayor frecuencia en la región cervical.

Presentación del caso: Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibromialgia y usuaria crónica de clonazepam, consulta en urgencia por lumbalgia aguda, siendo dada de alta con tratamiento analgésico. Días después se agrega cefalea y compromiso cualitativo de conciencia por lo que reconsulta. Se realiza un Escáner de cerebro sin contraste que evidencia escasa Hemorragia Subaracnoidea (HSA) silviana posterior bilateral, posteriormente se realiza un AngioTAC de cerebro que descarta aneurisma sacular intradural. Dado antecedente de reciente lumbalgia aguda se decide ampliar estudio y realizar una Resonancia nuclear magnética (RNM) de columna total que evidencia HSA espinal, un coágulo toraco-lumbar y una imagen de 5 mm sugerente de un AE a nivel T12 izquierdo. Finalmente se confirma el diagnóstico con una Angiografía espinal que muestra una aneurisma de arteria espinal posterior izquierda de 2x3 mm a nivel de T12, pero sin necesidad de exclusión quirúrgica por lo que se maneja de forma conservadora evolucionando con disminución de la HSA y sin nuevo episodio de sangrado. Posteriormente la paciente cursa por múltiples interurrencias, requiriendo 1 mes de hospitalización, pero evoluciona con mejoría clínica y del estado mental. Es dada de alta sin secuelas neurológicas y con control ambulatorio..

Discusión y conclusión: La HSA aneurismática es un cuadro clínico frecuente y de alta mortalidad, pero el AE es una causa extremadamente rara, una revisión sistemática encontró solo 112 casos reportados en un lapso de 71 años (1941-2012), en su mayoría con una presentación clínica hemorrágica donde la HSA representa el 77,9%, intramedular (14.7%), submedular 4%, pocas veces con lumbalgia y se sospecha que la mayoría de las AE son asintomáticas. Las líneas de tratamiento dependen de si la AE es excluible o no del sistema vascular. La terapia de exclusión es endovascular o quirúrgica, teniendo está última mejores outcomes radiológicos.

Palabras claves (keywords): Espinal. Hemorragia. Aneurisma.

Correspondencia

Nombre: Mitchell Condeña Cerrón
Correo electrónico: macondena@uc.cl



LITIASIS DE VÍA URINARIA, UN CASO DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE.

Autores: Araya J.T¹; Sanhueza D¹; Chianale F¹. **Tutor:** Brusoni S^{2,3}.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
3. Residente de Urología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La urolitiasis es una patología de alta prevalencia poblacional, frecuentemente asintomática y en caso de manifestarse clínicamente la mayoría de las veces es de manejo médico. Infrecuentemente se presenta con oligoanuria por bloqueo total de la vía urinaria o con sepsis originada en la vía urinaria obstruida, lo que amerita resolución quirúrgica urgente. A continuación se presenta el caso clínico de un paciente que se manifiesta con ambas complicaciones mencionadas.

Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, con antecedente de nefrocalcinosis y urolitiasis con instalación de catéter doble J bilateral hace 7 meses. Consultó en el servicio de urgencias por cuadro de 24 horas de dolor lumbar bilateral, oligoanuria y compromiso del estado general. Ingresó estable, afebril, con sensibilidad a la palpación en hipogastrio y fosas lumbares. Se efectuó cateterismo vesical, sin dar salida de orina. En estudio de laboratorio destacó falla renal severa y alza importante de parámetros inflamatorios. El estudio con tomografía computada reveló migración de catéteres JJ a lumen vesical y urolitiasis bilateral que determina acentuada hidroureteronefrosis bilateral con adelgazamiento cortical. Se indicó antibioterapia empírica e ingresó a pabellón para resolución mediante Ureterorenoscopia Flexible. Se retiraron los catéteres descendidos y se instalaron nuevos catéteres doble J, evidenciando salida de pus desde uréter derecho y orina piúrica desde el izquierdo. Posteriormente evolucionó con mejoría de la función renal y poliuria post-obstruiva, sin embargo sin mejoría desde el punto de vista infeccioso pese a tratamiento antibiótico. Finalmente se requirió una nefrectomía total derecha para manejo del foco infeccioso, con resolución definitiva diferida de la ureterolitiasis izquierda.

Discusión y conclusión: Este caso reúne dos complicaciones de la urolitiasis críticas de reconocer, sobre todo en un paciente con el antecedente previo. Esto dado que de no resolverse la obstrucción de la vía urinaria se progresará a falla renal aguda post-renal y pionefrosis, con las consecuencias deletéreas que estas pueden tener a corto y largo plazo. La desobstrucción espontánea oportuna es altamente improbable, sobre todo con cálculos ureterales medianos y grandes, por lo que el drenaje quirúrgico urgente es esencial para su manejo.

Palabras claves (keywords): Ureterolitiasis. Lesión renal aguda. Anuria. Pionefrosis. Sepsis. Ureteroscopia. Nefrocalcinosis.

Correspondencia

Nombre: José Tomás Araya
Correo electrónico: jtaraya1@uc.cl



DIAGNÓSTICO DE LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO Y SÍNDROME NEFRÍTICO EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE ADDISON EN PACIENTE PEDIÁTRICO MASCULINO: REPORTE DE CASO.

Autores: Valenzuela V¹; Escobar B.²; Forteza R¹; Mercado P¹; Martínez C.². **Tutor:** Ramirez M³.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián Sede Concepción, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad San Sebastián Sede Concepción. Concepción, Chile.
3. Pediatra intensivista, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles, Chile.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune que afecta al tejido conectivo de múltiples órganos. Tiene base genética y patogenia autoinmune, poco frecuente en población pediátrica, y aún menos frecuente en niños varones, con una incidencia anual de 0,6 casos por 100.000 niños. Las alteraciones neuropsiquiátricas se deben al daño del sistema nervioso central. Dentro de ellas, la psicosis lúpica es poco común, con una prevalencia de 2-11%.

Presentación del caso: Paciente masculino de 14 años, con antecedentes de enfermedad de Addison en tratamiento, consulta el 25/08/21 en servicio de urgencias por astenia marcada. Los exámenes destacan anemia, hematuria glomerular (80% dismórficos) y proteinuria (500 mg/dL en muestra aislada). Es hospitalizado para manejo y estudio. Durante la hospitalización destaca: eritema malar, compromiso renal, anemia hemolítica, linfopenia, Anti-DNA y ANA positivos. Se diagnostica LES. Posteriormente, evoluciona con compromiso neuropsiquiátrico, bradipsiquia y desorientación temporo-espacial. El 01/09 ingresa a unidad de cuidados intensivos pediátricos para sedación, toma de RNM cerebral y biopsia renal, los cuales confirman encefalopatía y nefropatía lúpica, respectivamente. El 03/09 el padre firma el consentimiento informado para presentación de caso..

Discusión y conclusión: La enfermedad de Addison puede relacionarse a otras enfermedades autoinmunes, pero su asociación con LES raramente ha sido descrita. En este paciente no se puede confirmar relación causal entre ambas patologías, pero ambas coexisten. El LES es una enfermedad que afecta 9 veces más a mujeres que a hombres, y solamente en 8% de los casos se presenta en <15 años. El LES neuropsiquiátrico (LESNP) en el 50-60% de los casos, se produce después del primer año luego del diagnóstico de LES, manifestándose como cefalea, psicosis, disfunción cognitiva y enfermedad cerebrovascular. Nuestro paciente es un varón de 14 años, cuyo LESNP forma parte del debut (estado confusional agudo y psicosis) el cual fue confirmado con RNM. El tratamiento consiste en inmunosupresores más altas dosis de prednisona, el cual concuerda con el indicado al paciente. En conclusión, el LES es una enfermedad crónica grave en niños, cuya asociación con la enfermedad de Addison y manifestaciones neuropsiquiátricas es poco común.

Palabras claves (keywords): Lupus eritematoso sistémico. Encefalopatías. Enfermedad de Addison.

Correspondencia

Nombre: Valentina Ximena Valenzuela Silva
Correo electrónico: valen.valenzuelas@gmail.com

LOXOSCELISMO CUTÁNEO PREDOMINANTEMENTE EDEMATOSO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Feddersen A¹; Cifuentes C¹. **Tutor:** Concha M².

Afiliaciones:

1. Internos de Medicina. Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
2. Médico especialista en Medicina Intensiva Pediátrica. Clínica Indisa. Santiago, Chile.

Introducción: El loxoscelismo es un cuadro de alta incidencia en Sudamérica, especialmente en Argentina, Brasil, Chile y Perú. En Chile es considerado como un problema de salud pública, donde se registran 450 casos al año. El cuadro clínico se puede presentar de dos formas clínicas diferentes: loxoscelismo cutáneo y su variante edematosa, y loxoscelismo sistémico. Independientemente de la presentación, el tratamiento es de soporte, enfocado en la prevención de los efectos sistémicos, los que pueden aumentar la letalidad. Se presenta el caso de una escolar de 6 años con LOXOSCELISMO CUTÁNEO PREDOMINANTEMENTE EDEMATOSO, secundario a una mordedura por un arácnido perteneciente a la especie *Loxosceles* en la región cervical, como presentación inicial de loxoscelismo cutáneo-visceral.

Presentación del caso: Escolar de 6 años es llevada al servicio de urgencias por presentar: edema con halo eritematoso en región cervical izquierda, odinofagia y lesiones urticariformes generalizadas. Inicialmente recibió tratamiento con corticoides endovenosos, antihistamínicos, adrenalina, antibióticos y antiinflamatorios. El paciente presenta agravamiento del cuadro clínico, por lo que es derivada a centro con unidad de paciente crítico, donde en una tomografía axial computarizada cervical sin contraste se evidencia estenosis de la vía aérea a nivel del hioides por lo se le debe practicar intubación. Dentro de los exámenes de laboratorio de ingreso destaca la ausencia de hemoglobinuria. El paciente evoluciona de manera favorable con buena respuesta a la terapia de soporte, siendo dada de alta al decimoquinto día de hospitalización..

Discusión y conclusión: El LOXOSCELISMO CUTÁNEO PREDOMINANTEMENTE EDEMATOSO se presenta en un 4% de los casos de loxoscelismo y no suele tener lesión necrótica. No se encontraron casos en la literatura en los que se mencionen una evolución a loxoscelismo cutáneo-visceral. No existe ninguna prueba diagnóstica específica, ni consenso en el manejo de las diversas presentaciones de loxoscelismo, lo que dificulta el actuar de manera homogénea en el tratamiento.

Palabras claves (keywords): Preescolar. *Loxosceles*. Loxoscelismo. Loxoscelismo cutáneo predominantemente edematoso. Loxoscelismo cutáneo-visceral.

Correspondencia

Nombre: Alexandra Gisela Feddersen Prizant
Correo electrónico: ale.fedd@gmail.com

ENCEFALITIS AUTOINMUNE: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Ollier C¹; Méndez J¹; Favre L¹; Vergara V¹; Paredes N¹. **Tutor:** Herrera B².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina. Universidad Mayor. Temuco, Chile.
2. Médica Especialista en Pediatría. Hospital San José de Victoria. Victoria, Chile.

Introducción: La encefalitis corresponde a un trastorno inflamatorio del cerebro cuya clínica se caracteriza por presentar un estado mental alterado, convulsiones o déficits neurológicos focales. El siguiente resumen expone el caso de una paciente de 6 años.

Presentación del caso: Paciente femenino ingresa a Hospital de Victoria por cuadro de 3 semanas caracterizado por inestabilidad de la marcha con resultado de caída y fractura supracondílea derecha que se maneja de forma ortopédica. A esto se suma disimetría, rigidez mayor de extremidades, episodios de mutismo, alteraciones del humor, llanto inconsolable y alucinaciones visuales. Es derivada a hospital de referencia para evaluación por neurólogo infantil quién por clínica descrita diagnostica Encefalitis Autoinmune (EAI). Se solicita estudio imagenológico con resonancia magnética de cerebro y columna, y punción lumbar que resulta positiva para anticuerpos anti-NMDA. Se hospitaliza en Unidad de Paciente Crítico para tratamiento..

Discusión y conclusión: EAI constituye una causa importante y frecuente de encefalopatía en edad pediátrica, siendo la por anticuerpos anti-NMDA, más común que las de origen viral. Ante un niño o niña que consulta por cambios en su patrón de comportamiento y vigilia, convulsiones y/o alteraciones psico-motoras como las de este caso, el médico general debe considerar la EAI como diagnóstico presuntivo para su posterior estudio específico y tratamiento en un centro de complejidad acorde.

Palabras claves (keywords): Encefalitis. Autoinmune. Antirreceptor N-Metil-D-Aspartato.

Correspondencia

Nombre: Christian Ollier Sanhueza

Correo electrónico: christian.ollier@mayor.cl



REPORTE DE CASO: MELAS COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: DESENMASCARANDO LAS ENFERMEDADES MITOCONDRIALES.

Autores: Micolich V¹; Melo J¹; Ogalde J²; Veloso S²; Espejo F². **Tutor:** Espejo V³.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.
3. Médico pediatra. Hospital Naval Almirante Adriaola de Talcahuano. Concepción, Chile.

Introducción: El síndrome de MELAS (“mitochondrial encephalomyopathy with lactic acidosis and stroke-like episodes”) es una enfermedad mitocondrial generada por mutaciones del genoma mitocondrial materno, siendo la más común en la posición A3243G (80-85%). Esta mutación causa una alteración en la disponibilidad de adenosín trifosfato, gatillando un desbalance entre requerimiento y disponibilidad que expresa un pseudoinfarto que afecta principalmente a los tejidos con altos requerimientos energéticos como el sistema nervioso central y el tejido muscular, explicando la florida clínica.

Presentación del caso: Paciente femenina de 8 años consulta en urgencias por cuadro de vómitos y cefalea de horas de evolución asociado a signos clínicos de deshidratación, motivo por el cual es hospitalizada recibiendo hidratación parenteral. Al día siguiente manifiesta diplopía y compromiso de campo visual derecha. Es evaluada por oftalmología que solicita resonancia nuclear magnética de cerebro, evidenciando una lesión hiperdensa cortico-subcortical occipital izquierda de aspecto isquémica aguda que es manejada por neurocirugía con Nimodipino con buena respuesta. En los exámenes destaca ácido láctico de 61,9 mg/dL, con evaluación cardiológica y resto del estudio en parámetros normales. Se da de alta con control ambulatorio con neurología, que solicita estudio genético de MELAS que confirma el diagnóstico, iniciando tratamiento con L-Carnitina, Coenzima Q10 y L-Arginina. Posteriormente, la paciente vuelve a hospitalizarse en 2 oportunidades por cuadros similares, con mayor compromiso neurológico como consecuencia..

Discusión y conclusión: El infarto cerebral en niños es infrecuente pero relevante por la elevada morbilidad y secuelas en el control motor, discapacidad intelectual y epilepsia. Como causa infrecuente pero importante a considerar en pediatría destaca el síndrome de MELAS, raro desorden multisistémico cuyo determinante etiológico es el genoma mitocondrial que suele ser desconocido, dificultando su pesquisa y diagnóstico precoz. Al estudiar este caso se encuentra ácido láctico elevado lo que obliga a sospechar el diagnóstico, confirmándose posteriormente por pruebas genéticas. El caso clínico es característico: edad de presentación, debut florido y agudo, posterior repetición de los cuadros y consecuente deterioro neurológico. Ante un paciente pediátrico con estas características clínicas se debe sospechar MELAS, educando oportunamente sobre la enfermedad a la familia y dando el consejo genético pertinente.

Correspondencia

Nombre: Vicente Tomás Micolich Espejo
Correo electrónico: vmicolich2016@udec.cl

REPORTE DE CASO: MIELOFIBROSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE DE 17 AÑOS.

Autores: Sielfeld C¹; Zecchetto S¹; Ganchozo N¹; Ramirez A¹; Leupin J¹. **Tutor:** Hernandez A².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
2. Médico especialista en Hematología. Hospital Regional de Rancagua. Rancagua, Chile.

Introducción: La mielofibrosis es parte de los síndromes mieloproliferativos, con una incidencia de 0,5-1 caso cada 100 mil habitantes, siendo el promedio de presentación en pacientes de 65 años. Se define como un proceso clonal mieloide, con fibrosis de medula ósea, metaplasia mieloide y hematopoyesis extramedular.

Presentación del caso: Paciente masculino de 17 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de dolor abdominal, aportando ecografía abdominal sugerente de trombosis de vena cava. Exámenes de laboratorio al ingreso encuentran trombocitosis y poliglobulia. Se solicita TAC de abdomen y pelvis que evidencia trombosis de vena mesentérica superior y de la vena porta. Se descarta daño hepático crónico. Es derivado a hematología para estudio y manejo. Se solicita JAK-2, el cual resulta positivo. Se realiza biopsia de medula ósea, diagnosticando mielofibrosis primaria. Es manejado con terapia anticoagulante oral e hidroxiurea. Por recurrencia de dolor abdominal, se solicita ecografía abdominal que impresiona daño hepático crónico, signos de cavernomatosis portal, esplenomegalia que podría estar en contexto de patología hematológica. Se realiza cariotipo encontrando cariotipo diploide normal. Es presentado a comité de trasplante de medula ósea, quienes solicitan nueva biopsia de medula ósea con toma de mielograma, con citogenética y LDH. Se realiza segunda biopsia, confirmando diagnóstico de mielofibrosis primaria en etapa esclerótica, sin exceso de blastos. Actualmente sin criterios de trasplante, en seguimiento ambulatorio..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso relata la presentación atípica de una mielofibrosis primaria, en un paciente adolescente de 17 años. Este reporte debe incentivar el considerar esta enfermedad dentro de los diagnósticos diferenciales de un cuadro de dolor abdominal en este rango etario.

Palabras claves (keywords): Mielofibrosis primaria. Adolescente. Dolor abdominal.

Correspondencia

Nombre: Christian Mathias Sielfeld Alarcón
Correo electrónico: mathias.sielfeld.a@gmail.com



SÍNDROME DE KAGAMI-OGATA DE PRONÓSTICO FAVORABLE, UN CAMINO AL DESTETE DE ALTAS DEPENDENCIAS TECNOLÓGICAS.

Autores: Carrasco P¹; Cox V². **Tutor:** Zenteno D³; Torres G⁴; Vega M⁵.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
2. Interna de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
3. Pediatra Broncopulmonar, Profesor Asociado. Departamento de Pediatría, Universidad de Concepción. Servicio de Pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.
4. Kinesiólogo. Servicio de Pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.
5. Pediatra Genetista. Servicio de Pediatría, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

Introducción: El Síndrome de Kagami-Ogata (SKO) es una enfermedad genética que afecta al cromosoma 14; dentro de sus manifestaciones destacan: tórax pequeño, costillas en forma de gancho y distrés respiratorio. Su pronóstico, frecuentemente es reservado; por lo general requieren soporte ventilatorio precoz y prolongado. A continuación, se presenta el caso de una paciente de difícil enfrentamiento, con altas dependencias tecnológicas respiratorias de las cuales logró destetarse progresivamente.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, con diagnóstico antenatal de displasia esquelética, nació de 26 semanas y presentó distrés respiratorio que requirió ventilación mecánica (VM) precoz. TAC de tórax mostró disminución del volumen pulmonar, tórax pequeño, atelectasias en ambas bases pulmonares y relajación diafragmática en zona posterior. Radiografía de tórax mostró costillas en forma de gancho. En base a clínica, hallazgos radiológicos y consulta a grupo europeo skeldys group, equipo genetista englobó cuadro dentro del SKO. Se continuó VM vía traqueostomía y se realizó una toracoplastia bilateral; se dio de alta, con este soporte ventilatorio, requiriendo cada vez menos tiempo de uso. Frente a presencia de estenosis subglótica grado III, se realizó reconstrucción laringotraqueal, para posteriormente continuar con ventilador no invasivo mediante interfase nasal. Luego de evolución posterior favorable del punto de vista: clínico, gasométrico y polisomnográfico, su equipo tratante decidió suspender asistencia ventilatoria no invasiva. La menor se encuentra en muy buenas condiciones, en su hogar, sin reingresos y en control con especialistas..

Discusión y conclusión: La insuficiencia respiratoria es la principal causa de morbimortalidad del SKO. El soporte ventilatorio precoz y prolongado, en el escenario intrahospitalario y domiciliario, en conjunto con el enfrentamiento multidisciplinario, permitió los resultados favorables descritos en nuestra paciente, que actualmente se encuentra sin dependencias tecnológicas.

Palabras claves (keywords): Displasia Esquelética. Síndrome de Kagami-Ogata. Ventilación No Invasiva.

Correspondencia

Nombre: Pamela Carrasco Rippley
Correo electrónico: pcarrasco2017@udec.cl



FIBROSIS QUÍSTICA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTE PEDIÁTRICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Mendez J¹; Ollier C¹; Alvial S¹; Alarcon V¹; Román M¹. **Tutor:** Obando G².

Afiliaciones:

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

Introducción: La Fibrosis Quística corresponde a una enfermedad genética sistémica que conduce a trastornos pulmonares y digestivos, siendo el intestino un sitio de inflamación crónica y alteraciones de la microbiota.

Presentación del caso: Paciente masculino de 10 años sin antecedentes mórbidos, acude a servicio de urgencias del Hospital de Victoria derivado desde Centro Médico de Lonquimay por cuadro de anemia y constipación recurrente. Al llegar, paciente refiere deposiciones acuosas de 4 días de evolución asociadas a dolor en hipogastrio y palidez. Exámenes de laboratorio tomados previamente arrojan resultados compatibles con anemia microcítica hipocrómica, hipoalbuminemia, hiponatremia e hipocloremia quedando en hospitalización bajo sospecha de fibrosis quística con manifestaciones gastrointestinales. Se realiza tomografía axial computarizada con contraste que informa signos de enfermedad inflamatoria intestinal por lo que se considera Enfermedad de Crohn como diagnóstico. 7 días posteriores a la hospitalización se realiza gastroscopía y colonoscopia en Hospital de Temuco arrojando también signos concluyentes de enfermedad inflamatoria compatibles con Enfermedad de Crohn..

Discusión y conclusión: Desde el punto de vista clínico, la enfermedad de Crohn consiste en dolor abdominal, diarrea y hematoquecia. Si consideramos que, en pediatría, las manifestaciones gastrointestinales en fibrosis quística son las segundas en cuanto a prevalencia (constipación, dolor abdominal, reflujo gastroesofágico etc.) en el contexto de este paciente nos vemos enfrentados a un desafío clínico que nos obliga a descartar uno de los dos diagnósticos entre el arsenal de diferenciales más comunes, ya sea con ayuda imagenológica o estudios específicos, esto con el objetivo de lograr un manejo correcto y derivación oportuna.

Palabras claves (keywords): Fibrosis Quística. Enfermedad de Crohn. Pediatría.

Correspondencia

Nombre: Joaquim Méndez Burgos

Correo electrónico: joaquim.mendez@mayor.cl



DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE MASA CERVICAL ANTERIOR EN EDAD ESCOLAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: López C¹; López A¹; Clavero M¹. **Tutor:** Herrera A².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico Pediatra, Broncopulmonar, Clínica Santa María, presidenta SOCHINEP. Santiago, Chile.

Introducción: Entre las etiologías de masas cervicales, se encuentran tres grandes categorías: inflamatorio, tumoral o congénito. Dos pilares que son fundamentales en la evaluación de una masa cervical, son: anamnesis (edad de aparición, evolución, síntomas asociados) y el examen físico (ubicación y características). Siendo uno de los principales objetivos descartar neoplasia, dado que toda masa cervical que persiste por más de 4 semanas es de origen maligno hasta demostrar lo contrario. El objetivo de este caso clínico es dilucidar las diferentes etiologías de una masa cervical anterior en población pediátrica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 6 años acude a control sano en policlínico por masa cervical palpable asintomática reconocida por madre hace 1 semana. No refiere fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, decaimiento, disfagia, disfonía, infecciones recientes, exposición a radiación, trauma ni contacto con gato. Vacunas del plan nacional de inmunizaciones (PNI) completas. Al examen físico destaca, masa cervical anterior en línea media, única a la altura de la tiroides, gomosa, simétrica, bordes regulares, no adherida a planos profundos, móvil a la deglución, de 2x2 cm, indolora. Sin signos inflamatorios, pulsatilidad, alteraciones tróficas u otras adenopatías..

Discusión y conclusión: En este caso, acorde a la edad, en menores de 15 años, las principales causas en orden de frecuencia son: inflamatoria, congénita, tumoral (maligno > benigno). Según ubicación, en el caso de las anteriores, sus diagnósticos diferenciales son: adenopatías, glándulas submandibulares o sublingual o quistes del 2 arco branquial. Se requiere estudio con laboratorio, imágenes y según el caso, estudio invasivo o diagnóstico con punción aspirativa con aguja fina (PAAF) para determinar su etiología. Es por esto, que no se puede determinar la naturaleza de este quiste en la consulta, siendo necesario la derivación a cirugía u otorrinolaringología infantil para completar el estudio. Recalcando la importancia de la derivación precoz para tener un diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la etiología encontrada.

Palabras claves (keywords): Anamnesis. Diagnóstico. Neoplasia cervical.

Correspondencia

Nombre: Cecilia Isidora López Aldunate
Correo electrónico: cilopez1@miuandes.cl

TRICOBEOZAR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Ogalde J¹; Melo J²; Micolich V²; Veloso S¹; Espejo F¹. **Tutor:** Espejo V³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.
2. Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
3. Médico pediatra. Hospital Naval Almirante Adriaola de Talcahuano. Concepción, Chile.

Introducción: El tricobezoar es una causa rara de masa abdominal que ocurre principalmente en pacientes femeninas y jóvenes. Corresponde a una masa compuesta por cabello humano que resulta no digerible y se sitúa en el tracto gastrointestinal, principalmente en el estómago. De inicio oligosintomático, suele evolucionar con dolor abdominal, náuseas y vómitos, y en casos más graves a obstrucción intestinal y perforación gástrica. Pese a ser un hallazgo infrecuente, manifiesta la presencia de un cuadro psiquiátrico de difícil diagnóstico: tricotilomanía. Dada la potencial gravedad del tricobezoar, resulta importante su sospecha precoz y manejo multidisciplinario.

Presentación del caso: Paciente femenina de 13 años consultó por dolor abdominal epigástrico opresivo, asociado a vómitos y baja de peso de 3 kilogramos de 2 meses de evolución. Había consultado 2 meses antes por lesiones alopécicas en el cuero cabelludo. Al examen físico, presenta masa abdominal palpable en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se hospitaliza con el diagnóstico de tumor abdominal. En el escáner se evidencia una ocupación gástrica compatible con tricobezoar. Se somete a gastrostomía más extracción con buena evolución postquirúrgica. Se indica atención por psiquiatría infantil por tricotilomanía y tricofagia, no adhiriendo a controles posteriores..

Discusión y conclusión: Siendo un cuadro infrecuente, el caso expuesto presenta detalles muy característicos según lo que la literatura establece en torno a tricobezoar y tricotilomanía. Destaca la sospecha tardía de la entidad psiquiátrica con el hallazgo imagenológico de tricobezoar, lo que pudiese atribuirse a su baja incidencia. Resulta importante notar que el tratamiento definitivo no es quirúrgico, cobrando importancia el manejo psiquiátrico del cuadro de base, situación que no siempre se logra como se mostró en este caso. Se concluye que es conveniente incluir al tricobezoar entre los diagnósticos diferenciales de masa abdominal, sobre todo en pacientes femeninas y jóvenes con alopecia concomitante. Además, se recalca la importancia de un manejo integral, y su relevancia en la prevención de complicaciones potencialmente graves.

Palabras claves (keywords): Tricobezoares. Tricotilomanía. Dolor abdominal.

Correspondencia

Nombre: Jorge Renato Alonso Ogalde Bravo
Correo electrónico: jogaldeb@gmail.com

REPORTE DE CASO: ICTERICIA COLESTÁSICA DEL PRIMER TRIMESTRE DE VIDA: UNA URGENCIA DIAGNÓSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Melo J¹; Ramírez J¹; Negrete F¹; Aruta F¹. **Tutor:** Maurelia E².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
2. Médico pediatra. Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

Introducción: La ictericia colestásica (IC) del lactante es un hallazgo poco común pero potencialmente grave. Su detección precoz e identificación de la etiología subyacente es necesaria para un tratamiento oportuno y el buen pronóstico. La atresia de vías biliares (AVB) es la causa más importante a descartar ya que, sin tratamiento, tiende a evolucionar hacia la necesidad de trasplante hepático y eventualmente la muerte.

Presentación del caso: Lactante de 8 semanas de vida, nacido por vía vaginal a las 39 semanas de gestación, grande para la edad gestacional, sin otros antecedentes de importancia. La madre cursó con diabetes gestacional. Fue derivado al Hospital de Concepción por presentar ictericia desde el nacimiento, asociada a hipocolia, sin coluria, sin otros síntomas. Al examen físico de ingreso se describe al paciente en buenas condiciones generales, icterico hasta los pies, con hepatomegalia, sin signos neurológicos ni de otros sistemas. Dentro de los exámenes destaca hemoglobina de 9.9 mg/dL, plaquetas 513.000/mm³, INR 1.47, LDH 326 UI/L, bilirrubina total 10.52 mg/dL, directa de 7.62 mg/dL, GOT 244 UI/L, GPT 160 UI/L y GGT 790 UI/L. Se solicita ecografía abdominal que evidencia signos sugerentes de AVB, por lo que se plantea realizar una colangiografía intraoperatoria, cirugía de Kasai y biopsia hepática.

Discusión y conclusión: La incidencia de AVB es variable según el lugar del mundo. Otras causas de IC del primer trimestre de vida incluyen: anomalías estructurales (p.e. quiste coledociano), alteraciones metabólicas (síndrome de Alagille), infecciones (principalmente virales) y endocrinopatías, entre otras. Al confirmarse la AVB, debe realizarse una cirugía de Kasai (hepatopuertoenterostomía), otorgando buen pronóstico si es precoz (antes de los 2 meses, y mejor si es antes de 6 semanas). Después de este período, el pronóstico empeora. Aún así, se suele pesquisar tardíamente. Para ello, se han estudiado diferentes métodos de tamizaje, por ejemplo, cartilla colorimétrica. Este caso reafirma la necesidad de estudiar de manera urgente toda ictericia persistente, sobre todo si está asociada a hipocolia, para posponer y/o evitar los fatales desenlaces, tales como el trasplante hepático y la muerte.

Palabras claves (keywords): Atresia biliar. Ictericia. Colestasia.

Correspondencia

Nombre: Javier Vicente Melo Toledo
Correo electrónico: jmelo2016@udec.cl



DIAGNÓSTICO DE DISCINESIA CILIAR PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO CHILENO.

Autores: Clavero M¹; López A¹; López C¹. **Tutor:** Herrera A².

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
2. Médico Pediatra, Broncopulmonar, Clínica Santa María, Presidenta SOCHINEP. Santiago, Chile.

Introducción: La discinesia ciliar primaria (DCP) es una enfermedad congénita autosómica recesiva presente en 1/10000-15000 recién nacidos vivos. Se caracteriza por la alteración del movimiento normal de los cilios. A nivel del epitelio respiratorio lleva a una alteración del clearance mucociliar, esto predispone la aparición de infecciones respiratorias repetidas, terminando en la aparición de bronquiectasias. También son frecuentes las infecciones repetidas de oídos y cavidades perinasales. La presencia de situs inverso puede verse en hasta en el 50% de los pacientes con esta enfermedad. El diagnóstico requiere la realización de distintos exámenes, entre ellos la microscopía electrónica, la medición de óxido nítrico nasal y la videomicroscopía de alta velocidad.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 3 años de edad derivada para estudio de DCP. Cuenta con historia de situs inversus total diagnosticado a los 11 días de vida, bronconeumonía a repetición (12 veces), 12 hospitalizaciones por neumonía con requerimiento de oxígeno, cirugía de malformación adenomatoidea quística de pulmón derecho, rinorrea persistente desde el nacimiento y tos húmeda persistente desde los 11 días de vida. Cuenta con un test del sudor negativo. Cabe destacar que los padres son primos de primer grado. El diagnóstico de DCP fue realizado gracias a video-microscopía de alta velocidad la cual mostró cilio inmóvil. Además, se le realiza un TAC el que muestra bronquiectasias en el segmento medial del lóbulo inferior izquierdo y medial del lóbulo medio.

Discusión y conclusión: En Chile hay poca experiencia con el diagnóstico y manejo de los pacientes con DCP, habiendo un importante subdiagnóstico, siendo muchos clasificados erróneamente como asmáticos severos o síndrome bronquial obstructivo recurrente. En la actualidad hay maneras disponibles de hacer el diagnóstico en Chile, por lo que es muy importante pensar en esta enfermedad en forma precoz dado que es la manera de evitar o retrasar la aparición de las complicaciones como bronquiectasias y daño pulmonar crónico.

Palabras claves (keywords): Diagnóstico. Discinesia ciliar primaria. Síndrome de cilio inmóvil.

Correspondencia

Nombre: María Jesús Clavero Herrera
Correo electrónico: mjclavero@miuandes.cl



REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EN LACTANTE MENOR ¿OTRO CASO DE FIBROSIS QUÍSTICA?

Autores: Carrasco M¹; Melo J¹; Micolich V¹; Tolosa M¹. **Tutor:** Biel M².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
2. Médico pediatra. Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) corresponde a la maldigestión por inadecuada secreción de enzimas pancreáticas, ocasionando repercusiones nutricionales con aumento en la morbimortalidad. Clínicamente manifiesta desde síntomas digestivos, como distensión abdominal y esteatorrea, hasta síntomas sistémicos como pérdida de peso, sarcopenia y osteoporosis. Su incidencia varía según la etiología, existiendo diversas causas tanto pancreáticas como extrapancreáticas, destacando la fibrosis quística (FQ) como la principal causa de IPE en pediatría. Su diagnóstico se basa en síntomas de malabsorción, indicadores de desnutrición y pruebas pancreáticas no invasivas, siendo la prueba de elastasa fecal la más utilizada.

Presentación del caso: Paciente femenina de 9 meses ingresa por cuadro de distensión abdominal progresiva de 4 días de evolución asociado a disnea. Se describe afebril e irritable, con lesiones cutáneas ampliamente distribuidas sin signos de infección. Como antecedentes, presentó íleo meconial, compromiso pondoestatural desde los 3 meses y un cuadro diarreico de 1 mes de duración a los 5 meses de edad. Entre los exámenes de ingreso destaca hipoalbuminemia grave, anemia, trombocitosis y leucocitosis. Se solicita elastasa fecal, obteniendo un valor de 75,8 µg/g compatible con IPE grave. Recibe evaluación multidisciplinaria, sugiriéndose como diagnóstico FQ y se solicita test de sudor que resulta negativo en 3 ocasiones, considerándose poco fiable por la hipoalbuminemia y las alteraciones de piel por lo cual se extiende el estudio con panel genético ampliado de FQ. Paralelamente, se evidencia eosinofilia marcada que motiva a plantear el diagnóstico diferencial de inmunodeficiencia primaria y síndrome de hiper-IgE. Tras estabilización de la paciente y lograr incremento ponderal tras 2 meses de hospitalización, se decide alta con seguimiento multidisciplinario..

Discusión y conclusión: La presentación clínica resulta compatible con desnutrición característica de IPE, destacando el compromiso pondoestatural, la hipoalbuminemia y las lesiones cutáneas que pudiesen tratarse de acrodermatitis enteropática. Ante esto, la FQ debe ser considerada, más aún frente a otros hallazgos que refuerzan dicha etiología como la tríada de anemia, hipoalbuminemia y edema, y el antecedente de íleo meconial. Sin embargo, también es importante reconocer que el diagnóstico diferencial es amplio, siendo importante considerar las diferentes causas de IPE frente a situaciones atípicas como ésta.

Palabras claves (keywords): Insuficiencia pancreática exocrina. Fibrosis quística. Lactante.

Correspondencia

Nombre: Matías Ignacio Tolosa Godoy
Correo electrónico: matolosa.a@gmail.com

REPORTE DE CASO: MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PEDIATRÍA.

Autores: León D¹; López F¹; Delgado S¹; Giacaman S¹. **Tutor:** López I².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Obstetricia y Ginecología. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile.

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) agrupan distintas entidades caracterizadas por alteraciones de la ingesta alimentaria en personas con patrones distorsionados durante el acto de comer. Si bien su prevalencia ha aumentado y se asocian a una alta morbimortalidad, sigue existiendo escasa preparación de profesionales de salud para su manejo. Además, no existen guías latinoamericanas acerca del manejo de los trastornos de la conducta alimentaria. A continuación, se presenta el caso de una paciente de 13 años, que consultó por fatiga y debilidad, tras desarrollar conductas restrictivas en cuanto a su ingesta alimentaria acompañada de baja de peso de meses de evolución.

Presentación del caso: Paciente de 13 años eutrófica, traída por madre a urgencias por fatiga y debilidad progresiva, asociada a conductas restrictivas en torno a alimentación hace 5 meses, baja de 12 kg en 9 meses, miedo a subir de peso y distorsión de imagen corporal. Se encontraba en controles con psicólogo desde hace 3 meses, pero no ha dado resultados. Durante hospitalización persiste rechazo de ingesta alimentaria, requiriendo instalar sonda nasogástrica complementaria a alimentación oral, logrando aumentar de peso. Se inician controles por equipo de salud mental (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional) en conjunto con la paciente y su familia..

Discusión y conclusión: Este reporte de caso detalla la historia de una anorexia nerviosa (tipo de TCA), cumpliendo los criterios diagnósticos del DSM 5. Se decidió manejo intrahospitalario requiriendo un abordaje multidisciplinario por pediatría y salud mental. Este reporte de caso busca informar acerca de los TCA y la evidencia disponible sobre la utilidad del manejo intrahospitalario.

Palabras claves (keywords): Pediatría. Trastornos de la Alimentación y de la Ingestión de Alimentos. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa.

Correspondencia

Nombre: Diego León Manríquez
Correo electrónico: dleongsk@gmail.com



HEPATOPATÍA GLICOGÉNICA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 – A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Pinto A¹; Correa A¹. **Tutor:** Fernandez V².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Médico Pediatra, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La hepatopatía glicogénica (HG) es una complicación infrecuente y reversible de la diabetes mellitus mal controlada. Se produce por la acumulación intracelular de glicógeno en los hepatocitos. Ocurre principalmente en paciente con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) debido a las fluctuaciones agudas de glicemia en pacientes con dosis altas de insulina. Se presenta como un aumento de transaminasas en el contexto de una hiperglicemia sintomática o asintomática. Para realizar el diagnóstico de HG se deben descartar otras causas más comunes de inflamación hepática.

Presentación del caso: Paciente masculino de 8 años con antecedentes de obesidad, trastorno del espectro autista y psoriasis consulta en el Hospital de Rancagua por cuadro de 3 meses de polidipsia, polifagia y baja de peso al que se agrega desde hace 3 días vómitos alimentarios, constipación y somnolencia. Se toma un hemoglucotest que reporta 400 mg/dl. Exámenes de laboratorio revelan un ph sérico de 7.02, cetonemia (+) e hipokalemia severa. Se decide trasladar a UPC pediátrica para manejo de la cetoacidosis diabética. En los exámenes de control se observa una alteración severa de las enzimas hepáticas y pruebas de coagulación. Se rescatan pruebas hepáticas de un mes previo a la hospitalización que estaban normales. Se toma serología de hepatitis viral, anticuerpos para hepatitis autoinmune, y tandem mass de defectos congénitos del metabolismo, los cuales resultan negativos. Se realiza TAC de abdomen que muestra hepatomegalia e hígado graso. Se decide manejar con vitamina K, rifaximina y lactulosa. Paciente evoluciona favorablemente con adecuado control de glicemias y disminución de enzimas hepáticas..

Discusión y conclusión: La HG es una patología subdiagnosticada de buen pronóstico. La normalización de las enzimas hepáticas ocurre días a semanas luego de alcanzar un adecuado control de la glicemia. El gold standard es la biopsia de hígado, pero este examen no se realiza de forma rutinaria, por lo que el diagnóstico continúa siendo de descarte. Es importante tener un alto grado de sospecha en pacientes con diabetes mal controlado y alteración en las pruebas hepáticas.

Palabras claves (keywords): Fallo hepático agudo. Diabetes mellitus tipo 1. Complicaciones de la diabetes.

Correspondencia

Nombre: Andrés Pinto Saavedra
Correo electrónico: andres.pintos@mail.udp.cl

CRISIS DREPANOCÍTICA AGUDA TRAS EXPOSICIÓN A ALTURAS EN PACIENTE CON ANEMIA FALCIFORME, REPORTE DE CASO.

Autores: Nazal K¹; Rosales V¹; Leiva V¹. **Tutor:** Del Valle A².

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
2. Médico Especialista en Pediatría. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile.

Introducción: Durante los últimos años se ha documentado de forma creciente sobre la relación entre la exposición a altura (montañas, aviones no presurizados) y las crisis en pacientes con anemia de células falciformes, con un espectro clínico que incluye desde el secuestro hasta el infarto esplénico. Es de vital relevancia conocer las manifestaciones agudas de la enfermedad y sus complicaciones para ofrecer un tratamiento adecuado y consejería oportuna.

Presentación del caso: Paciente masculino de dieciséis años con antecedente de anemia falciforme y síndrome de Wolff Parkinson White tratado con electrofulguración (2017). Consulta en Hospital Sótero del Río por cuadro de doce horas de evolución de aumento de tamaño esplénico, disnea, dolor abdominal difuso intenso y vómitos. Refiere inicio de síntomas posterior a asistir a montaña en Valle Nevado (altura aproximada de 2860-3670 metros sobre nivel del mar). Ingresa en buenas condiciones, hemodinámicamente estable, sin requerimientos de oxígeno. Al examen físico icterico, con esplenomegalia palpable a 10 cm de reborde costal. Dentro de exámenes destacaba hemoglobina 7.4 g/dL, hematocrito 21%, reticulocitos 19.4%, proteína C reactiva 17 mg/L, bilirrubina total 20.5 mg/dL de predominio indirecto y LDH 488 UI/l. Se decide transfusión de una unidad de glóbulos rojos y es hospitalizado para manejo. Durante estadía evoluciona favorablemente, sin nuevos requerimientos transfusionales. Presenta peak febril aislado, sin embargo finalmente desestimándose foco infeccioso, por lo cual es dado de alta a los cuatro días desde su ingreso. .

Discusión y conclusión: Si bien la incidencia de crisis falciformes posterior a exposición a alturas aún no está del todo esclarecida, este caso expone la relevancia de sospechar secuestro esplénico en pacientes que se presenten con dolor abdominal agudo y signos y/o hallazgos de laboratorio compatibles con hemólisis, pudiendo corresponder a la única causa gatillante de la descompensación en dichos casos. Se debe tener en cuenta además la posibilidad de complicaciones (infarto esplénico) que deben buscarse activamente según criterio y evolución clínica, a modo de ofrecer las mejores alternativas terapéuticas y disminuir el riesgo de morbimortalidad.

Palabras claves (keywords): Anemia. Célula falciforme. Secuestro esplénico.

Correspondencia

Nombre: Karen Andrea Nazal Hoffstetter
Correo electrónico: knnazal@uc.cl



TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Código	Título	Página
TI009	APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN EN CHILE DURANTE LOS AÑOS 2016-2020.	148
TI028	DEFUNCIONES POR ANEURISMA Y DISECCIÓN AÓRTICA COMO CAUSA BÁSICA DE MUERTE EN CHILE, 2016 – 2020.	149
TI076	BALANCE DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TUBERCULOSIS RESPIRATORIA EN LA REGIÓN METROPOLITANA ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2020 ¿EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS?	150
TI122	DESCRIPCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR ESPONDILODISCITIS EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2016 – 2020.	151
TI014	DEFUNCIÓN POR HIPOTIROIDISMO COMO CAUSA BÁSICA ENTRE LOS AÑOS 2016-2020 EN CHILE.	152
TI027	HOSPITALIZACIONES POR ANEMIAS HEMOLÍTICAS COMO CAUSA BÁSICA EN CHILE, 2017-2020.	153
TI037	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO COMO CAUSA BÁSICA DE MUERTE DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN SANTIAGO DE CHILE.	154
TI054	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE CHILE ENTRE 2015-2017.	155
TI071	PREVALENCIA DE HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA INGRESADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE CHILE ENTRE 2015-2016.	156
TI104	VARIACIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ENTRE 2017 Y 2020 EN CHILE.	157
TI165	IMPACTO DE LA PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CHILENA.	158
TI049	EGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPRESIÓN EN CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2017-2020.	159
TI089	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE 2015 A 2020.	160
TI107	DESCRIPCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR FRACTURA DE CADERA EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2016 – 2020.	161
TI138	VIDEOCONFERENCIAS Y AUTOIMAGEN ¿OTRO IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA?	162
TI151	REVISIÓN DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JACOB EN UNA REGIÓN RURAL DE CHILE.	163
TI173	CAMBIOS EN LA CONSULTA GERIÁTRICA ENTRE 2019-2020 DURANTE PANDEMIA COVID19 EN SERVICIO DE URGENCIA DR. MATEO BENCUR PUNTA ARENAS, CHILE.	164

APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN EN CHILE DURANTE LOS AÑOS 2016-2020.

Autores: Viveros E¹; Escobar B¹; Martínez C¹; Mercado P². **Tutor:** Ulloa J³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
3. Cirujano de cabeza y cuello, Docente Departamento de Cirugía Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Introducción: La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice y la causa más común de abdomen agudo en Chile, su resolución es quirúrgica y de no resolverse a tiempo puede traer complicaciones graves e incluso la muerte. El propósito de este estudio es comparar descriptivamente las defunciones por apendicitis como causa básica en Chile entre los años 2016 y 2020.

Materiales y métodos: Estudio ecológico de datos extraídos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), considerando sexo, edad y región de residencia de los pacientes fallecidos por apendicitis aguda entre los años 2016-2020.

Resultados: El año que presentó más defunciones por apendicitis aguda entre el 2016-2020 fue el 2018, con un 25,1% de las defunciones totales. El período 2018-2020 presentó una baja de defunciones de un 6,6% con respecto al período 2016-2018. Las defunciones durante el período 2016-2020 fueron mayores en hombres, con un 67,5% versus 32,5% en mujeres. El grupo etario con mayor cantidad de defunciones fue el de 80 años y más, con un 24,5% del total, y el grupo con menor cantidad fue el de 20-29 años, que no presentó defunciones en el período estudiado. La región con mayor cantidad de defunciones durante los años 2016-2020 fue la Metropolitana, con 36% de las defunciones totales, y la que menor cantidad de defunciones tuvo fue Tarapacá, que no presentó fallecimientos. La región Metropolitana duplicó las defunciones entre 2017-2019, alcanzando 54 defunciones de un total de 151 entre los años 2016-2020.

Discusión y conclusión: El grupo etario más afectado fue el de 80 años y más, lo que puede deberse a diversos factores, tales como la presentación atípica y la polifarmacia en el adulto mayor. Destaca que la mayor cantidad de defunciones se presenta en el sexo masculino, en una proporción aproximada de 2:1 respecto al sexo femenino, sin embargo, los motivos por los cuales esto ocurre son desconocidos, por lo que se requieren nuevos estudios para determinar las razones exactas de esta diferencia. En 2020, la pandemia por COVID-19 no generó un alza de defunciones por apendicitis, durante el período descrito, se registró un 17,2% del total de defunciones.

Palabras claves (keywords): Apendicitis. Causas de Muerte. Epidemiología.

Correspondencia

Nombre: Enid Massiel Viveros Wandersleben
Correo electrónico: massyvw@gmail.com



DEFUNCIONES POR ANEURISMA Y DISECCIÓN AÓRTICA COMO CAUSA BÁSICA DE MUERTE EN CHILE, 2016 – 2020.

Autores: Santander F¹; Juyumaya C¹; Paredes M²; Muñoz D¹. **Tutor:** Torres C³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de medicina. Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
2. Interna de medicina. Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
3. Médico Cirujano, Magíster en Educación para Profesionales de la Salud, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Introducción: La Disección Aórtica (DA) es una enfermedad en la que se desgarran la capa íntima de la aorta, pudiendo generar un falso lumen. Los factores de riesgo son: sexo masculino, edad >65 años, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo. El objetivo de este trabajo es analizar descriptivamente a los pacientes que fallecieron por aneurisma y disección aórtica durante el período 2016-2020 en Chile.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, de la cantidad de defunciones por aneurisma y disección aórtica como causa básica entre los años 2016 y 2020 en Chile (n= 2.361), según sexo, rango etario y región. Información obtenida del departamento de estadísticas e información de salud (DEIS). No requirió comité de ética.

Resultados: En Chile, el número de defunciones por aneurisma y disección aórtica como causa básica fue de 427 el año 2016, 475 el 2017, 518 el 2018, 516 el 2019 y 425 el 2020. En todo el período estudiado, un 63,7% (1.504 casos) correspondió a sexo masculino y un 36,3% (857 casos) a sexo femenino, con una diferencia de 43,02%. El rango etario mayoritario fue el de 75 a 89 años presentando un 38,2% (902 casos), seguido de 61 a 74 años un 35,7% (843 casos) y 45 a 60 años un 16,1% (381 casos). La región metropolitana presentó la mayor cantidad de fallecidos, con un 42,1% (976 casos) y la región de Aysén presentó el menor número de defunciones con un 0,6% (15 casos). Un 60,9% de los pacientes (1437 casos), se encontraban en un recinto asistencial al momento de su fallecimiento.

Discusión y conclusión: El rango etario y sexo de los pacientes coincide con lo descrito en la literatura, asimismo con la presencia de los factores de riesgo indicados en la ENS (2016-2017). Regionalmente hay una distribución heterogénea de casos, y aquellas con mayor número de fallecidos coinciden con las que poseen mayor población. Encontrarse en un recinto asistencial no implica necesariamente menor fallecimiento por DA.

Palabras claves (keywords): Disección aórtica. Aneurisma de la aorta. Causas de muerte.

Correspondencia

Nombre: Francisco Javier Santander Padilla

Correo electrónico: franciscosantanderpad@gmail.com



BALANCE DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TUBERCULOSIS RESPIRATORIA EN LA REGIÓN METROPOLITANA ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2020 ¿EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS?

Autores: Huerta B¹; Bradanovic C¹; Rojas D¹; Pérez F¹; Breitler K². **Tutor:** Salvador F³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Interna de medicina, Universidad Andrés Bello sede Viña del Mar, Viña del Mar, Chile.
3. Médico Infectólogo. Profesor Asistente Adjunto Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.

Introducción: En Chile, la incidencia de tuberculosis (TB) ha aumentado en la última década, donde más de la mitad de los casos terminan hospitalizados, constituyendo un importante problema de salud pública. Por ello, es de interés describir los egresos hospitalarios por TB respiratoria confirmada bacteriológica e histológicamente, desde 2017 al 2020, en la Región Metropolitana (RM), según sexo, edad y nacionalidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional ecológico de los egresos hospitalarios por TB respiratoria confirmada en RM entre 2017-2020 en mayores de 20 años (N = 986). Se consideraron las variables edad, sexo y nacionalidad. No se requirió comité de ética debido a la naturaleza pública de los datos.

Resultados: La distribución de los egresos por año fue la siguiente: el 2017 tuvo un 20,59% (203), el 2018 un 32,96% (325), el 2019 un 23,53% (232) y el año 2020 un 22,92% (226). Del total de egresos, el 76,47% (754) fueron masculinos y el 23,53% (232) femeninos. Un 14,81% (146) fueron extranjeros, quienes presentaron un aumento del 145% al final del período de estudio. En cuanto a edad, predominó el grupo de 20-44 años con 645 egresos (65,42%) a diferencia de los mayores de 80, que tuvieron 13 egresos (1,32%).

Discusión y conclusión: Entre 2017-2018 los egresos por TB aumentaron, lo que podría deberse a un aumento de la tasa de incidencia desde el 2016. Entre 2019-2020 los egresos no tuvieron una variación significativa, a pesar del periodo de pandemia. Los egresos masculinos triplicaron los femeninos, pudiendo deberse a factores socioculturales y comportamientos de riesgo. Los extranjeros son el grupo con mayor riesgo de adquirir la enfermedad en Chile, tanto por venir de países con mayor incidencia de TB como por determinantes socioculturales. A mayor edad, menor número de egresos, lo cual puede deberse a medidas preventivas gubernamentales enfocadas en mayores de 65 años. Es necesaria la realización de investigaciones que permitan comprender de mejor forma este problema de salud pública y su relación con las hospitalizaciones.

Palabras claves (keywords): Tuberculosis. Infecciones por Mycobacterium. Hospitalización.

Correspondencia

Nombre: Bastián Matías Huerta Fernández
Correo electrónico: bastianhf24@gmail.com



DESCRIPCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR ESPONDILODISCITIS EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2016 – 2020.

Autores: Arcos B¹; Rojas P²; Barriga D²; Gutiérrez T³. **Tutor:** Sáez C4.

Afiliaciones:

1. Interna de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
2. Interno de Medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
3. Interna de Medicina Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.
4. Médico Cirujano, CESFAM Lagunillas, Coronel, Chile.

Introducción: La espondilodiscitis representa el 3 – 5% de las osteomielitis. Es una patología de importante demora diagnóstica, prolongada estadía hospitalaria y complicaciones, principalmente neurológicas. En Chile los estudios epidemiológicos sobre esta enfermedad son escasos, y considerando el aumento en la incidencia reportada en otros países, es relevante actualizar la evidencia. El objetivo de este trabajo fue describir los egresos hospitalarios (EH) por espondilodiscitis, Chile, período 2016-2020.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo - ecológico. Se analizaron datos de pacientes egresados con diagnóstico de espondilodiscitis entre los años 2016 – 2020 en Chile, bajo códigos CIE 10 M46.2, M46.3, M46.4, M46.5, M49.0, M49.1 y M49.2. Las variables fueron edad, sexo, región de Chile, estadía y mortalidad hospitalaria. La información fue obtenida de la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL. Se utilizó Excel para cálculos porcentuales. Al ser datos públicos, no requirió aprobación por comité de ética.

Resultados: En el período, ocurrieron 1.038 EH, con una tasa promedio (TP) de 1,10 egresos por 100.000 habitantes. Se observa tendencia al alza, pasando de una TP de 0,88 a 1,38. Existe una relación de 2:1 de EH hombres versus mujeres. La mayor tasa de EH ocurre en el rango 65 – 79 años, con TP de 4,30; mientras que la menor tasa corresponde a menores a 20 años, TP de 0,10. La región con mayor tasa de EH es la región de La Araucanía, con TP de 2,18; la con menor tasa es la región de Aysén, con TP de 0,37. La estadía hospitalaria promedio fue de 27 días. Fueron 16 los pacientes que fallecieron durante la hospitalización, lo que significa una mortalidad intrahospitalaria de 1,5%.

Discusión y conclusión: La espondilodiscitis es una patología que afecta principalmente a mayores de 50 años. La incidencia se encuentra en el rango de la reportada en países desarrollados. La estadía hospitalaria triplica a la reportada en Estados Unidos, mientras que la mortalidad intrahospitalaria es menor. En conclusión, la espondilodiscitis es una patología poco frecuente pero en aumento debido a la mayor expectativa de vida, uso de tratamiento inmunosupresores y dispositivos intravasculares, en otros factores.

Palabras claves (keywords): Chile. Epidemiología. Espondilodiscitis.

Correspondencia

Nombre: Bárbara Elena Arcos Jara

Correo electrónico: barcos@medicina.ucsc.cl



DEFUNCIÓN POR HIPOTIROIDISMO COMO CAUSA BÁSICA ENTRE LOS AÑOS 2016-2020 EN CHILE.

Autores: Doll E¹; Aguilera V¹; Cabezas D¹; Fuentes F¹; Madero C¹. **Tutor:** Morales, P².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina de 4to año. Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
2. Médico Cirujano, Gestor Comunal Municipal, El Bosque, Santiago, Chile.

Introducción: El hipotiroidismo es una enfermedad endocrinológica con prevalencia estimada de 19.4% en Chile. La población Chilena tiene diversos factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, la que se asocia a un incremento de mortalidad por hipotiroidismo. Este trabajo busca describir la tendencia de defunción por hipotiroidismo como causa básica en Chile según grupo etario y sexo entre los años 2016 y 2020.

Materiales y métodos: Estudio observacional y ecológico. Se utilizaron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, de defunciones por hipotiroidismo como causa básica en personas mayores de 18 años en el periodo 2016-2020 en Chile.

Resultados: Durante el periodo estudiado hubo 553 defunciones. El año con mayor defunciones fue el 2016 concentrando el 31,46% de estas, por el contrario, el 2018 presentó menos con un 11,57%. El sexo femenino presentó más defunciones, abarcando el 77%. al igual que el rango etario mayor de 80 años, correspondiente al 68,17%.

Discusión y conclusión: En Chile, es frecuente que mujeres de edad avanzada presenten mayor riesgo de mortalidad. Esto se podría explicar por comorbilidades que se presentan, como el sobrepeso, obesidad y sedentarismo. La esperanza de vida en Chile es aproximadamente de 80 años, correlacionándose con la mayor incidencia de muerte por hipotiroidismo en personas mayores de esta edad.

Las condiciones como sexo femenino, edad mayor de 80 años y región Metropolitana de Chile se asocian una mayor mortalidad por hipotiroidismo. Estas relaciones han sido poco estudiadas por lo que se invita a investigar sobre asociación de mortalidad y causa de defunción a nivel global.

Palabras claves (keywords): Hipotiroidismo. Defunción. Enfermedades tiroideas.

Correspondencia

Nombre: Elaine Denisse Doll Alucema
Correo electrónico: elainedolla@gmail.com



HOSPITALIZACIONES POR ANEMIAS HEMOLÍTICAS COMO CAUSA BÁSICA EN CHILE, 2017-2020.

Autores: Juyumaya C¹; Maulén J²; Espinosa B²; Santander F¹. **Tutor:** Torres C³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de medicina. Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
2. Interno de medicina. Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
3. Médico Cirujano, Magíster en Educación para Profesionales de la Salud, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Introducción: Las Anemias Hemolíticas (AH) son un grupo de enfermedades caracterizadas por la destrucción prematura de los glóbulos rojos en circulación (hemólisis). Entre estas destacan las anemias hemolíticas adquiridas y las congénitas o hereditarias. Este trabajo tiene como objetivo realizar un análisis descriptivo de los pacientes que fueron hospitalizados por anemia hemolítica durante el período 2017-2020 en Chile.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, de la cantidad de hospitalizaciones por AH como causa básica entre los años 2017-2020 en Chile (n=3098), según sexo, rango etario y días de hospitalización. Información obtenida del departamento de estadísticas e información de salud (DEIS). No requirió comité de ética.

Resultados: En Chile durante el 2017-2020, las hospitalizaciones por AH fueron 3.098 en total. La distribución fue: AH Adquiridas 67,4% (2.089 casos), AH Hereditarias 23,6% (732 casos), AH por Trastornos Falciformes 6,6% (204 casos), Talasemia 1,2% (38 casos) y AH por Trastornos Enzimáticos 1,1% (35 casos). En cuanto al sexo, 1.609 correspondieron al sexo femenino y 1.489 al masculino (diferencia 7,45%). En relación al promedio de días de hospitalización: AH adquiridas 9,9 días, AH por trastornos falciformes 7,1 días, AH hereditarias 6,9 días y AH por trastornos enzimáticos 6,8 días. Con respecto al rango etario de presentación: las AH que presentan dos peaks son las adquiridas (1-4 años y 45-64 años), trastornos falciformes (1-4 años y 20-44 años), talasemias (0-9 años y 20-44 años) y trastornos enzimáticos (20-44 años y 65-79 años), a diferencia de las AH hereditarias que presentaron un solo peak (45-64 años).

Discusión y conclusión: Las AH adquiridas comprenden una gran variedad etiológica, destacando las de causa autoinmune, farmacológica, mecánica, infecciosas, tóxicas y por agentes físicos. Probablemente debido a esto, es que presentaron la mayor frecuencia y tiempo de hospitalización, dada su alta complejidad diagnóstica. En base a nuestros hallazgos y en la literatura existente la distribución entre sexos suele ser equitativa. A pesar de ser un grupo de enfermedades infrecuentes, resulta necesario realizar más estudios epidemiológicos que permitan caracterizarlas de una forma más precisa.

Palabras claves (keywords): Anemia Hemolítica. Hospitalización. Anemia Hemolítica Adquirida.

Correspondencia

Nombre: Camilo Andrés Juyumaya Fuentes
Correo electrónico: c.juyumaya.f@gmail.com



ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO COMO CAUSA BÁSICA DE MUERTE DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN SANTIAGO DE CHILE.

Autores: Cuevas A¹; Casanova J²; Castillo S²; Morales F³; Urbina K³; Rojas C⁴. **Tutor:** Morales P⁵.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile
2. Estudiantes de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
3. Internas de Medicina, Universidad Andrés Bello Santiago. Santiago, Chile
4. Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello Viña. Viña del Mar, Chile.
5. Médico Cirujano. Médico Gestor Comunal en Dirección de Salud Municipal El Bosque. Santiago, Chile.

Introducción: Tras el inicio de la pandemia COVID-19, países de todo el mundo han tenido que adoptar medidas, actualizarse y evaluar el impacto de esta nueva patología en los grupos de enfermedades ya conocidos. Debido a la gran prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV), se hace necesario evaluar su mortalidad con respecto a años anteriores. Con esto, el presente trabajo pretende comparar descriptivamente la cantidad de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio como causa básica entre los años 2018, 2019 y 2020.

Materiales y métodos: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los registros de todas las defunciones por enfermedad del sistema circulatorio como causa básica de muerte en la Región Metropolitana (RM) entre los años 2018 a 2020. La información fue obtenida de la base de datos pública del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Los datos se tabularon y analizaron mediante estadística descriptiva con el programa Microsoft Excel.

Resultados: El promedio aproximado de muertes totales con ECV de base, entre los años 2018-2019 fue de 28.088 mientras que en 2020 hubo 27.041, lo cual constituye una disminución del 3.73% con respecto al periodo comprendido entre los años 2018-2019.

Discusión y conclusión: Al contrario de lo observado internacionalmente, en Chile se describió una disminución del número de muertes con ECV como causa básica durante la pandemia por COVID-19 en 2020. Es posible plantear diversas hipótesis que explicarían esta disminución, entre las que destacan una reducción esencial del número de muertes con ECV de base, o bien que se registraron menos consultas a centros de salud. De igual forma, es posible pensar que esta reducción se deba a otros factores no estudiados. Es probable que aún no se conozca la extensión total del impacto de la pandemia en el número de defunciones por COVID-19 con ECV de base. Se necesitan más trabajos científicos analíticos sobre el tema.

Palabras claves (keywords): COVID-19. Enfermedades Cardiovasculares. Causa Básica de Muerte. Chile.

Correspondencia

Nombre: Álvaro Cuevas Salinas

Correo electrónico: alvaro.cuevas.salinas@gmail.com



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE CHILE ENTRE 2015-2017.

Autores: Torres S¹; Silva-Lopez M¹; Ortiz P¹; Acuña E¹. **Tutor:** Toro L².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
2. Médico Internista, PhD en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.

Introducción: El trasplante renal (TR) es la elección para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que requieren tratamiento de sustitución, dado que disminuye la mortalidad y es más costo-efectivo en comparación a la diálisis. El objetivo de este trabajo es describir características demográficas, clínicas y sobrevida a 4 años de pacientes que ingresaron para TR en un Hospital universitario de Santiago de Chile entre 2015-2017.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidos a TR en un centro asistencial privado entre 2015 y 2017 (n=24). Se extrajeron datos demográficos, causa de ERC, y tipo de donante: vivo (DV) o cadáver (DC). Se registraron las complicaciones posteriores al TR y el número de días hospitalizados. Por último, se cotejó la base de datos con Registro Civil para evaluar sobrevida.

Resultados: Se encontró que 21 casos (88.5% del total) eran hombres. El promedio de edad al momento de la hospitalización fue de 49 años. De las comorbilidades destaca la hipertensión arterial (HTA) secundaria en 22 pacientes (92%) e hiperparatiroidismo secundario en 8 (33%). Respecto a la etiología de la ERC, en 8 casos (33%) esta no estaba precisada, seguida por la Nefropatía por IgA en 4 casos (16%) y la enfermedad poliquística renal en 3 casos (8%). El 66% de los pacientes recibió trasplante de DC. El promedio de estadía hospitalaria fue de 26.5 días. Las principales complicaciones fueron: Necrosis Tubular Aguda (12 casos, 50%), y las infecciones (8, 33%). Al momento de la revisión existe una sobrevida a 4 años del 70.3% (17 casos).

Discusión y conclusión: En este estudio se evidenció que la HTA fue la comorbilidad más frecuente, concordante con la literatura. Existen variadas causas de ERC, destacando en este grupo la etiología desconocida. La nefropatía diabética es la principal causa de ERC en Chile, sin embargo se encontraron pocos trasplantados con dicha etiología, probablemente debido a que los pacientes con ERC por nefropatía diabética son pacientes mayores y con más comorbilidades, con mayor dificultad para realizar TR. En futuros estudios se podría investigar factores pronósticos de rechazo de TR y de mortalidad.

Palabras claves (keywords): Falla renal crónica. Trasplante de órganos. Supervivencia de injerto.

Correspondencia

Nombre: Sebastián Alexander Torres Salinas
Correo electrónico: sebastianatorres@ug.uchile.cl



PREVALENCIA DE HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA INGRESADOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE CHILE ENTRE 2015-2016.

Autores: Acuña E¹; Ortiz P¹; Silva-López M¹, Torres S¹. **Tutor:** Toro L².

Afiliaciones:

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Internista, PhD en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El hiperparatiroidismo es el aumento en la secreción de la hormona paratiroidea (PTH) por las glándulas paratiroides. En el hiperparatiroidismo secundario, este aumento es debido a alteraciones en la homeostasis del calcio asociadas a otras enfermedades, entre las que destaca la Enfermedad renal crónica (ERC). La prevalencia de hiperparatiroidismo en pacientes con ERC varía ampliamente dependiendo del estadio de insuficiencia renal de la cohorte estudiada. El objetivo de este trabajo es reportar la prevalencia de hiperparatiroidismo secundario y las características clínicas asociadas, en una cohorte de pacientes con ERC en un Hospital Clínico Universitario en Santiago de Chile.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ingresados al servicio de Nefrología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre enero de 2015 y junio de 2016. Se incluyó un total de 617 pacientes, de quienes se recopilaron de forma estandarizada antecedentes clínicos y el motivo de hospitalización. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Del total de 617 pacientes ingresados al servicio de nefrología, 13.45% presentó el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario. De ellos, un 72.3% presentaba Hipertensión arterial y un 9.6% Diabetes Mellitus tipo 2. Respecto al estadio de ERC, un 86,7% se encontraba en ERC etapa 5. En cuanto al manejo de la ERC, 73.5% se encontraba en Hemodiálisis y un 15,7% en peritoneodiálisis. Finalmente, respecto al manejo del hiperparatiroidismo secundario, el 38,6% de los pacientes contaba con el antecedente de paratiroidectomía, y el 34.9% de la muestra ingresó para resolución quirúrgica con paratiroidectomía parcial o total durante el tiempo estudiado.

Discusión y conclusión: El hiperparatiroidismo secundario es una complicación frecuente de la ERC. En el escenario clínico estudiado, se presentó mayoritariamente en estadio 5 de la ERC y su manejo fue principalmente la resolución quirúrgica.

Palabras claves (keywords): Hiperparatiroidismo. Hiperparatiroidismo Secundario. Insuficiencia Renal Crónica.

Correspondencia

Nombre: Estefanía Acuña Brevis
Correo electrónico: estefaniaacuna@ug.uchile.cl



VARIACIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ENTRE 2017 Y 2020 EN CHILE.

Autores: Neira S¹; Hernández J¹; Díaz D¹; Ramírez M¹; Acevedo T¹; Madero C¹. **Tutor:** Morales P².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Médico Cirujano, Gestor Comunal Municipal, El Bosque, Chile.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica, que engloba dos entidades: Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU), cuya prevalencia en Norteamérica se reporta entre 98 a 318 casos por 100.000 habitantes para EC y 139 a 286 casos por 100.000 habitantes para CU, junto con un aumento de prevalencia en países en vías de desarrollo. Este estudio tiene como objetivos cuantificar y comparar descriptivamente la cantidad de hospitalizaciones por EII en Chile entre los años 2017-2020.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo ecológico de hospitalizaciones por EII en el periodo 2017-2020 en Chile (n=9.796), según grupo etario y días de hospitalización, del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud. Al ser una base de datos pública no se requirió comité de ética.

Resultados: El 31,8%(3.120) de hospitalizaciones fueron por enfermedad de Crohn y un 68,2%(6.676) por Colitis Ulcerosa. El año 2017 fue el que presentó mayor cantidad de hospitalizaciones con un total de 2.682 egresos, registrando el grupo etario de 20 a 44 años el 51%(1.386) de las hospitalizaciones. Por otro lado, el 2020 registró la menor cantidad de hospitalizaciones, con 2.051 egresos.

Discusión y conclusión: En el año 2017-2020 en Chile, las hospitalizaciones por EII han disminuido, posiblemente gracias a nuevos tratamientos y, presumiblemente en 2020, por efecto de la pandemia actual de COVID-19, a causa de las restricciones de movilidad, restricción al ingreso a centros de salud y, también, por el miedo al contagio. El grupo etario de 20-44 años es aquel con mayor frecuencia de hospitalización, tanto en este estudio como en la realidad latinoamericana. Esto pudiera ser por los estilos de vida y hábitos propios de los adultos jóvenes. En cuanto a la prevalencia de las EII, si bien en países de América Latina estudios anteriores han demostrado un alza de las hospitalizaciones, en nuestro periodo de estudio para Chile se ha visto lo contrario. Aun así, existe poca información epidemiológica sobre EII en Latinoamérica, por lo que se invita a desarrollar nuevas investigaciones respecto a este tema.

Palabras claves (keywords): Enfermedades inflamatorias del intestino. Colitis ulcerosa. Enfermedad de Crohn. Hospitalización.

Correspondencia

Nombre: Simone Neira Menéndez
Correo electrónico: neirasimone12@gmail.com



IMPACTO DE LA PRESENTACIÓN DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CHILENA.

Autores: Rogel A¹; Paloma C¹; Vera L²; Rivas C²; Montero J³; Gómez K⁴. **Tutor:** Duarte M⁵; Verdugo F⁵.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Interno/a de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Interno/a de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
4. Médica Internista, Servicio de Cardiología, Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.
5. Médico Cardiólogo, Servicio de Cardiología, Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.

Introducción: Se han descrito múltiples complicaciones cardiovasculares (CCV) asociadas a COVID-19: tromboembolismo pulmonar, miocarditis, síndrome coronario agudo, entre otras, las que pueden asociarse a mayor morbimortalidad intrahospitalaria. El objetivo de nuestro trabajo es describir la incidencia de CCV en pacientes COVID-19 hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital público chileno.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes COVID-19 hospitalizados en la UCI del Hospital Santiago Oriente, entre marzo y julio de 2021. Se registraron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), score APACHE II al ingreso, incidencia de CCV, tiempo de estadía y mortalidad en UCI. Se compararon los pacientes acordes a presencia o ausencia de CCV durante estadía en UCI mediante U-mann Whitney o Chi-cuadrado según correspondiera. Se realizó curva de sobrevivencia de Kaplan-Meier y análisis de éstas mediante Log Rank. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 272 pacientes con COVID-19 hospitalizados en UCI, mediana 55 años (16-83); 55,9% hombres, APACHE II mediana 17 (2-35). Respecto a FRCV: 54,8% obesidad, 44,9% hipertensión arterial; 29,8% diabetes mellitus; 13,2% tabaquismo; 4,0% dislipidemia; 3,68% drogas ilícitas; 0,7% cardiopatía coronaria previa. Se observaron CCV en 49 pacientes (53%): tromboembolismo pulmonar (10,3%), arritmias (7,7%), insuficiencia cardíaca aguda/descompensada (2,6%), síndrome coronario agudo (1,1%), miocarditis (0,7%), endocarditis infecciosa (0,3%). Al comparar grupos con CCV y sin CCV, no se observaron diferencias en variables demográficas ni FRCV ($p > 0.05$). No hubo diferencias en score APACHE II al ingreso entre ambos grupos ($16,4 \pm 6,7$ vs $16,6 \pm 7,8$; $p > 0,05$). Los con CCV tuvieron mayor tiempo de estadía en UCI ($19,2 \pm 16,1$ vs $13,4 \pm 10,3$ días; $p = 0,023$). Los con CCV no presentaron mayor incidencia de ventilación mecánica invasiva prolongada sobre 14 días (56% vs 47%; $p > 0,05$) ni infecciones nosocomiales (66% vs 58%; $p > 0,05$). Sin diferencias en mortalidad entre ambos grupos (39,6% vs 39,7%; $p > 0,05$).

Discusión y conclusión: En nuestra población, los pacientes COVID-19 presentaron alta incidencia de CCV. La presencia de CCV se asoció a mayor tiempo de estadía en UCI. No observamos diferencias significativas en mortalidad, asociada a la presencia de CCV. Es importante el oportuno reconocimiento y manejo de estas complicaciones.

Palabras claves (keywords): Enfermedades cardiovasculares. COVID-19. UCI.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR DEPRESIÓN EN CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2017-2020.

Autores: Encina I¹; Carvajal N¹; Chávez M¹; Orellana H¹; Parra F¹; Silva B². **Tutor:** González C³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile
2. Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile
3. Médico cirujano, Universidad de Concepción, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile

Introducción: La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo considerado como un problema de salud pública mundial, debido a su prevalencia, morbilidad y costo social. Además, las medidas implementadas por la pandemia COVID-19 han generado un gran impacto en la salud mental de la población.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo con el objetivo de describir la cantidad de egresos hospitalarios por episodios depresivos en Chile, entre los años 2017-2020 y caracterizarlos según sexo, edad, días de hospitalización y región. Se obtuvieron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud sobre los egresos hospitalarios y días de hospitalización por episodios depresivos en Chile entre los años 2017-2020, y datos del censo 2017 para el cálculo de tasas. Estos se tabularon en Excel según sexo, edad, días de hospitalización y región.

Resultados: Se observa un aumento en los egresos hospitalarios de un 30.7% en el 2019 con respecto al 2017 y una disminución del 21.2% en el 2020 en comparación con el 2019. Existe una mayor frecuencia en mujeres y en el grupo etario de 20-44 años, y promedian 2-4 días menos que los hombres en la estadía hospitalaria. La tasa nacional de hospitalizaciones es de 30,5 egresos por 100.000 habitantes, siendo la tasa más alta en la región de Aysén con 82,4 egresos por 100.00 habitantes y la más baja en las regiones de Coquimbo y Ñuble con 14,8 y 17,8 egresos por 100.000 habitantes respectivamente.

Discusión y conclusión: El mayor número de las hospitalizaciones en mujeres puede deberse a diferencias en la presentación de la enfermedad o a una consulta oportuna, lo cual se asemeja a otros estudios. La mayor estancia en hombres se podría explicar por mayor severidad del cuadro. Se observó predominancia en grupos etarios más jóvenes, lo cual podría indicar una mayor pesquisa a edades más tempranas. Por otro lado, hay grandes diferencias entre regiones que requieren correlacionarse con factores de riesgo ambientales. Por último, durante la pandemia COVID-19 existió una disminución en las admisiones hospitalarias de otras enfermedades, lo cual podría explicar el quiebre en la tendencia al aumento observada entre 2017 y 2019.

Palabras claves (keywords): Depresión. Covid-19. Hospitalización. Chile.

Correspondencia

Nombre: Isidora Dominique Encina Olivares
Correo electrónico: isidoraao@gmail.com



ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL DOS CASOS NOTIFICADOS DE HANSENÍASE PELO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO DE 2015 A 2020.

Autores: França Af¹; Anjos A²; Oliveira H³. **Tutor:** Teixeira L4.

Afiliaciones:

1. Estudante de Medicina. Centro Universitário de Belo Horizonte. Belo Horizonte, Brasil.
2. Estudante de Medicina. Universidade Federal do Paraná. Toledo, Brasil.
3. Estudante de Medicina. Centro Universitário Unifa. Lauro de Freitas, Brasil.
4. Dermatologista, Casa de Saúde São Francisco de Assis (FHEMIG)

Introdução: Pela classificação da Organização Mundial de Saúde, a hanseníase está incluída como uma das principais doenças tropicais negligenciadas (DTN) existentes no Brasil. Causada pelo *Mycobacterium leprae*, trata-se de uma doença infecciosa crônica, de alta infectividade e com grande potencial de gerar incapacidades aos infectados. Assim, o objetivo do estudo é determinar o perfil epidemiológico da hanseníase em nível nacional entre os anos de 2015 a 2020 dividido por regiões e principais características clínicas.

Metodologia: Como um estudo descritivo, analítico e transversal, os dados foram coletados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), base de dados on-line alimentada pela notificação de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória.

Resultados: De 2015 a 2020, existiram 198.479 casos notificados de hanseníase no país. Em 2015, houveram 36.055 casos e cinco anos após, houve uma redução para 21.354 (decréscimo de 40,7%). A região Nordeste foi a principal responsável pelo número de notificações, seguida da região Centro-Oeste. Desse contingente, a maioria dos casos notificados são pacientes maiores de 15 anos (94,3%), homens (56,9%) e pardos (59%). A principal forma clínica observada foi a dimorfa (49,8%) com mais de cinco lesões (36,9%). A virchowiana foi a segunda em prevalência (17,5%) seguida da tuberculóide (11,8%) e indeterminada (11,3%). Em relação as incapacidades, aproximadamente um terço (33,6%) da população estudada apresentou algum grau de incapacidade, sendo a maioria grau 1 (49.571 casos).

Discussão / Conclusão: Como observado, é possível destacar a região Nordeste como a prevalente principalmente por ser uma área de alta endemicidade, onde a carência social e a precariedade sanitária afeta substancialmente a população local. Além disso, a baixa disponibilidade aos serviços de saúde e o acesso vulnerável ao sistema especialmente no período de pandemia de 2020, é uma das possíveis causas que justificam a atenuação de casos notificados de hanseníase no mesmo período. É notório que a doença está sendo diagnosticada tardiamente, pois grande parte dos casos foram notificados com incapacidades presentes no exame físico. Portanto, ressalta-se a importância da identificação precoce da hanseníase para que não ocorra a evolução, transmissão e incapacidades físicas.

Palabras claves (keywords): Hanseníase. *Mycobacterium leprae*. Medicina Tropical.

DESCRIPCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR FRACTURA DE CADERA EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2016 – 2020.

Autores: Rojas P¹; Barriga D¹; Gutiérrez T²; Arcos B³. **Tutor:** Sáez C4.

Afiliaciones:

1. Interno de Medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Interna de Medicina Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.
3. Interna de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
4. Médico Cirujano, CESFAM Lagunillas, Coronel, Chile.

Introducción: Las fracturas de cadera (FC) son una frecuente causa de hospitalización en servicios de urgencia ortopédicos. Su importancia radica en el alto impacto funcional, económico y social, además de la alta morbilidad asociada. El objetivo de este trabajo fue describir los egresos hospitalarios (EH) por FC en Chile durante el período 2016-2020.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo – ecológico. Se analizaron los datos de pacientes egresados con diagnóstico de FC entre los años 2016 – 2020 en Chile, bajo códigos CIE 10 S72.0, S72.1 y S72.2. Las variables fueron edad, sexo, región de Chile, estadía y mortalidad hospitalaria. La información fue obtenida de la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL. Se utilizó Excel para cálculos porcentuales. Al ser datos públicos, no requirió aprobación por comité de ética.

Resultados: En el período, ocurrieron 35.478 EH, con una tasa promedio (TP) de 37,9 egresos por 100.000 habitantes. Existe una relación de 3:1 de EH mujeres versus hombres, sin embargo, en la población menor de 65 años la relación es inversa. Los EH tienen una relación directamente proporcional con la edad. La mayor tasa de EH ocurre en mayores de 80 años con tasa promedio (TP) de 815,34; mientras que la menor tasa corresponde a menores a 20 años, TP de 0,5. La región con mayor tasa de EH es la región de Los Ríos, con TP de 54,5; la con menor tasa es la región de Aysén, con TP de 14,5. La estadía hospitalaria promedio fue de 13 días. El número de pacientes que falleció durante la hospitalización fue de 1.017, lo que significa una mortalidad intrahospitalaria de 2,8%.

Discusión y conclusión: La fractura de cadera en Chile es una patología que afecta principalmente a mayores de 65 años y mujeres. A nivel nacional existen diferencias significativas en la tasa de EH entre regiones. La estadía hospitalaria es mayor y la mortalidad intrahospitalaria es similar a la evidenciada en países como España. En conclusión se deben seguir fortaleciendo las estrategias de prevención de esta patología dado el cambio demográfico que presenta nuestra población.

Palabras claves (keywords): Chile. Epidemiología. Fractura de Cadera.

Correspondencia

Nombre: Pedro Sebastián Rojas Correa
Correo electrónico: barrigagonzalezdiego@gmail.com



VIDEOCONFERENCIAS Y AUTOIMAGEN ¿OTRO IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA PANDEMIA?

Autores: Etcheverry M¹; Fernández V¹; García C¹; Giustinianovich F¹; Arévalo M¹. **Tutor:** Castillo D².

Afiliaciones:

1. Interna/o de Medicina. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano. Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

Introducción: La llegada del virus SARS-COV2 y las consiguientes cuarentenas en Chile, han traído consigo un aumento en el uso de las plataformas de comunicación online de videoconferencia. Esto inició el fenómeno “Zoom Boom”, la tendencia de buscar productos o procedimientos estéticos producto de la alta exposición a videollamadas. En este estudio, evaluamos el impacto que han tenido las videollamadas en la auto-imagen de las personas en Chile.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo. La información se obtuvo mediante una encuesta online, que se aplicó en septiembre de 2021. El criterio de inclusión fue ser mayor de 18 años y los criterios de exclusión fueron no hablar español y no tener cuenta Google. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico.

Resultados: Se obtuvo un universo de 202 participantes. El 78,2% de los encuestados dijo que sus horas de videollamadas semanales aumentaron posterior al inicio de la pandemia. Un 55,4% de los participantes ya tenía una rutina de dermocuidado desde antes de la pandemia, cifra que aumentó a 72,8% posterior a ella. Se encontró una asociación entre la cesantía y gastar menos en cosmética, por lo tanto, se realizó el análisis excluyendo a personas cesantes y se evidenció una asociación entre el incremento de 9 horas de videollamada semanales con el aumento de gastos cosméticos. En cuanto a la influencia de las videollamadas en la autoimagen, un 50,5% de los participantes dijo que sí habían afectado la percepción de su auto imagen.

Discusión y conclusión: Este es el primer estudio en Chile en investigar la relación entre las videollamadas y su efecto en la autoimagen. Los resultados evidenciaron la existencia del fenómeno “Zoom Boom” en Chile y creemos que nuestro trabajo abre la puerta para realizar más estudios de salud mental que se enfoquen en este fenómeno en nuestro país, que surge como resultado de la pandemia del SARS-COV2.

Palabras claves (keywords): Auto-imagen. Pandemia Covid-19. videoconferencias. Salud Mental. Cosmética.

Correspondencia

Nombre: Maite Lorenza Etcheverry Mardones
Correo electrónico: maite.etccheverry@mail.udp.cl



REVISIÓN DE INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JACOB EN UNA REGIÓN RURAL DE CHILE.

Autores: Henríquez F¹; Baeza G¹. **Tutor:** López C^{2,3}; López E^{3,4}.

Afiliaciones:

1. Interno Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
2. Medico Hospital Herminda Martin Chillan, Chile.
3. MGZ Servicio de Salud O'Higgins, Rancagua, Chile.
4. Profesor Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: La Región de Ñuble es una conocida área de alta incidencia de Enfermedad de Creutzfeldt Jacob (ECJ), este último año se ha evidenciado un aumento de los casos presentados, lo que motiva saber cuál es la incidencia anual actual.

Materiales y métodos: Se revisa los egresos de código CIE 10 A81: ECJ y F02.1: Demencia en ECJ, durante los meses de enero a septiembre de 2021 en Hospital Regional de Ñuble, tomado de la base de datos de epicrisis del Servicio de Neurología.

Resultados: Egresaron 9 casos diagnosticados y notificados como ECJ en lo que va del año 2021, lo que significa 1 caso por mes. Con una población proyectada al 2021 del INE, de 514508 habitantes en la región se calculó una tasa de incidencia anual de 23,3 casos por millón de habitantes. Los casos presentaron un promedio de 58.7 años (de 48 a 70 años), 5 mujeres y 4 hombres. Fueron confirmados por presentar una demencia rápidamente progresiva con clínica de máximo 4 meses de evolución, con un promedio de 2.4 meses, con características clínica específicas, asociada a exámenes compatibles, 7 casos con Resonancia Nuclear (RNM) de cerebro, en 2 no se realizan por la gravedad del paciente, 8 casos con Electroencefalograma Digital específico y 2 exámenes encefalopáticos sin descargas específicas (ambos con RNM alterada). 4 casos presentan antecedente familiar de hermanos o padres con ECJ probable.

Discusión y conclusión: Los casos cumplen criterio de ECJ probable según los criterios vigentes, con una alta frecuencia de antecedente de familiar cercano con la enfermedad. Ñuble se mantiene como un área de alta incidencia, mayor a lo esperado y reportado en la literatura.

Palabras claves (keywords): Priones. Demencia. Alta hospitalaria. Incidencia.

Correspondencia

Nombre: Fernando Henríquez Villouta
Correo electrónico: fernandohenriquez.vi@gmail.com



CAMBIOS EN LA CONSULTA GERIÁTRICA ENTRE 2019-2020 DURANTE PANDEMIA COVID19 EN SERVICIO DE URGENCIA DR. MATEO BENCUR PUNTA ARENAS, CHILE.

Autores: Hinojosa-Seguel P¹; Sánchez-Muñoz M². **Tutor:** Cid I³.

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina. Universidad de Magallanes. Punta Arenas, Chile.
2. Estudiante de Bioquímica. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
3. Prof. de Biología, Dr.(c) Biología Molecular. Universidad de Magallanes. Punta Arenas, Chile.

Introducción: En epidemias pasadas se ha visto que la población teme asistir a urgencias pudiendo provocar aumento de morbi-mortalidad en otras patologías como las cardiovasculares. Durante la pandemia por COVID-19 la población mayor ha sido la más amenazada, resulta interesante estudiar los cambios en la cantidad y causas de consultas en urgencias antes y durante la emergencia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se analizaron las consultas de adultos de 65 o más años en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia Dr. Mateo Bencur perteneciente a la comuna de Punta Arenas. Para todas las semanas estadísticas de los años 2019 y 2020, se consideró el total de consultas y las grandes causas (sistema respiratorio, circulatorio, traumatismos y envenenamientos y diarrea aguda). Los datos fueron recabados desde el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud de Chile y analizados con los estadísticos media, varianza, desviación estándar y T-test en el software SPSS v26.

Resultados: Durante el año 2019 hubo en total 2265 consultas con un promedio semanal de 43.6 (± 10.02). El año 2020 tuvo 1494 consultas con una media semanal de 28.2 (± 11.53). Se observó una disminución significativa ($p < 0.01$) equivalente al 34% en el total de consultas y una disminución del 35.32% en la media semanal. Respecto a las consultas segregadas por grandes causas todas disminuyeron, especialmente las causas respiratorias un 75% ($p < 0.01$), las causas del sistema circulatorio un 11% ($p > 0.05$), traumatismos y envenenamiento un 19% ($p > 0.05$) y diarrea aguda un 21% ($p > 0.05$).

Discusión y conclusión: Se observó una disminución estadísticamente significativa en las consultas respiratorias, posiblemente como una repercusión de las medidas adoptadas para combatir el COVID-19 (principalmente distancia social, uso de mascarillas y frecuente lavado de manos), las consultas del sistema circulatorio presentan la menor baja (11%), esto puede ser por la gravedad y prevalencia de estas patologías en la población mayor. Una de las limitaciones del estudio es el uso de una base de datos externa. Sería interesante realizar estudios que determinen si la disminución es dada por una real baja de patologías, miedo a consultar o un buen uso del servicio de urgencias.

Palabras claves (keywords): Pandemias. Servicios Médicos de Urgencia. COVID-19. Datos de salud recopilados de forma rutinaria.

Correspondencia

Nombre: Pedro Sebastián Hinojosa Seguel
Correo electrónico: Pehinojo@umag.cl



REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

Código	Título	Página
RB035	ÚLCERA DE BURULI - REVISÃO DE LITERATURA	166
RB178	INFECCIÓN POR NAEGLERIA FOWLERI EN SUDAMÉRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	167
RB179	MANEJO Y PRONÓSTICO DE LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CONGÉNITAMENTE CORREGIDA, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.	168

ÚLCERA DE BURULI - REVISÃO DE LITERATURA.

Autores: BATISTA JVF¹; NOLASCO TFF²; BACHA KME¹; FERRARI SW³. **Tutor:** TEIXEIRA LC⁴

Afiliaciones:

1. Estudante de medicina. Universidade Nove de Julho. São Paulo, SP. Brasil.
2. Estudante de medicina. Universidade Santo Amaro. São Paulo, SP. Brasil.
3. Estudante de medicina. Faculdade Ingá - UNINGÁ. Maringá, PR. Brasil.
4. Dermatologista. Casa de Saúde São Francisco de Assis. Bambuí, MG. Brasil.

Introducción: Úlcera de Buruli é a terceira doença micobacteriana mais comum em todo o mundo. É causada pelo *Mycobacterium ulcerans* e caracterizada por lesões cutâneas necrosantes. Apesar de em muitas áreas a prevalência ser mais alta do que a da tuberculose e da hanseníase, a Úlcera de Buruli permaneceu amplamente ignorada até cerca de 15 anos atrás, provavelmente porque as regiões mais afetadas são áreas rurais de países tropicais. Em 1998, quando classificada pela OMS como doença tropical emergente e lançada a Iniciativa Global para Úlcera de Buruli, observou-se aumento de interesse pela doença. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar os dados mais recentes sobre a doença.

Métodos: Revisão literatura sobre a Úlcera de Buruli. Os motores de buscas bibliográfica utilizados foram: Pubmed, BVS e SciELO, com artigos publicados de 2016 até março de 2021, em Português, Inglês e Espanhol, visando aumentar a amostragem. Dos 162 artigos pesquisados, 10 artigos foram selecionados para compor o estudo.

Resultados: Uma série de apresentações clínicas são relatadas, desde formas não ulcerativas até úlceras que acometem outros tecidos, podendo evoluir para amputação. Assim, é posto em dúvida se todos os diagnósticos são realmente provenientes apenas do *Mycobacterium ulcerans*. Ainda, a forma de transmissão se mantém obscura, mas teorias apontam para infecção por insetos aquáticos e contato direto com lesões cutâneas. Acerca do tratamento, estudos apontam que pequenas lesões podem ter cura espontânea, entretanto é preconizado o uso de azitromicina associado à claritromicina. Apesar de até mesmo grandes úlceras responderem bem a antibioticoterapia, a excisão cirúrgica pode ser necessária, auxiliando inclusive no processo de cicatrização e tratamento de regiões isoladas.

Discusión y conclusión: A Úlcera de Buruli é uma doença tropical negligenciada de acordo com a OMS. Observa-se carência de estudos sobre a doença, impossibilitando a implementação de medidas efetivas de prevenção e tratamento, gerando consequências físicas e psicológicas e reduzindo assim a qualidade de vida. Portanto, são necessários investimentos em pesquisas para melhor elucidação de seus aspectos, além de uma postura ativa da vigilância em países endêmicos para que assim sejam geradas estratégias direcionadas ao combate da Úlcera de Buruli.

Palabras claves (keywords): Úlcera de Buruli. Buruli Ulcer. Infecção por *Mycobacterium ulcerans*. *Mycobacterium ulcerans* infection. Buruli ulcer lesions.

Correspondencia

Nombre: João Vitor Falcão Batista
Correo electrónico: RB035

INFECCIÓN POR NAEGLERIA FOWLERI EN SUDAMÉRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: LEFNO-DIOCARES C¹; PIZARRO D¹; YUNGE R¹; SANHUEZA C¹. **Tutor:** MARÍN J².

Afiliaciones:

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

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

Introducción: La infección provocada por *Naegleria fowleri* se presenta mayoritariamente en personas sanas con el antecedente de contacto con cuerpos de agua dulce, registrando una baja frecuencia, pero una alta mortalidad. La falta de conciencia sobre esta enfermedad puede generar diagnósticos erróneos, por lo que resulta importante evidenciar su presencia en el escenario clínico regional. El propósito de este estudio fue desarrollar un resumen de la evidencia disponible sobre infecciones verificadas en humanos por *Naegleria fowleri* en Sudamérica.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Web of Science, EBSCOhost, PubMed, Biblioteca Virtual en Salud y SciELO en mayo del 2021. Se incluyeron artículos sobre infecciones por *Naegleria fowleri* en humanos, en países sudamericanos, sin restricciones de lenguaje, que utilicen algún método diagnóstico para verificar el agente infeccioso, publicados entre 1975 y 2021. Se definieron como criterios de exclusión artículos de revisión, cartas al editor, resúmenes de conferencias y columnas de opinión. Se definieron como variables el país del reporte, edad del paciente, antecedente de contacto con cuerpo de agua, período asintomático, síntomas y mortalidad.

Resultados: Se encontraron 7 casos en Sudamérica, los países donde se reportaron fueron Colombia (1) y Venezuela (6). El rango de edad de los infectados fue desde los 4 meses a los 33 años. El 100 % presentó el antecedente de contacto con algún cuerpo de agua dulce entre 1 a 30 días antes de presentar síntomas. Los síntomas más frecuentes fueron la cefalea (85,71 %), fiebre (85,71 %) y vómitos (71,43 %). El método diagnóstico más utilizado fue el estudio microscópico de LCR (57,14 %). La mortalidad de la serie fue de un 100%.

Discusión y conclusión: De forma similar a reportes internacionales, la infección por *Naegleria fowleri* es poco frecuente en la región, pero con una mortalidad elevada, por lo que debe ser un diagnóstico a considerar en países sudamericanos de climas cálidos.

Palabras claves (keywords): Amoeba. Infecciones Protozoarias del Sistema Nervioso Central. *Naegleria fowleri*.

Correspondencia

Nombre: Cristóbal Román Lefno Diocares

Correo electrónico: RB178



MANEJO Y PRONÓSTICO DE LA TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CONGÉNITAMENTE CORREGIDA, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autores: SEPÚLVEDA M¹. **Tutor:** VILAXA A².

Afiliaciones:

1. Estudiante de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica.
2. Profesor de Biología, Dr. en Biología, Docente en Universidad de Tarapacá, Arica.

Introducción: La transposición de grandes arterias es una cardiopatía congénita de tipo cianótica grave pero poco frecuente, de causa desconocida, que se caracteriza por la aorta y la arteria pulmonar se desarrollan de manera invertida cada una, ocasionando un flujo sistémico y pulmonar incomunicados exceptuando el ductus arterioso y el foramen oval. Su diagnóstico suele ser precoz y siempre en contexto perinatal, debido a la necesidad de tratamiento inmediato de reparación. Existen dos formas de presentación descritas en la literatura, la primera de ellas corresponde a la transposición completa (D-TGA; D por dextro-transposición), que consiste en una posición cambiada de la aorta con y la arteria pulmonar mientras que la segunda de ellas es congénitamente corregida, en que la característica principal es que los ventrículos son los que se desarrollaron de forma invertida (L-TGA; L por levo-transposición), siendo esta última nuestro foco de interés.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática rápida y una síntesis narrativa de toda la literatura relacionada con el manejo de la transposición de grandes arterias congénitamente corregida. Se utilizó como motor de búsqueda PubMed, considerando artículos de los últimos 5 años y otros que fueron elegidos de manera arbitraria por los autores debido a su relevancia con el tema. Se utilizó los términos Mesh "transposition great arteries", "surgery" "congenitally corrected" y "L loop". Se obtuvo 98 resultados de los cuales 21 fueron seleccionados para la revisión y realización de la síntesis narrativa.

Resultados: En términos generales, el manejo de la L-TGA sigue 3 tiempos, la mantención del ductus arterioso para mantener la oxigenación, la intervención quirúrgica y el manejo de post-quirúrgico con su respectivo seguimiento y educación. Las últimas décadas se ha caracterizado por un cambio de paradigma sobre el enfoque correctivo de la cirugía, pasando de una solución fisiológica a una anatómica, siendo esta última más riesgosa, pero con mejor pronóstico a largo plazo y una mejora sustancial en la calidad de vida.

Discusión y conclusión: La innovación en tecnologías, en conjunto con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, permiten en la actualidad ofrecer un abanico terapéutico a los padres de los recién nacidos con L-TGA.

Palabras claves (keywords): Cardiopatía congénita. Transposición de grandes vasos. Transposición congénitamente corregida de las grandes arterias.

Correspondencia

Nombre: Mirko Sepúlveda Nina
Correo electrónico: RB179

