



III° JCEM 2024

III° JORNADA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

LIBRO

RESUMEN

2024



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR



1.º JORNADA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Prohibida su reproducción total o
parcial con fines comerciales sin
autorización escrita de la Academia.



III° JCEM 2024

III° JORNADA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA , UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

T E M U C O , C H I L E



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

COMITÉ ORGANIZADOR

DIRECTORES

Poliana Farias O.

Directora III° JCEM 2024
Presidenta ACEM UFRO 2024

Ignacio Rojos L.

Estudiante Medicina, UFRO.
Director de Investigación ACEM UFRO 2024

Alexandra Barra H.

Estudiante Medicina, UFRO.
Directora de RRSS ACEM UFRO 2024

Daniel Reyes M.

Estudiante Medicina, UFRO.
Tesorero ACEM UFRO 2023.

Fernanda Hoffstetter C.

Estudiante Medicina, UFRO.

Jorge Troncoso R.

Interno Medicina, UFRO.

Esteban Henriquez V.

Interno Medicina, UFRO.

Manuel Basaure B.

Interno Medicina, UFRO.

Maximiliano Martinez O.

Estudiante Medicina, UFRO.



REVISTA de ESTUDIANTES de
MEDICINA DEL SUR



ÍNDICE TRABAJOS

CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
CC-01	MIELOMA MÚLTIPLE BICLONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 8
CC-02	AURA VISUAL SIN CEFALEA: A PROPÓSITO DE UN CASO	Pág 9
CC-03	NEUMONÍA POR VARICELA EN PACIENTE DE 16 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 10
CC-04	REPORTE DE CASO: SIALOADENITIS POR SIALOLITIASIS EN GLÁNDULA SUBMANDIBULAR	Pág 11
CC-05	LEIOMIOMA BENIGNO METASTATIZANTE PULMONAR, HALLAZGO INTRAOPERATORIO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE HIDATIDOSIS PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 12
CC-06	LÍPOMA VENTRICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA INTRACAVITARIA CARDÍACA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 13
CC-07	COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS EN EL SÍNDROME DE MAY – THURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 14
CC-08	DESAFÍO CLÍNICO: SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK, COMPLICACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y RECUPERACIÓN RENAL PREVIA A CIRUGÍA.	Pág 15
CC-09	MIOSITIS SECUNDARIA A INFLUENZA A, REPORTE DE CASO	Pág 16
CC-11	INFECCIÓN PERIPROTÉSICA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	Pág 17
CC-12	SÍNDROME ATÁXICO POR CEREBELITIS POSTINFECCIOSA COMO COMPLICACIÓN DE PRIMAINFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN ADOLESCENTE	Pág 18
CC-13	SOSPECHA DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN EDAD POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 19
CC-14	SÍNDROME DE CAUDA EQUINA: DE UN PRONÓSTICO DESFAVORABLE A UNA RECUPERACIÓN ÓPTIMA	Pág 20
CC-15	MEDIASTINITIS Y OSTEOMIELITIS ESTERNAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE ANGIOSARCOMA MEDIASTÍNICO TRATADO. REPORTE DE CASO.	Pág 21
CC-16	ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTEMICA O ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 22
CC-17	HELCOCOCCUS KUNZII COMO AGENTE CAUSAL DE GANGRENA EN EXTREMIDAD AFECTADA POR ISQUEMIA CRÍTICA: REPORTE DE CASO.	Pág 23
CC-18	MORFEA PANESCLERÓTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO.	Pág 24
CC-19	ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA EN PEDIATRÍA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 25
CC-20	COLITIS QUÍSTICA PROFUNDA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA, UN REPORTE DE CASO.	Pág 26
CC-21	DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN CON MEGACOLON TÓXICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 27
CC-23	LESIÓN PSEUDOTUMORAL GIGANTE COMPRESIVA POR EQUINOCOCOSIS EN MUSLO DERECHO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 28
CC-24	LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B "LEG TYPE" A PROPÓSITO DE UN CASO EN PACIENTE ADULTO MAYOR	Pág 29
CC-25	MIOSITIS NECROTIZANTE AUTOINMUNE INDUCIDA POR ESTATINAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 30
CC-26	PÉNFIGO VULGAR Y USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	Pág 31

ÍNDICE TRABAJOS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
CC-27	ROTURA ABIERTA DE LA BANDA SAGITAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.	Pág 32
CC-29	SÍNDROME DE GRADENIGO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 33
CC-30	SOSPECHA DE TUBERCULOSIS MILIAR COMO ETIOLOGÍA DE SÍNDROME DIARREICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 34
CC-31	TUBERCULOSIS CUTÁNEA, UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE	Pág 35
CC-32	TIFUS DE LOS MATORRALES, UNA ENFERMEDAD EMERGENTE EN CHILE	Pág 36
CC-33	TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y PESQUISA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SILENTE ANTE LA SOSPECHA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS	Pág 37
CC-34	ATAXIA RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO	Pág 38
CC-35	XANTOGRANULOMA JUVENIL MÚLTIPLE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES CUTÁNEAS HIPOPIGMENTADAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 39
CC-36	PARÁLISIS HIPOKALÉMICA SECUNDARIA A ACIDOSIS TUBULAR RENAL COMO DEBUT DE SÍNDROME DE SJÖGREN	Pág 40
CC-37	ASOCIACIÓN DE FRACTURA MEDIOCLAVICULAR Y LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR GRADO V: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 41
CC-38	ESPONDILODISCITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 42
CC-39	FALLA DE ESTERILIZACIÓN: EMBARAZO INTRAUTERINO TRAS SALPINGECTOMÍA Y FIMBRIECTOMÍA BILATERAL	Pág 43
CC-40	PIELITIS Y CISTITIS ENFISEMATOSA COMO CAUSA DE SHOCK SÉPTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 44
CC-41	VÓLVULO CECAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO	Pág 45
CC-42	SILENCIOSA AMENAZA: CASO DE TIFUS DE LOS MATORRALES EN LA ISLA DE CHILOÉ.	Pág 46
CC-43	SÍNDROME DE LUTEMBACHER ADQUIRIDO: SECUELAS DE UNA ENFERMEDAD REUMÁTICA, REPORTE DE UN CASO.	Pág 47
CC-44	SÍNDROME VOGT KOYANAGI HARADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 48
CC-45	TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL Y DE SIMULACIÓN CON ABUSO DE SUSTANCIAS: CASO CLÍNICO.	Pág 49

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
TI-01	ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES MIGRANTES EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO DURANTE EL PERIODO 2020-2024	Pág 51
TI-02	IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LAS HOSPITALIZACIONES POR VARICELA EN CHILE	Pág 52
TI-03	IMPORTANCIA DEL RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES PREVIO A CIRUGÍA DE CATARATA.	Pág 53
TI-04	TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR MONONUCLEOSIS INFECCIOSA ENTRE EL AÑO 2020 Y 2023 EN CHILE.	Pág 54
TI-05	ATENCIÓNES DE URGENCIA PEDIÁTRICA POR CRISIS OBSTRUCTIVA BRONQUIAL DURANTE EL PERIODO 2017-2023 EN CHILE.	Pág 55

CASOS CLÍNICOS



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

MIELOMA MÚLTIPLE BICLONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Bárbara Mansilla²
Ignacio Delgado²
Jonatan Pérez²
Patricia González²
Ángela Mansilla¹

TUTORES

Catalina Benitez³

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Hernan Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Inmunoglobulinas,
Mieloma Múltiple,
Plasmocitoma.

b.mansilla02@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células plasmáticas que provoca la proliferación anormal de inmunoglobulina monoclonal en sangre y/o orina. Esta enfermedad se asocia con daño orgánico significativo, manifestándose como anemia, hipercalcemia, insuficiencia renal y susceptibilidad a infecciones.

En aproximadamente el 5% de los casos de MM, se detecta más de una proteína monoclonal, conocida como mieloma múltiple biclonal. En esta variante, se pueden identificar dos picos monoclonales diferentes mediante técnicas diagnósticas como la electroforesis de proteínas séricas y la inmunofijación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 57 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por un mes de compromiso general, fatiga e hiporexia. En bioquímica sanguínea destacó calcio corregido por hipoalbuminemia en 21 mg/dL y una tomografía compatible con plasmocitoma costal derecho. Ante la sospecha de MM, se realizó mielograma que presentó celularidad aumentada, con disminución de serie mieloide y eritroide y 62% de células plasmáticas displásicas. En electroforesis de proteínas hubo hipoalbuminemia absoluta, con presencia de proteína monoclonal Beta 1 y Gamma 1. El paciente evolucionó en buenas condiciones y fue dado de alta con quimioterapia y radioterapia. Consintió la publicación del caso.

DISCUSIÓN

El MM es más común en adultos mayores, con una mediana de edad al diagnóstico de 66 años. Sus síntomas frecuentes incluyen anemia (73%), dolor óseo (58%), elevación de creatinina (48%), debilidad (32%), hipercalcemia (28%) y pérdida de peso (24%). Los plasmocitomas están presentes en el 7% de los pacientes al diagnóstico.

El MM biclonal es raro, siendo frecuentes los IgG/IgA (53%) o IgG/IgM (24%). Aunque sus síntomas son similares, la presencia de inmunoglobulinas biclonales puede indicar mayor complejidad, ya que pueden evolucionar de forma independiente, afectando la progresión y respuesta al tratamiento.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico rápido es crucial, ya que la demora empeora el pronóstico, requiriendo un alto índice de sospecha y derivación temprana.

AURA VISUAL SIN CEFALEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Valentina Ernst¹
Catalina Valenzuela¹
Laura Cornejo¹
Giovanna Pavani¹
Bernardita Becker¹

TUTORES

María Ferraz²

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Oftalmóloga, Hospital San José, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Percepción visual, Cefalea, Migraña con aura.

valentina.ernst@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

El aura visual (AV) se define como síntomas focales neurológicos visuales reversibles que surgen antes o durante el ataque del dolor de cabeza migrañoso. El AV puede ocurrir seguida o no de cefalea, siendo esta última un tipo muy raro de migraña, con incidencia en el 3% de mujeres y en el 1% de hombres. El aura visual sin cefalea (AVSC) tiende a ocurrir entre las edades de 20 a 39 años y de 60 a 69 años. El AVSC debe ser diferenciado de otros diagnósticos como los accidentes isquémicos transitorios o crisis epilépticas focales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 23 años sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de meses de evolución de visión de manchas borrosas en el ojo derecho de 1-5 minutos de duración, sin desencadenante aparente, ni sintomatología asociada previa, durante o posterior al episodio. Examen neurológico normal. Se realiza estudio con angioresonancia magnética de cabeza y cuello, campo visual de Goldman, electrocardiograma, serología para virus hepatitis B y C, sífilis y virus de inmunodeficiencia humana sin hallazgos patológicos. Al descartar los principales diagnósticos diferenciales, se diagnostica aura visual sin cefalea. Se indica tratamiento con Lamotrigina, con buena respuesta y disminución de los episodios. Paciente firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El AVSC es una variante poco frecuente de migraña, de naturaleza benigna que presenta síntomas focales neurológicos transitorios y ausencia de cefalea, por lo que es importante reconocerla dado que puede simular patologías graves como el ictus, epilepsia o tumores cerebrales, haciendo difícil su diagnóstico. Es necesario realizar una anamnesis adecuada y un estudio completo para excluir las otras causas. En este caso, el síntoma fue inespecífico (“visión borrosa”) y el estudio fue completamente normal, por lo que fue esencial tener un alto índice de sospecha para lograr llegar al diagnóstico correcto.

NEUMONÍA POR VARICELA EN PACIENTE DE 16 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Gonzalo Caro¹
Joaquín Bórquez¹
Francisca Montenegro¹
Aline Thomas¹
Camila Moesicke¹

TUTORES

Nicolás Huenchullán²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

PALABRAS CLAVES

Varicela, Neumonía, Aciclovir.

gonzalo.caro@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La varicela es una infección exantemática producida por el virus Varicela zóster (VVZ) propia de la infancia, donde cerca del 10% mayor de 15 años es susceptible a padecerla. Se presenta como exantema generalizado centrípeto, predominante en cabeza y tronco, pruriginoso, con vesículas características. Una de sus complicaciones es la neumonía por varicela, la cual presenta un curso insidioso con desarrollo de disnea, tos y dolor torácico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 16 años sin mórbidos consulta por lesiones vesiculosas generalizadas y pruriginosas, acompañadas de disnea y desaturación hasta 88%, con compromiso estado general. Hermana de 8 años con varicela hace una semana. Tomografía de tórax: bronquiolitis infecciosa multifocal, foco de condensación en el lóbulo inferior izquierdo y adenopatías mediastínicas bilaterales. Se decide hospitalización por requerimiento de oxígeno y tratamiento con aciclovir y antibióticos. Se solicita consentimiento informado a su ingreso. Evoluciona favorablemente, sin necesidad de oxígeno. Solicita su alta voluntaria antes de completar tratamiento con aciclovir (14 días).

DISCUSIÓN

Paciente cursando primoinfección por VVZ durante adolescencia, complicándose con neumonía. Presentó lesiones típicas y síntomas respiratorios de alerta, siendo la tomografía complementaria para el diagnóstico de patología infecciosa multifocal. Imágenes compatibles con hallazgos en literatura. El manejo con aciclovir y antibióticos fue consistente con las recomendaciones para complicaciones pulmonares. Aunque la evolución fue favorable, el alta voluntaria antes de completar el tratamiento implica riesgo de recaída, sin embargo el paciente permanece en buenas condiciones generales hasta el control.

CONCLUSIÓN

Pese a no ser tan frecuente, la primoinfección por VVZ en mayores de 12 años puede conllevar riesgos de complicaciones, entre ellas la neumonía. El uso de aciclovir y antibióticos permite la recuperación del cuadro. Se recomienda completar el tratamiento, educando al paciente sobre su importancia. El monitoreo en estos pacientes es fundamental.

REPORTE DE CASO: SIALOADENITIS POR SIALOLITIASIS EN GLÁNDULA SUBMANDIBULAR

AUTORES

Juan Torres¹
Cristobal Riquelme¹
Francisca Martinez¹
Rosita Gutiérrez¹
Matías Obreque¹
Joaquín Cortés²

TUTORES

Andrés Aguilar³

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico General, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Sialadenitis, Sialolitiasis, Glándulas salivales

j.torres22@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La sialoadenitis es la inflamación de las glándulas salivales, comúnmente causada por la sialolitiasis, que es la formación de cálculos en las glándulas o sus conductos. Clínicamente, se manifiesta con dolor localizado, fiebre y secreción purulenta

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 21 años consulta en urgencias por aumento de volumen en la región submandibular derecha, dolor intenso, fiebre (38 °C) y secreción purulenta de seis días de evolución. Los exámenes mostraron leucocitosis (15,230) y PCR elevada (201). La tomografía computarizada (TC) confirmó una sialoadenitis submandibular derecha con un cálculo de 9.5 x 5.6 mm en el conducto de Wharton. El paciente ingresa al pabellón de urgencias para la extracción del cálculo, drenaje y marsupialización del conducto, sin incidentes. Alta a los tres días postoperado.

DISCUSIÓN

La sialolitiasis afecta en un 80% la glándula submandibular, en un 19% la parótida y en un 1% las sublinguales, generalmente de forma unilateral y sin predilección por un lado. Es más frecuente en hombres de 30 a 60 años, aunque en este caso ocurrió en un paciente más joven. Aunque puede ser asintomática, los síntomas como aumento de volumen y dolor aparecen al acumularse saliva debido a la obstrucción del conducto de Wharton, con complicaciones como sialoadenitis, en la cual se asocia fiebre y secreción purulenta, como se presentó en el caso. Se requiere de TC y resonancia nuclear magnética en algunos casos complejos para identificar complicaciones (abscesos) y diferenciarla de tumores, aterosclerosis linfadenopatías calcificadas. El tratamiento incluye extracción quirúrgica del cálculo, acompañado de analgesia y antibióticos si hay inflamación o infección.

CONCLUSIÓN

La sialolitiasis es una causa frecuente de sialoadenitis, que en la mayoría de los casos no presenta complicaciones graves, pero en pacientes con cuadros a repetición puede evolucionar con infecciones graves que requieren resolución quirúrgica de urgencias.

LEIOMIOMA BENIGNO METASTATIZANTE PULMONAR, HALLAZGO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE HIDATIDOSIS PULMONAR, REPORTE DE CASO.

AUTORES

Manuel Basaure¹
Esteban Henríquez¹
Ignacio Escobar¹
Bastián Vergara¹
Guillermo Romero¹
Aline Piffaut¹

TUTORES

Berthold Bohn²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Hidatidosis Pulmonar,
Leiomioma, Metástasis.

m.basaure01@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

Los leiomiomas metastizantes benignos pulmonares son una patología rara que se caracteriza por la presencia de nódulos múltiples, bilaterales y de distinto tamaño, fácilmente confundibles con cáncer metastásico. Es una patología más frecuente en mujeres postmenopáusicas histerectomizadas por miomatosis uterina, sin embargo, también se han reportado casos en hombres y niños. Estas lesiones habitualmente tienen buena respuesta sintomática con tratamiento antiestrogénico. La presentación clínica varía desde asintomático como hallazgo imagenológico hasta síntomas respiratorios como disnea y tos. El pronóstico de estos pacientes es favorable.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 52 años con cuadro de 10 meses de disnea progresiva y tos. En seguimiento ambulatorio se pesquisa imagen pulmonar quística sospechosa de quiste hidatídico e hidroneumotórax izquierdo. Se hospitaliza para manejo quirúrgico. Se repite tomografía computarizada contrastada de tórax, abdomen y pelvis donde se describe: lesiones quísticas de tamaño variable, redondeadas, bien definidos, de distribución aleatoria en ambos pulmones, compatibles con hidatidosis, hígado sin lesiones focales. Ingresa a pabellón para resección de lesión de mayor tamaño. En el intraoperatorio se describe lesión quística con paredes sólidas irregulares pediculada dependiente de la llingula, asociada a numerosas lesiones sólidas nodulares en ambos lóbulos. Pieza quirúrgica es enviada a biopsia rápida, la cual informa hallazgos sugerentes de proliferación fusocelular probablemente benigna. Buena evolución en el postoperatorio. El resultado de biopsia diferida informa hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con leiomioma en tejido pulmonar. En seguimiento posterior paciente evoluciona sin disnea, sin reproducción de hidroneumotorax.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los leiomiomas metastizantes benignos pulmonares son una patología rara, con escasos casos publicados en la literatura, siendo su principal diagnóstico diferencial el cáncer metastásico, sin embargo, a diferencia de esta última, son de buen pronóstico. No hay metanálisis recientes sobre esta patología y sería importante poder comparar los diferentes manejos y sus resultados a corto y largo plazo.

LIPOMA VENTRICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA INTRACAVITARIA CARDÍACA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Manuel Basaure¹
Esteban Henríquez¹
Ignacio Escobar¹
Bastián Vergara¹
Guillermo Romero¹
Aline Piffaut¹

TUTORES

Berthold Bohn²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Lipoma Cardíaco,
Neoplasia Cardíaca,
Tumor Cardíaco Primario

m.basaure01@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

Las masas intracardíacas corresponden a un grupo heterogéneo de patologías. Su presentación clínica varía desde hallazgo incidental en estudio de imágenes hasta cuadros graves que comprometen la vida del paciente. Los tumores cardíacos primarios son raros, con una incidencia de 1.38-30 por 100.000 habitantes/año, de los cuales un 80% son tumores benignos y de ellos el lipoma corresponde al 21%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 33 años, consulta por cuadro de 2 semanas de dolor lumbar que en las 24 horas previas a la consulta se le agrega fiebre hasta 39.3°C, diarrea y vómitos. Al examen físico destaca soplo sistólico II/VI. En sus exámenes destacan proteína C reactiva (PCR) en 105 mg/dL y hemograma sin leucocitosis, orina completa inflamatoria y con cristales de urato amorfos abundantes, por lo que se sospecha inicialmente urolitiasis complicada. Se realiza tomografía computada abdomen y pelvis contrastada donde se describe como hallazgo lesión nodular intracavitaria del ventrículo izquierdo. En este contexto se sospecha endocarditis bacteriana, se toman hemocultivos periféricos que resultan negativos, se realiza ecocardiografía transesofágica que informa en relación a pared posterior en segmento medio y apical imagen masiforme de forma ovoidea adherida a ventrículo izquierdo por pedículo sin vascularización al Doppler color. Se realiza cardio-resonancia en la cual se confirma la presencia de lesión tumoral ventricular izquierda dependiente del músculo papilar inferolateral, sin caracteres de agresividad. Ingres a pabellón donde se realiza resección tumoral. Biopsia de la lesión describe lipoma cardíaco. Evolución favorable en el postoperatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los lipomas dependientes de los músculos papilares del ventrículo izquierdo son muy raros y dentro de su manejo hay que tener en consideración las potenciales complicaciones quirúrgicas como la resección accidental de músculos papilares. Si bien corresponden a neoplasias benignas, es importante el manejo quirúrgico dado el potencial riesgo embólico que estas presentan.

COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS EN EL SÍNDROME DE MAY – THURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Andor Winckler¹
Daniela Fica¹
Javiera Figueroa¹
Francisca Pastene¹

TUTORES

Gabriel Delgado²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile
2. Cirujano general, Hospital de Puerto Montt, Chile.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de May–Thurner, Trombosis Venosa, Angioplastia, Síndrome de Cockett, Síndrome de Compresión de la Vena Ilíaca

a.winkler.alvarez@gmail.com



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

El síndrome de May–Thurner (SMT) o síndrome de Cockett, es una condición que implica una obstrucción venosa provocada por la compresión extrínseca del sistema venoso ilio–cava por parte del sistema arterial. La compresión más común es la de la vena ilíaca izquierda, situada entre la arteria ilíaca común y quinta vértebra lumbar.

No se conoce con precisión la incidencia y prevalencia, dado que la mayoría son asintomáticos. Cuando la compresión es hemodinámicamente significativa, debuta con síntomas de insuficiencia venosa e incluso trombosis venosa profunda (TVP). Los factores de riesgo principales son atribuibles a la triada de Virchow. La edad media de presentación es en la quinta década.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina, 57 años, con antecedente de artroplastia rodilla izquierda. Tras inmovilización prolongada por viaje terrestre, debuta con trombosis profunda iliofemoral en vena femoral, femoral profunda y poplítea izquierda, además de tromboembolismo pulmonar segmentario y subsegmentario bilateral secundario. En estudio etiológico tromboembólico se pesquisa síndrome de May Turner que responde a terapia médica (anticoagulación y medias compresivas), por lo que se mantuvo en seguimiento por cirugía vascular.

Dada persistencia de claudicación venosa y edema, se realiza flebografía donde se identifica trombo crónico mural en vena iliaca común y externa con estenosis del 50% del lumen. Se realiza angioplastia con balón de vena iliaca común, externa y femoral común izquierda. Evolucionando favorablemente desde el punto de vista clínico, por lo que se decide alta con Dabigatrán. Actualmente asintomática y en evaluación seriada. Se firma consentimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se requiere alta sospecha para esta condición clínica, especialmente en paciente femenina con debut de TVP izquierda, ya que el tratamiento endovascular y anticoagulante disminuye recidivas y complicaciones. Si bien, el SMT es poco frecuente, es importante considerarlo dentro del diagnóstico etiológico de la TVP y otras complicaciones como el síndrome post flebítico.

DESAFÍO CLÍNICO: SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK, COMPLICACIONES HIDROELECTROLÍTICAS Y RECUPERACIÓN RENAL PREVIA A CIRUGÍA.

AUTORES

Javiera Zamorano¹
Daniela Hidalgo¹
Maria Florencia Polanco¹
Diego Morales¹
Dannae Rubio¹
Agustin Gutierrez¹

TUTORES

Camilo Huerta²

AFILIACIONES

1. Estudiante/Interno, Universidad de Talca, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos, San Javier, Chile.

PALABRAS CLAVES

Hipopotasemia,
Desequilibrio
Hidroelectrolítico,
Adenoma Velloso

javizamoranom@gmail.com



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

El Síndrome McKittrick-Wheelock (SMKW) es causado por un adenoma vellosa secretor que provoca diarreas crónicas ricas en iones, llevando a una depleción hidroelectrolítica, principalmente de sodio, potasio y calcio. A nivel mundial y en Chile, los casos reportados son escasos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 69 años, con antecedentes de cardiopatía coronaria y enfermedad renal crónica (ERC) no precisada, consulta por calambres en extremidades y taquicardia, sin otros hallazgos relevantes al examen físico. Los laboratorios muestran: electrolitos plasmáticos (Na 129 mEq/L, K 3.08 mEq/L, Cl 88 mEq/L), creatinina 2.33 mg/dL y nitrógeno ureico 57.3 mg/dL. Se ingresa por insuficiencia renal aguda sobre ERC, hiponatremia moderada e hipopotasemia leve. Durante la hospitalización, persiste la hiponatremia de difícil manejo y se observan elevadas pérdidas gastrointestinales debido a diarrea crónica asociada a un adenoma vellosa recién diagnosticado. Se estabiliza el balance electrolítico antes de realizar una resección del adenoma mediante cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS), con buena evolución postoperatoria y sin nuevas alteraciones electrolíticas.

DISCUSIÓN

El SMKW puede presentarse con diarreas crónicas que inicialmente son compensadas, pero con el tiempo provocan síntomas como letargo, cefalea y calambres. La presencia de una tríada de insuficiencia prerrenal, alteraciones electrolíticas y diarrea crónica sugiere un adenoma vellosa intestinal, cuyo tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

CONCLUSIÓN

Debido a la complejidad de su manejo y el riesgo vital que representa, es clave plantear este síndrome y no pasar por alto a la hora de formular un diagnóstico diferencial en pacientes con desequilibrios hidroelectrolíticos, que es un cuadro que manejamos diariamente en la práctica clínica.

MIOSITIS SECUNDARIA A INFLUENZA A, REPORTE DE CASO

AUTORES

Victoria Sáez¹
María Castro¹
Cecilia Valeria¹
Camila García-Huidobro¹
Daniel Moya¹
Nathalye Catalan¹

TUTORES

Nicole Ortiz²
Vania Sepúlveda³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente de Medicina Interna Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano, Residente de Pediatría, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Creatina quinasa, Miositis, Virus de la influenza A

v.saez09@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La miositis, inflamación del tejido muscular, puede desencadenarse por infecciones virales como la influenza A, que, además de síntomas respiratorios, puede provocar complicaciones sistémicas, incluido el sistema musculoesquelético. Este caso resalta la importancia de considerar las manifestaciones extrapulmonares y la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años, consulta por cuadro respiratorio, se maneja como otitis media aguda. Dos días después, presenta dolor en extremidades inferiores y paresia al deambular. Ingresa a urgencias del hospital regional de Temuco, donde impresiona, arreflexia miotática universal y mantención de tos productiva. Los exámenes revelan creatina quinasa (CK) 1184, lactato deshidrogenasa (LDH) 280 y panel de virus respiratorios, positivo para virus influenza A.

Se hospitaliza para completar estudio en contexto de paraparesia. Se realiza estudio inmunológico, serológico y dirigido de miositis, todos resultan dentro de límites normales.

Tras una semana, el paciente evoluciona favorablemente, sin síntomas respiratorios y con normalización clínica y de parámetros de laboratorio, siendo dado de alta asintomático con educación sobre vacunación anual y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Este caso presenta miositis viral, complicación rara de la infección por influenza A, que ocurre en menos del 1% de jóvenes y puede aparecer de 1 a 2 semanas tras la infección inicial.

Los hallazgos de laboratorio (aumento de CK y LDH), indican daño muscular y corroboran la inflamación asociada, por lo que la evaluación exhaustiva es clave para descartar otras causas.

La evolución favorable del paciente, es alentadora y se alinea al buen pronóstico del cuadro.

CONCLUSIÓN

Este caso enfatiza la relevancia de reconocer el diagnóstico y manejo de complicaciones asociadas a infecciones virales, así como la importancia de la educación sobre la vacunación anual contra la influenza para prevenir futuros casos.

Un manejo adecuado y oportuno puede mejorar significativamente los resultados clínicos, resaltando el valor de atención médica multidisciplinaria.

AUTORES

Camila García-Huidobro¹
Scarlett Valenzuela¹
Daniel Moya¹
Gustavo Reyes¹
Bianca Gramer¹
Alexandra Baier¹

TUTORES

Mario Colville²

AFILIACIONES

1. Interno de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico general, residente de Traumatología y Ortopedia, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Infecciones Relacionadas con Prótesis, Infección por Mycobacterium tuberculosis, Prótesis articulares, Prótesis de la rodilla.

c.garciahuidobro01@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

Las infecciones periprotésicas (IPP) por Mycobacterium tuberculosis (TBC) son una complicación muy poco frecuente a nivel mundial, incluso en regiones endémicas, y generan repercusiones significativas para los pacientes y costos elevados para el sistema de salud.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Dado el consentimiento se presenta el caso, paciente de 69 años sin antecedente de infección pulmonar ni extrapulmonar de TBC, con antecedente quirúrgico de prótesis total de rodilla derecha el 2023. Seis meses después consulta por gonalgia derecha de un mes de evolución que limita su marcha. Al examen físico se describe aumento de volumen, sin eritema ni aumento de temperatura local, con dolor a la movilización activa y pasiva, flexión limitada a los 90°.

Se realiza escáner con contraste que revela un derrame articular significativo y engrosamiento sinovial difuso. Ante la sospecha de infección protésica, se programa una revisión quirúrgica, donde se identifica una fístula comunicante y un componente femoral desvitalizado, sugiriendo osteomielitis. Se toman cultivos y se coloca un espaciador de cemento con vancomicina. Cuatro días después, se reporta un cultivo positivo para bacilo de Koch y el GenXpert confirma TBC. Se inicia tratamiento antituberculoso. Actualmente, la paciente ha completado la primera fase del tratamiento y está en seguimiento por traumatología, infectología y broncopulmonar, esperando el segundo tiempo quirúrgico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las IPP son una complicación devastadora de las artroplastias, se da en alrededor de un 1 a 2% de todas las prótesis. La infección osteoarticular TBC es la tercera causa de manifestación extrapulmonar de la tuberculosis, alrededor del 10% de los casos, pero es una causa muy poco frecuente de IPP, alrededor del 0,2%. Al igual que el caso presentado la infección por TBC tiene una presentación más insidiosa y se debe sospechar en pacientes inmunocomprometidos o con poca respuesta a tratamiento empírico.

SÍNDROME ATÁXICO POR CEREBELITIS POSTINFECCIOSA COMO COMPLICACIÓN DE PRIMOINFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN ADOLESCENTE

AUTORES

María Castro¹
Cecilia Valeria¹
Victoria Sáez¹
Nathalye Catalán¹
Cristóbal Riquelme¹
Benjamín López²

TUTORES

Vania Sepúlveda³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Residente de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Varicela, Ataxia, Infecciones del sistema nervioso central

m.castro10@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Los síndromes atáxicos agudos representan un raro motivo de consulta en las urgencias pediátricas. Dentro sus causas más frecuentes se encuentran los estados postinfecciosos, asociados a agentes como el virus varicela-zóster (VVZ), el virus Epstein-Barr, entre otros. La cerebelitis postinfecciosa es la principal complicación neurológica del VVZ, clínicamente manifestado como síndrome atáxico agudo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Masculino de 11 años, cursando con varicela, acude a servicio de urgencias de hospital de origen por cuadro de 7 días de evolución de fiebre, mareos, vómitos y fotofobia, progresando en los últimos 2 días con inestabilidad en la marcha. En exámenes de laboratorio generales: hemograma, bioquímicos, orina y marcadores inflamatorios normales, y punción lumbar con parámetros en líquido cefalorraquídeo (LCR) compatibles con infección viral. Se deriva a hospital terciario bajo sospecha de encefalitis viral para continuar manejo y estudio, donde se solicita tomografía computada de cerebro y resonancia magnética de cerebro ambos sin hallazgos patológicos. Se repite punción lumbar donde destaca proteinorraquia, tinción de Gram sin gérmenes, panel PCR de meningitis negativo y cultivo negativo. Se sospecha cerebelitis postinfecciosa en contexto de varicela, con síndrome atáxico asociado, por lo que se inicia esquema antiviral con aciclovir por 14 días, con favorable evolución, logrando deambulación sin asistencia y sin otras secuelas neurológicas.

DISCUSIÓN

La cerebelitis postinfecciosa es una de las complicaciones neurológicas más comunes de la varicela. Ocurren en promedio 1 a 2 semanas posterior al exantema. Clínicamente, se presenta como síndrome atáxico bilateral, simétrico. El laboratorio, punción lumbar e imágenes pueden presentarse poco alterados o normales. Generalmente, el pronóstico de estos cuadros es favorable, sin secuelas neurológicas permanentes.

CONCLUSIÓN

Ante la presentación de un paciente pediátrico con síndrome atáxico agudo, resulta fundamental realizar una anamnesis orientada a infecciones recientes, ya que se considera esta etiología como la más probable en relación a estos cuadros.

SOSPECHA DE SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN EDAD POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Daniela Hidalgo¹
Javiera Zamorano¹
María Polanco¹
Dannae Rubio¹
Agustín Gutiérrez¹
Diego Morales¹

TUTORES

Ignacia Venegas²

AFILIACIONES

1. Interno, Escuela de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital de San Javier Dr. Abel Fuentealba Lagos, San Javier, Chile.

PALABRAS CLAVES

Eritema multiforme, Estomatitis, Síndrome de Stevens-Johnson.

dhidalgo19@alumnos.otalca.cl



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Stevens-Johnson (SJS) es una reacción cutánea y mucosa poco frecuente que afecta mundialmente a 1-10 personas por millón de habitantes al año. Se presenta como erosiones en mucosa, desprendimiento epidérmico y riesgo de daño multiorgánico, por lo que es potencialmente mortal. Puede desencadenarse por fármacos (9% de los casos), infecciones o factores idiopáticos, y aunque tiene mayor incidencia en pediátricos, puede presentarse a cualquier edad. La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para mejorar el pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 22 años, sin antecedentes, diagnosticada con bronquitis aguda y tratada ambulatoriamente con prednisona y naproxeno, reconsulta una semana después en urgencias tras aparición progresiva de estomatitis, lesiones cutáneas y en mucosa genital y fiebre alta. Al examen físico destacó edema palpebral y labial, labios y mucosa oral descamativa eritematosa, eritema multiforme de predominio dorsal y en extremidades, lesiones en labios menores y vulva. En exámenes de laboratorio se evidenció proteína C reactiva 238 mg/L, leucocitos 13.900 cel/mm³ (segmentados 11.259 cel/mm³). Se presenta a hospital de mayor complejidad como sospecha SJS, donde de manera diferida se confirma diagnóstico. Previo a traslado la paciente firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El SJS es una enfermedad mucocutánea rara, aguda y fatal, frecuentemente asociada a medicamentos, como antiinflamatorios no esteroideos. Los profesionales del área de la salud deben estar atentos a signos tempranos para facilitar el diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado.

CONCLUSIÓN

La rápida identificación del SJS resulta esencial para un manejo adecuado y mejor pronóstico. En este caso, la derivación oportuna a un centro especializado fue clave para la evolución favorable de la paciente. Se destaca la importancia de una vigilancia clínica activa ante signos sospechosos y un enfoque multidisciplinario para reducir la morbilidad de esta enfermedad.

SÍNDROME DE CAUDA EQUINA: DE UN PRONÓSTICO DESFAVORABLE A UNA RECUPERACIÓN ÓPTIMA

AUTORES

Giovanna Pavani¹
Bernardita Becker¹
Catalina Valenzuela¹
Valentina Ernst¹
Laura Cornejo¹

TUTORES

Julio Chávez²

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Médico Traumatólogo, Hospital FACH, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Dolor lumbar, Síndrome de cauda equina, Urgencia quirúrgica.

giova5029@gmail.com



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de la cauda equina (SCE) es una patología poco frecuente producida por compresión de las raíces nerviosas del canal medular a nivel de la cola de caballo, siendo la etiología más frecuente las hernias discales. Se caracteriza por dolor lumbar radicular, uni o bilateral, anestesia o hipoestesia en "silla de montar", debilidad muscular, disminución de reflejos osteotendinosos (ROT), parálisis esfinteriana e impotencia sexual. Es una urgencia quirúrgica, cuya descompresión debe realizarse 24-48 horas desde iniciado el cuadro para prevenir secuelas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino, 62 años, hipertenso, diabético y antecedente de accidente cerebro vascular previo, consulta por dolor lumbar irradiado a glúteos y región posterior de piernas, dificultando su bipedestación. Sin déficit motor ni sensitivo. Diez días después, en control se solicita resonancia magnética (RMN) de columna lumbar. Progresiva con imposibilidad para deambular, anestesia en silla de montar e incontinencia urinaria. A la semana siguiente, se rescata RMN que evidencia compresión severa en L4-L5 y anterolistesis de L3-L4, derivándose a urgencias. Al examen físico destaca dolor en musculatura paravertebral lumbar bilateral; fuerza M5 en L2, M3 en L3, M2 en L4 y M1 en L5 y S1; ROT presentes y simétricos; en lo sensitivo, S1 en L4, S0 en L5, S1 en S1 y S3, S5 en S4, resto S2; Lassegue y Test de elevación de pierna extendida negativos; hipotonía del esfínter anal. Se realiza laminectomía descompresiva de urgencia, recuperando M5 en extremidades, manteniendo S1 en silla de montar. Evoluciona con dolor escrotal intenso, ecografía testicular normal, considerándose como dolor residual del territorio del nervio Pudendo secundario al SCE. Al alta recupera funcionalidad, menor dolor testicular y firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se presenta el caso para destacar la progresiva y favorable recuperación de la funcionalidad del paciente pese al ominoso pronóstico de ingreso, considerando el tiempo de evolución de los síntomas.

MEDIASTINITIS Y OSTEOMIELITIS ESTERNAL COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE ANGIOSARCOMA MEDIASTÍNICO TRATADO. REPORTE DE CASO.

AUTORES

Gustavo Reyes¹
Matías Bravo¹
Juan Burgos¹
Cristóbal Riquelme¹

TUTORES

Juan Mella²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Mediastinitis,
Osteomielitis,
Esternotomía.

g.reyes06@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La osteomielitis esternal (OE) es una forma rara de infección de herida esternal profunda, cuya incidencia tras una esternotomía media oscila entre un 0.4–8%, cursando con trastornos de la cicatrización de heridas con formación de fístulas, dehiscencia de la herida, y junto a ello, riesgo de complicaciones graves como mediastinitis con curso séptico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 64 años operado de angiosarcoma mediastínico el año 2019 con esternotomía media y dehiscencia esternal completa con aseo y realambraje el mismo año, hospitalizado este año en contexto de insuficiencia respiratoria aguda, evoluciona con drenaje espontáneo de contenido hemático purulento en zona esternal, por lo que se solicita cultivo corriente de secreción, hemocultivos periféricos (resultados negativos) y escáner de tórax, en que destaca colección hidroaérea esternal, con extensión hacia el mediastino anterior de aspecto laminar, decidiendo inicio de antibioterapia empírica con Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina, y manejo inicial con VAC, con mala evolución y requerimiento de múltiples aseos quirúrgicos y toma de cultivos (todos negativos) por cardiocirugía, el último de ellos, con cierre de herida operatoria con avance de colgajos con músculos pectorales, logrando una favorable, pero lenta evolución, de la mano de 42 días de antibioterapia endovenosa y necesidad de rehabilitación intensiva en contexto de debilidad adquirida en UCI.

DISCUSIÓN

La incidencia y factores de riesgo que predisponen para OE no han sido bien estudiados, además se desconoce el mecanismo exacto por el cual se produce. Estarían implicados la formación de microabscesos y fistulización, que pueden ocurrir luego de semanas, meses o años posterior a la esternotomía, como ocurrió en el caso expuesto, en que tardó varios años hasta manifestarse.

CONCLUSIÓN

La OE es una entidad clínica de difícil manejo, que puede requerir múltiples aseos quirúrgicos y antibioterapia prolongada, e incluso puede tener un curso fatal. Es vital una sospecha activa ante el antecedente de esternotomía.

ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL SISTEMICA O ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Nathalye Catalán¹
Victoria Sáez¹
Paloma Lezana¹
Cecilia Valeria¹
Camila García-Huidobro¹
Daniel Moya¹

TUTORES

Nicole Ortiz²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Artritis idiopática juvenil,
Artritis idiopática juvenil sistémica, enfermedad de Still del adulto

n.catalan03@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La forma sistémica de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), o enfermedad de Still del adulto, representa alrededor de un 10% de todas las AIJ, es una causa de síndrome febril de origen inicialmente indeterminado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 16 años, con antecedentes de Artritis idiopática juvenil sistémica de 5 años de evolución sin tratamiento, consulta en urgencias por disnea, compromiso del estado general, dolor torácico, fiebre, taquicardia y taquipnea. En exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados, tomografía computada informa hepatoesplenomegalia, adenopatía peridiafragmática, derrame pericárdico, derrame pleural bilateral, cardiomegalia, vejiga de paredes engrosadas con aumento densidad tejido adiposo perivesical, engrosamiento peritoneal pélvico, senos paranasales con cambios inflamatorios, concha bullosa derecha inflamatoria. Ecocardiograma con derrame pericárdico, fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 60%. Por alta sospecha de crisis de artritis idiopática juvenil sistémica, se inicia corticoides endovenosos asociado a tratamiento antibiótico y antiviral. Paciente evoluciona con buena respuesta clínica y disminución de parámetros inflamatorios al alta.

DISCUSIÓN

Se denomina artritis idiopática juvenil a la presencia de artritis en una o varias articulaciones que comienza antes de los 16 años y persiste al menos seis semanas, sin una etiología conocida.

Dentro de los exámenes de laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios. Los cambios radiológicos son tardíos e inicialmente inespecíficos; en cuadros prolongados puede haber daño articular, llegando a la anquilosis del carpo y articulaciones carpometacarpianas, hallazgo característico de esta enfermedad. Dentro de su manejo, la mayoría requiere el uso de corticosteroides, aunque no han logrado modificar la progresión del daño radiológico.

CONCLUSIÓN

La forma sistémica de la Artritis Idiopática Juvenil, o enfermedad de Still del adulto, se caracteriza por peaks febriles, rash evanescente color salmón, artritis, odinofagia, hepatoesplenomegalia y linfadenopatías, además de hay compromiso ocular, pulmonar, cardíaco, renal y del sistema nervioso central. El uso de corticoesteroides es esencial para su manejo sintomático.

HELCOCOCCUS KUNZII COMO AGENTE CAUSAL DE GANGRENA EN EXTREMIDAD AFECTADA POR ISQUEMIA CRÍTICA: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Agustin Aguila¹
Martín Correal¹
Paula Argandoña¹
Francisco Valderrama¹
Camila Vásquez²

TUTORES

Berthold Bohn³

AFILIACIONES

1. Interno Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno Universidad Mayor de Temuco, Temuco, Chile.
3. Médico becado de cirugía general, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Bacterias grampositivas, Gangrena, Isquémica Crónica que Amenaza las Extremidades

a.aguila02@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Isquemia crítica, descompensación aguda de enfermedad arterial obstructiva periférica (EAOP), puede manifestarse con gangrena de la extremidad. Usualmente participan bacterias gram positivas y enterobacterias.

Se presenta paciente con EAOP y gangrena húmeda causada por *Helcococcus Kunzii*, patógeno gram positivo extremadamente infrecuente, con escasos reportes en la literatura, convirtiéndose en un desafío terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 79 años, diabético, hipertenso, nefrópata, dislipidémico y fumador, consulta en urgencias por dolor en reposo de pierna derecha de larga data. Ingresa estable, destacando ausencia de pulso poplíteo derecho, y gangrena húmeda 4° y 5° orjejo derecho. Se hospitaliza para resolución quirúrgica, exámenes de ingreso: proteína C reactiva rango intermedio (32.4), creatinina en 1.67, hemograma, perfil hepático y coagulación normales.

Se realiza amputación orjejos, dejando Ceftriaxona + Clindamicina empírica. Se rescatan cultivos óseos positivos para *Helcococcus Kunzii*. Evaluado por infectología, traslapan a Ampicilina/Sulbactam, sin disponer de susceptibilidad antimicrobiana.

Evoluciona tórpidamente, extendiéndose la infección en lecho quirúrgico. Se realiza revascularización de extremidad y nuevo aseo quirúrgico, rescatando *Staphylococcus epidermidis*. Se suspende Ampicilina/Sulbactam completando 40 días, y se inicia Vancomicina por 7 días, suspendiéndose por extensión de infección y fiebre hasta 38.5. Se decide amputación transmetatarsiana, con evolución favorable, sin nuevos signos de infección.

DISCUSIÓN

Este caso evidencia la dificultad para tratar una infección por *Helcococcus Kunzii*, debido a la escasa experiencia mundial y no disponibilidad de antibiograma. Esta bacteria se describe principalmente en úlceras de extremidades inferiores y tiende a responder a antimicrobianos, en contraste de este paciente que presentó gangrena húmeda y mala respuesta al tratamiento. Considerando estas diferencias, una desfocación quirúrgica precoz hubiese sido una alternativa terapéutica más eficiente.

CONCLUSIÓN

La infección por *Helcococcus Kunzii* corresponde a un desafío terapéutico debido a su escasa frecuencia. El caso presentado refleja la importancia del manejo precoz para un buen pronóstico.

MORFEA PANESCLERÓTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Martin Correa¹,
Antonia Vasquez¹,
Camila Vasquez²,
Carolina Gutierrez¹,
Diego Vallejos¹.

TUTORES

Ivonne Parada³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.
3. Médico becado de Pediatría, Universidad de la Frontera, Temuco.

PALABRAS CLAVES

Morfea, esclerodermia localizada, patología cutánea.

m.correa06@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Esclerodermia localizada o morfea corresponde a un raro trastorno inflamatorio del tejido conectivo, que se caracteriza por un aumento en la producción de colágeno provocando fibrosis en la piel. Su incidencia anual es de 3,4 a 9 casos por millón de niños por año.

Morfea panesclerótica corresponde a un subtipo de esclerodermia localizada muy agresiva, con afectación circunferencial de todo el grosor de la piel, subcutis, músculo y hueso. Sus complicaciones son atrofia muscular, ulceraciones cutáneas e insuficiencia respiratoria en el caso de comprometer el tórax.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 1 año, RNT por parto vaginal, con antecedente de retraso en desarrollo psicomotor y anemia ferroporiva en tratamiento. Durante control ambulatorio se pesquiza compromiso extenso de piel con acartonamiento e hiperpigmentación difusa de tronco y cuatro extremidades, con xerosis cutánea en zona dorsal y abdominal, asociado a limitación de rango articular en muñecas, caderas, rodillas y tobillos. Se deriva a dermatología con sospecha de esclerodermia vs morfea panesclerótica. Se hospitaliza para estudio y manejo.

Se realiza estudio inmunológico destacando ANA (+), 1/80, patrón moteado grueso, AC- 5 1/160, ANTI ENA 47.01U, ANTI RNP/Sm 23-14, Anti Scl- 70 38.28, patrones sugerentes de esclerosis sistémica.

Biopsia de piel abdominal informa dermatitis crónica fibrosante compatible con esclerodermia localizada/morfea. Ante severidad de extensión, se diagnostica morfea panesclerosante de la infancia. Se inicia terapia con prednisona vía oral y control ambulatorio con especialidad para seguimiento y manejo.

DISCUSIÓN

La importancia del caso expuesto radica en tener un alto índice de sospecha de esta patología, con el fin de lograr un diagnóstico oportuno y así realizar el manejo específico necesario para evitar el desarrollo de sus complicaciones.

CONCLUSIÓN

La esclerodermia localizada juvenil es un trastorno infrecuente, de diagnóstico fundamentalmente clínico, que se puede apoyar con biopsia de piel y tejido subcutáneo.

ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA EN PEDIATRÍA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Diego Vallejos¹,
Rosita Gutiérrez¹,
Cristina Gangas¹,
Daniela Santibañez¹.

TUTORES

Laiz Torres².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Encefalomielitis
diseminada, ADEM,
Desmielinizante.

d.vallejos03@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La encefalomielitis diseminada aguda (ADEM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central desencadenada por una respuesta inmune generalmente gatillada por una infección viral, provocando un trastorno neurológico caracterizado por encefalopatía, signos piramidales, paresia, neuropatías y miopatías. Su diagnóstico es complejo, basándose en la clínica, resonancia magnética (RM) cerebral y líquido cefalorraquídeo (LCR). El objetivo del caso es exponer un caso de ADEM característico, para poder realizar la sospecha y el diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar, 5 años, con antecedente de retraso del desarrollo psicomotor, trastorno del lenguaje, con un cuadro febril asociado a vómitos, adenopatías, y parámetros inflamatorios elevados el mes previo a la consulta. Consulta en urgencias por cuadro progresivo de marcha atáxica, inestabilidad y debilidad del hemicuerpo izquierdo, disartria, irritabilidad y un episodio de fijación de mirada hacia cefálica. Estudio sanguíneo normal, LCR con aumento de celularidad, sin patógenos en panel. Scanner cerebral describe lesión ocupante de espacio en fosa posterior, se complementa con RM cerebral que evidencia múltiples lesiones focales supra e infratentoriales, de predominio en sustancia blanca, sin proceso expansivo. Por hallazgos e historia sugerente se diagnóstica ADEM. El estudio incluyó un electroencefalograma sin actividad epileptiforme, perfil inmunológico básico normal. Se inicia corticoterapia con buena respuesta clínica, logrando recuperar marcha.

DISCUSIÓN

Pese a que la enfermedad cursa hacia un deterioro clínico de forma abrupta, posee una evolución favorable posterior al cuadro agudo, mejorando los resultados con el uso de corticoterapia endovenosa de forma precoz, logrando una recuperación completa en un 60-90% de los casos.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico es por exclusión, por lo que cobra importancia los antecedentes, la cronología del cuadro neurológico y los hallazgos en la RM (principalmente compromiso difuso de la sustancia blanca), para realizar la sospecha diagnóstica e iniciar un tratamiento adecuado.

COLITIS QUÍSTICA PROFUNDA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA, UN REPORTE DE CASO.

AUTORES

Esteban Henríquez¹,
María José Landahur¹,
Khatalina Muñoz¹,
Antonia Enríquez¹,
Manuel Basaure¹,
Guillermo Romero¹.

TUTORES

Luis Bustamante².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad de la
Frontera, Temuco.
2. Médico Internista
Universidad de la
Frontera,
Gastroenterólogo
Pontificia Universidad
Católica de Chile,
Hospital Hernán
Henríquez Aravena,
Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Colitis, Enfermedades del
Colon, Hemorragia
Gastrointestinal, Quistes,
Endoscopía.

e.henriquez12@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La colitis cística profunda es una entidad benigna y poco frecuente, corresponde a la presencia de quistes mucinosos submucosos o intramurales, usualmente ubicados en recto y sigmoides. Descrita por primera vez en 1766 por Stark en autopsias de pacientes que fallecieron por disentería.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En este caso describimos: paciente masculino de 58 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos conocidos, con historia de dos años de dolor abdominal difuso y episodios autolimitados de rectorragia con tránsito intestinal conservado. Se realiza estudio colonoscópico que evidencia lesión polipoídea y debido a sus dimensiones, se realiza biopsia incisional posteriormente informada como adenoma tubular, por persistencia de síntomas en controles con cirugía, se actualiza colonoscopia donde se evidencia gran pólipo pediculado con patrón mucoso irregular, erosionado, ancho, el cual se reseca con asa caliente. Se informa anatomopatológicamente como lesión mucinosa quística mucosa y submucosa, compatible con colitis cística profunda. En seguimiento clínico por cirugía en su hospital de origen se describe mejoría sintomática, manteniendo colonoscopías de control.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La colitis cística profunda es una entidad infrecuente, que puede confundirse con lesiones sospechosas o malignas. Su presentación clínica varía desde el paciente asintomático, úlcera solitaria rectal en un 20% de los casos, múltiples en un 40% o solamente como lesiones quísticas no ulcerada, también se han descrito variantes difusas en pacientes expuestos a radiación y enfermedad inflamatoria intestinal.

Su manejo es usualmente conservador, sin embargo, en pacientes sintomáticos o ante la sospecha de malignidad, se sugiere la resección endoscópica, por lo que la biopsia, estudio histopatológico y seguimiento es mandatorio.

DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN CON MEGACOLON TÓXICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Esteban Henríquez¹,
Manuel Basaure¹,
Ignacio Escobar¹,
Bastián Vergara¹,
María José Landahur¹,
Guillermo Romero¹.

TUTORES

Rolando Sepúlveda²⁻³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
2. Departamento de Medicina Interna, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Unidad de Gastroenterología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Enfermedades del Colon, Hemorragia Gastrointestinal, Endoscopia, Enfermedad de Crohn, Enfermedades Inflamatorias del Intestino.

e.henriquez12@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La prevalencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal va en aumento y su diagnóstico y tratamiento sigue siendo un desafío, requiriendo un alto índice de sospecha junto con una buena historia clínica y examen físico. En este reporte de caso se expone una forma de presentación infrecuente de Enfermedad de Crohn.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta a Servicio de Urgencias un paciente de sexo femenino de 39 años, usuaria de anticonceptivos, apendicectomizada, consulta por cuadro de dolor abdominal de seis horas de evolución asociado a vómitos y diarrea abundante, se describe con compromiso hemodinámico y abdomen doloroso con signos de irritación peritoneal. Se solicita una tomografía computada de abdomen con contraste y exámenes generales, lo que revela leucocitosis, PCR 100 mg/L, sin más hallazgos al laboratorio. La tomografía evidencia engrosamiento parietal sin factor obstructivo. El paciente es trasladado a unidad de paciente crítico con requisito de drogas vasoactivas. Se realiza colonoscopia compatible con colitis pseudomembranosa, tras fracaso de terapia antibiótica se repite estudio, esta vez con biopsia compatible con Enfermedad de Crohn, por su refractariedad, se realiza hemicolectomía izquierda.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La Enfermedad de Crohn es una patología crónica inflamatoria del tracto gastrointestinal, caracterizada por su evolución impredecible, puede manifestarse con complicaciones severas como el megacolon tóxico, condición poco frecuente pero potencialmente mortal. Este se define por una dilatación no obstructiva del colon con signos de toxicidad sistémica, lo que constituye una emergencia médica que requiere manejo interdisciplinario inmediato.

Si bien el megacolon tóxico es más común en pacientes con colitis ulcerosa, su presentación en la Enfermedad de Crohn es infrecuente, y suele estar asociado con infecciones sobreagregadas como la infección por *Clostridium difficile* o citomegalovirus.

Este reporte sirve como recordatorio de la naturaleza multifacética de la Enfermedad de Crohn y las múltiples especialidades médicas que deben involucrarse en su manejo.

LESIÓN PSEUDOTUMORAL GIGANTE COMPRESIVA POR EQUINOCOCOSIS EN MUSLO DERECHO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Poliana Farias¹,
Camila Díaz¹,
Ignacio Echeverría².

TUTORES

Matías Cuyul Vásquez³.

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico cirujano, becado de traumatología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Echinococcosis,
Enfermedades musculares,
Enfermedades parasitarias,
Echinococcus granulosus,
Traumatología quirúrgica.

p.farias03@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La equinococosis quística muscular, o hidatidosis muscular, es una manifestación infrecuente de infección por *Echinococcus granulosus*, representando el 0,5–7% de los casos. El presente caso tiene como objetivo describir esta manifestación muscular inusual, destacando su gran tamaño y efecto de masa, dado que la etiología neoplásica constituye un diagnóstico diferencial más común en comparación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años, con antecedente de equinococosis quística pulmonar de un año de evolución a los 12 años, consulta por aumento de volumen y dolor en el muslo derecho de dos años de evolución, asociado a parestesia, hipoestesia y debilidad muscular, sin mejoría con kinesioterapia. Se realizó ecografía de partes blandas impresionando gran masa en el músculo isquiotibial derecho, con características sugestivas de sarcoma.

Resonancia magnética con contraste reveló un proceso expansivo con múltiples formaciones quísticas, de 100x99x240 mm, afectando músculos isquiotibiales y abductores, desplazando parcialmente el nervio ciático, sin infiltrarlo.

Serología IgG apoya sospecha clínica, por lo que se programa cirugía resectiva. Según esquema entregado por infectología, se realiza quimioprofilaxis preoperatoria con albendazol el día previo. Se realiza resección en bloque del quiste, resecando gran parte del aparato abductor y vasto lateral, logrando preservar estructuras neurovasculares (nervio ciático y arteria femoral). Fuga de contenido incidental durante procedimiento se maneja con aseo quirúrgico abundante y adyuvancia con suero hipertónico a 33%. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con tratamiento ambulatorio con albendazol por 90 días.

DISCUSIÓN

Este caso enfatiza la necesidad de alto índice de sospecha en zonas endémicas y una anamnesis minuciosa. La paciente tuvo varias consultas previas sin sospecha diagnóstica del cuadro. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica marginal. Se aconseja antihelmínticos en caso de enfermedad residual, utilizándolos antes y hasta tres meses después de la cirugía.

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B "LEG TYPE" A PROPÓSITO DE UN CASO EN PACIENTE ADULTO MAYOR

AUTORES

Aline Piffaut¹,
Eduardo Araneda¹,
Manuel Basaure¹,
Josefa Fernández².

TUTORES

Nicolás Pinto³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile.

PALABRAS CLAVES

Linfoma no Hodgkin,
Linfoma de Células B,
Dermatosis en las piernas.

e.araneda04@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El linfoma cutáneo primario de células B "Leg Type" es el subtipo menos común y más agresivo de linfoma cutáneo primario, representando el 4% de estos y una sobrevida cercana al 55%. A continuación, se presenta el caso clínico de un paciente adulto mayor con lesiones cutáneas nodulares violáceas donde no se sospechó malignidad, lo que retrasó el diagnóstico oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 86 años sin antecedentes relevantes, presenta múltiples consultas en APS durante 2023 por lesiones nodulares en piel, asociadas a fiebre, sudoración nocturna y fatigabilidad. Inicialmente se diagnostica acné conglobata y abscesos cutáneos, recibiendo tratamiento para estas condiciones. El 01/04/2024 consulta en urgencias HINI por dichas lesiones. Al examen físico, destacan nódulos cutáneos violáceos en cuello, tórax y abdomen de aspecto neoplásico. Se solicita PANTAC que revela múltiples masas en el tejido adiposo subcutáneo, sugiriendo posible linfoma cutáneo. Se indica hospitalización para completar estudio, es evaluado por dermatología quienes sugieren que cuadro es compatible con sospecha radiológica, se realiza biopsia cutánea torácica, pero en vista de pronóstico, se decide alta con ingreso a cuidados paliativos. Durante los meses siguientes evoluciona estable dentro de su gravedad, sin embargo, se constata su fallecimiento el 21/08/24.

DISCUSIÓN

El Linfoma "Leg Type" presenta nódulos rojos o violáceos en piernas, pero en el 15% de los casos, se observan en otras ubicaciones. La sospecha es clínica y puede ser imagenológica a través de TAC, sin embargo, el diagnóstico definitivo es a través de biopsia y PET CT, que debe confirmar que la enfermedad está limitada a la piel. Este caso enfatiza la importancia de la alta sospecha clínica.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial incluye linfomas sistémicos y otros tipos de linfomas cutáneos, es por esto la importancia de su sospecha ante lesiones nodulares cutáneas de larga data y tórpida evolución.

MIOSITIS NECROTIZANTE AUTOINMUNE INDUCIDA POR ESTATINAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Eduardo Araneda¹,
Aline Piffaut¹,
Antonia Enríquez¹,
Josefa Fernández²,
Álvaro Mora¹,
Felipe Vidal¹.

TUTORES

Nicolás Pinto³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
3. Médico Cirujano, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile.

PALABRAS CLAVES

Miositis, Estatinas, Corticoides.

e.araneda04@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La miositis necrotizante autoinmune (MNA) inducida por estatinas es una complicación estimada en el 0.1%, caracterizada por una inflamación muscular severa y progresiva que persiste incluso después de la suspensión del medicamento. A continuación, se presenta el caso de una paciente femenina de 60 años de edad que como consecuencia a la exposición por estatinas desarrolló MNA refractaria a corticoides.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 60 años de edad que en 2018 inicia atorvastatina para manejo de dislipidemia, con aumento hasta el máximo en 2020. En 2021, comenzó a experimentar pérdida progresiva de fuerza en extremidades, lo que dificultó sus actividades diarias. Consulta en Santiago donde dentro de su estudio destaca inmunológico negativo y anticuerpo anti-HMGCR (+), diagnosticándose miositis necrosante por estatinas, suspendiéndose estas. Se hospitaliza hasta ser dada de alta con gran parte de movilidad recuperada con manejo con corticoides y metotrexato, sin embargo, por recaídas constantes se inicia tratamiento con Rituximab con buena respuesta clínica, actualmente pudiendo realizar sus actividades diarias sin problema.

DISCUSIÓN

La incidencia de miositis es baja (1 a 10 casos por millón), y aunque las miopatías inducidas por estatinas suelen causar síntomas leves, la MNA representa un cuadro más severo. La enfermedad es autoinmune y puede ser progresiva y refractaria, persiste incluso tras la retirada del medicamento y es marcada por la presencia de anticuerpos anti-HMGCR. Este caso enfatiza la importancia del monitoreo muscular en pacientes bajo tratamiento prolongado con estatinas y destaca la necesidad de tratamientos alternativos en aquellos que no responden a la terapia convencional.

CONCLUSIÓN

Esta enfermedad, aunque poco común, tiende a ser severa, progresiva, e incluso refractaria a tratamiento habitual como se presenta en este caso. Manteniéndose incluso tras la suspensión del fármaco, lo que subraya la importancia del monitoreo en pacientes bajo tratamiento prolongado con estatinas.

PÉNFIGO VULGAR Y USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

AUTORES

Darío de la Jara¹,
Camila Riquelme¹,
Pablo Briceño²,
Hernán Montenegro²,
Bastián Silva².

TUTORES

Gastón Briceño³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Dermatólogo, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Ampollas, Enfermedades autoinmunes, Inmunosupresores, Pénfigo.

d.delajara01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Se llama pénfigo a un grupo de enfermedades ampollas autoinmunes que afectan la piel y/o las mucosas. Son entidades poco frecuentes y adquiridas, con 3 tipos de presentación (foliáceo, paraneoplásico y vulgar). Su incidencia es similar para ambos sexos y afectan por igual a todas las razas. Si bien, se presenta frecuentemente en la mediana edad, se han reportado casos de pénfigo en edad avanzada y en la población pediátrica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años debutó con lesiones ulceradas y dolorosas en mucosa bucal. Fue tratado inicialmente con corticoides orales, mostrando una respuesta parcial. Posteriormente, se agregaron lesiones cutáneas ulcerativas, eritematosas y dolorosas al cuadro clínico que comprometieron su cuerpo completamente, respetando palmas y plantas. Fue hospitalizado con el diagnóstico de pénfigo vulgar y se le realizó el estudio de lesiones con biopsia e inmunofluorescencia. El conjunto de exámenes que incluían la batería autoinmune, el estudio viral y neoplásico fueron negativos. En cuanto al tratamiento, se traslapó la terapia de corticoides de oral a endovenoso y, debido al gran compromiso de la enfermedad y la respuesta paulatina al tratamiento, se le administró rituximab, medicamento con el que logró mejoría de las lesiones.

DISCUSIÓN

Es importante una alta sospecha diagnóstica del pénfigo ya que es fácil confundirlo en un inicio con lesiones como urticaria, eczema, eritema multiforme, toxicodermias, escabiosis o algunos exantemas víricos. El retraso de su diagnóstico puede ser perjudicial ya que presenta una elevada mortalidad sin tratamiento, hasta del 75%, que al ser manejado óptimamente desciende a un 6%.

CONCLUSIÓN

Los fármacos biológicos son una línea de tratamiento eficaz para las presentaciones graves y refractarias a corticoides e inmunosupresores adyuvantes. Además, se debe tener en mente que el pénfigo también es una manifestación paraneoplásica, por lo que estudiarlo exhaustivamente supone ventajas en varios ámbitos para las personas.

ROTURA ABIERTA DE LA BANDA SAGITAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

AUTORES

Aline Thomas¹,
Ignacio Huenchullán¹,
Gonzalo Caro¹,
Francisca Montenegro¹,
Camila Zamponi¹.

TUTORES

Kevin Thomas².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Traumatólogo, Mutual de Seguridad, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Traumatología, banda sagital, lesión del tendón extensor, lesión de la mano.

aline.thomas@mayor.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La banda sagital corresponde a una estructura anatómica retinacular que se extiende desde el capuchón extensor de los extensores de los dedos de la mano hasta la placa palmar a nivel metacarpofalángico. Es la encargada de mantener centrado el tendón extensor en el dorso de la cabeza del metacarpiano durante la flexión. Esta puede lesionarse por traumatismos cerrados o lesiones abiertas, estas últimas son menos frecuentes. Su lesión, especialmente el lado radial puede determinar luxación o subluxación del extensor hacia el lado contrario, alterando la función de extensión y flexión del dedo, y limitando la extensión metacarpofalángica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, que sufre herida con esmeril angular con hoja de corte en dorso metacarpofalángico del dedo anular izquierdo. Se realiza exploración en pabellón con anestesia local. Se evidencia sección completa de la banda sagital cubital que permite la subluxación del tendón extensor hacia el lado radial. Se repara realizando sutura primaria con monofilamento absorbible número 5/0 punto corrido. Se confirma estabilidad del tendón a la flexión activa, previo al cierre de la herida. Evoluciona sin complicaciones de la herida, manteniendo función completa del dedo, sin luxación del tendón extensor. Se solicita consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La lesión abierta de la banda sagital es una entidad poco frecuente. Es probable que pasen desapercibidas y se diagnostique en forma tardía, lo que se traduce en la realización de técnicas reconstructivas complejas que pueden no tener el éxito de la reparación inmediata.

CONCLUSIÓN

Debe tenerse en cuenta la existencia de la banda sagital para que al evaluar heridas de la mano no pase desapercibida su lesión para realizar la derivación a traumatología para el tratamiento precoz, lo que permitirá su reparación primaria que nos asegure el mejor resultado posible.

SÍNDROME DE GRADENIGO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Camila Riquelme¹,
Darío de la Jara¹,
Pablo Briceño²,
Bastián Silva²,
Hernán Montenegro².

TUTORES

Claudio Catriel³.

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Antibacterianos, Nervio Abducens, Otitis Media, Petrositis.

d.delajara01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Gradenigo se caracteriza por una triada de otorrea, dolor retroorbitario (primera rama del nervio craneal trigémino) y parálisis del músculo recto externo (nervio abducens) atribuidos a una petrositis apical.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 41 años, sin antecedentes previos, que presenta inicialmente una otitis media aguda (OMA) en el oído izquierdo tratada con amoxicilina sin buena respuesta, por lo que se complica progresivamente hasta evolucionar a un síndrome de Gradenigo. Se realiza manejo con ceftriaxona y clindamicina, con buena respuesta y sin necesidad de intervención quirúrgica, ya que durante la hospitalización se resuelve la clínica de forma favorable a excepción de la parálisis del músculo recto externo que responde de forma paulatina y que requiere evaluación multidisciplinaria.

CONCLUSIÓN

Si bien en la actualidad se cuenta con la masificación de la información, una gran variedad de técnicas diagnósticas y un variado arsenal de antibióticos, de no ser sospechada y tratada a tiempo, una OMA puede transformarse en un síndrome de Gradenigo. La importancia de tener en mente esta patología como diagnóstico diferencial ante una cefalea asociada a parálisis del sexto par craneal radica en que si no es tratada, puede implicar secuelas graves y permanentes para el paciente, que pueden incluir incluso la muerte.

SOSPECHA DE TUBERCULOSIS MILIAR COMO ETIOLOGÍA DE SÍNDROME DIARREICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Eduardo Araneda¹,
Josefa Fernández²,
Aline Piffaut¹,
Antonia Enríquez¹.

TUTORES

Nicolás Pinto³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
3. Médico Cirujano, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile.

PALABRAS CLAVES

Tuberculosis, Diarrea,
Tuberculosis Miliar.

e.araneda04@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La tuberculosis miliar (TBM) es una forma de tuberculosis (TB) diseminada que ocurre cuando el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* se propaga a través del torrente sanguíneo, es infrecuente en comparación con otras formas de TB, pero más común en pacientes inmunocomprometidos o desnutridos. A continuación, se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años que consultó en dos oportunidades por un síndrome diarreico cuyo diagnóstico posterior a estudio etiológico determinó sospecha de TBM.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 41 años privado de libertad en abril 2024 presenta síndrome diarreico, consulta en dos oportunidades en Hospital de alta complejidad con mala respuesta a tratamiento ambulatorio, se decide hospitalizar. En estudio destaca GeneXpert TB (+), CD4 0 células, CV 1.810.000 copias/ml, tomografía dentro de sus hallazgos destacan múltiples lesiones focales en bazo y signos de colitis derecha en contexto de diseminación tuberculosa. Además, a la anamnesis dirigida con baja de peso no cuantificada, astenia y fatiga generalizada. Con lo descrito se inicia tratamiento anti TB y posteriormente se inicia terapia antirretroviral con buena respuesta clínica, dado de alta el mismo mes y controlado de forma ambulatoria. Actualmente paciente asintomático, con subida de peso 15 kg desde alta, en seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

La TBM es una condición grave que requiere diagnóstico temprano y tratamiento prolongado para evitar complicaciones. Es responsable de menos del 5% de casos de diarrea crónica. En el contexto de pacientes con tuberculosis, la diarrea puede estar asociada con otros factores, como inmunosupresión o coinfección con VIH, que pueden complicar el cuadro clínico.

CONCLUSIÓN

La TBM es una forma grave y diseminada de tuberculosis que puede afectar múltiples órganos, manifestándose a menudo con síntomas sistémicos y gastrointestinales, incluyendo diarrea. Aunque la incidencia de diarrea prolongada relacionada con tuberculosis miliar es baja, es crucial considerarla en pacientes con factores de riesgo.

TUBERCULOSIS CUTÁNEA, UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE

AUTORES

Darío de la Jara¹,
Camila Riquelme¹,
Pablo Briceño²,
Bastián Silva²,
Hernán Montenegro².

TUTORES

Gastón Briceño³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico dermatólogo, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Tuberculosis cutánea,
lupus vulgar,
Mycobacterium tuberculosis.

d.delajara01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*. Pese a ser una forma poco frecuente de presentación de la tuberculosis, representa un gran desafío para los clínicos que se enfrentan a estos casos, debido principalmente a la gran diversidad de formas clínicas existentes. La tuberculosis cutánea representa solo el 1%-2% de las infecciones por tuberculosis, siendo las formas más frecuentes el escrofuloderma y el lupus vulgar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 55 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, refiere desde hace un año aumento de volumen asintomático en hemicara izquierda. Al examen físico se aprecia una placa eritematosa, mal definida, que compromete región frontal, ciliar, palpebral y periocular de hemicara izquierda. Se plantea clínicamente el diagnóstico de tuberculosis cutánea, motivo por el cual se realiza biopsia de piel para estudio histopatológico.

El estudio histopatológico informa una dermatitis crónica granulomatosa con foco de necrosis caseosa compatible con tuberculosis cutánea. Con el cuadro clínico y la histopatología se realiza el diagnóstico de tuberculosis cutánea, variedad clínica de lupus vulgar. El cultivo de Koch fue negativo.

DISCUSIÓN

Los aspectos clínicos y la histopatología permiten realizar el diagnóstico de tuberculosis cutánea. En el lupus vulgar, la histología evidencia granulomas tuberculosos y áreas de necrosis caseosa discreta en dermis superior. Dado que el lupus vulgar es una forma paucibacilar de tuberculosis cutánea, el cultivo para bacilo de Koch generalmente es negativo.

CONCLUSIÓN

La tuberculosis cutánea es una manifestación poco frecuente de tuberculosis. Su presentación clínica es variable, lo que dificulta la sospecha clínica. El estudio histopatológico es fundamental en el diagnóstico.

TIFUS DE LOS MATORRALES, UNA ENFERMEDAD EMERGENTE EN CHILE.

AUTORES

Camila Riquelme¹,
Darío de la Jara¹,
Pablo Briceño²,
Hernán Montenegro²,
Bastián Silva².

TUTORES

Gastón Briceño³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico dermatólogo, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Tifus de los matorrales,
Orientia tsutsugamushi,
Rickettsia.

d.delajara01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El tifus de los matorrales, causado por *Orientia tsutsugamushi* y transmitido por larvas de ácaros trombicúlidos de roedores silvestres, es una rickettsiosis endémica en el Asia Pacífico. Los casos se han presentado con un marcado predominio en meses de verano, y su presentación clínica incluye fiebre, exantema y una mancha negra en el sitio de inoculación. La mayoría de los pacientes en Chile se han diagnosticado principalmente en la isla de Chiloé. Los médicos clínicos deben estar informados de esta enfermedad emergente en el país, de modo de sospecharla e iniciar terapia empírica con doxiciclina.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 30 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, con residencia en la isla de Chiloé. Consulta en forma ambulatoria por un cuadro de inicio agudo, caracterizado por la aparición de una lesión solevantada asintomática en la región cervical. Posteriormente se agrega sensación febril, cefalea y compromiso del estado general. Al examen físico destaca una paciente febril, con una pápula de superficie costrosa en su centro, acompañado de un exantema máculo papular en tronco.

Se sospecha clínicamente el diagnóstico de tifus de los matorrales, motivo por el cual se indica tratamiento con doxiciclina, con mejoría de la sintomatología y signología. El antecedente de residir en la isla de Chiloé y los aspectos clínicos hacen plantear el diagnóstico clínico de tifus de los matorrales. Se inicia tratamiento con doxiciclina con buena respuesta clínica. Los antecedentes epidemiológicos, los aspectos clínicos y la evolución concuerdan con la literatura.

CONCLUSIÓN

El tifus de los matorrales es una enfermedad emergente en el país, la cual debe ser reconocida por los médicos clínicos para poder efectuar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y PESQUISA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SILENTE ANTE LA SOSPECHA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS

AUTORES

Camila Vallejos¹,
Diego Vallejos²,
Sebastián Lazcano²,
Cristina Gangas²,
Martín Correa²,
Rodrigo Salinas².

TUTORES

Diego Herrera³.

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico cirujano, egresado de Universidad de la Frontera, Hospital de Palena, Palena, Chile.

PALABRAS CLAVES

Embolia pulmonar, trombosis de la vena, síndrome antifosfolípido.

c.vallejos17@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP), y el tromboembolismo pulmonar (TEP) son formas de tromboembolismos. Al estudiar etiologías se buscan factores predisponentes de estados protrombóticos como enfermedades autoinmunes, cáncer o trombofilias. El TEP es potencialmente mortal, y puede acompañar a una TVP, especialmente en presencia de factores de riesgo, como el síndrome antifosfolípido (SAF), que se sospecha ante eventos tromboembólicos y mala historia obstétrica.

El objetivo del caso es mostrar el hallazgo de un TEP asintomático al considerar la historia de la paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 28, con hipotiroidismo y antecedente de aborto recurrente, consulta en servicio de urgencias por cuadro de metrorragia, acompañado de dolor y aumento de volumen en pierna izquierda. Se realiza ecografía doppler venosa confirmando TVP extensa de extremidad inferior izquierda con extensión a venas iliaca externa y común izquierdas, y ginecología confirma aborto completo. Se encontraba hemodinámicamente estable, sin síntomas respiratorios, pero ante sospecha de SAF solicitan angiogramografía computarizada de tórax para descartar TEP, informando tromboembolismo en arteria lobar inferior izquierda.

Se hospitaliza para manejo con anticoagulación y eventual trombectomía mecánica, se realiza estudio y se confirma SAF.

DISCUSIÓN

La incidencia mundial del TEP es de 60–137 en 100.000 personas al año, con una letalidad de 4–14%. Ante la sospecha se consideran escalas como Wells y Ginebra, pero puede ser asintomática, se ha reportado en un 41% de pacientes con TVP.

Se ha reportado TEP hasta en un 14% de las pacientes con SAF.

CONCLUSIÓN

El TEP tiene una alta mortalidad, por lo que es importante sospechar y realizar un correcto diagnóstico. Se debe considerar ante la presencia de una TVP, especialmente si es de venas proximales, y si está asociada a un estado protrombótico, en este caso un SAF, que puede sospecharse con la historia clínica.

ATAXIA RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Felipe Barría¹,
Valentina Fernández¹,
Leonardo Contreras²,
Camila Valdebenito¹,
Karen Sotomayor³,
Amanda Elgueta³.

TUTORES

César Mateluna⁴.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
4. Neurólogo pediátrico, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile

PALABRAS CLAVES

Ataxia, Ataxia episódica, Ataxia de la marcha.

k.sotomayor01@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La ataxia corresponde a una alteración en la coordinación de los movimientos voluntarios, lo que dificulta su precisión y ejecución fluida. Su origen se encuentra en la gran mayoría de casos a nivel cerebelar, del sistema vestibular o las vías neuronales sensoriales y se clasifica temporalmente en tipo aguda, episódica y persistente. A continuación, se reporta un caso de ataxia episódica recurrente en un paciente pediátrico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Paciente masculino de 7 años, con antecedente de dos hospitalizaciones previas por síndrome atáxico que remite espontáneamente. Presenta cuadro de un día de evolución caracterizado por inestabilidad postural, marcha atáxica y vómitos. Al examen físico destaca inestabilidad postural y de la marcha, además de disimetrías, sin otros hallazgos. A partir del cuadro descrito se decide hospitalizar para manejo y estudio. Se realiza RMN de cerebro, punción lumbar, Tandem Mass y exámenes de laboratorio los cuáles resultan todos dentro de parámetros normales. Durante la hospitalización se maneja sintomáticamente, presentando una evolución favorable, por lo que se decide alta y control con especialidad de forma ambulatoria para seguimiento.

DISCUSIÓN

La ataxia es una alteración que puede presentar distintas etiologías y una variable presentación clínica, lo que complejiza la identificación de su origen, sin embargo, en la evaluación inicial es fundamental establecer la temporalidad para orientar correctamente el estudio y manejo. En la mayoría de casos la ataxia en niños suele ser de tipo aguda, siendo la ataxia episódica una presentación poco frecuente.

CONCLUSIÓN

Como se evidencia en el caso presentado, es necesario realizar un estudio organizado y completo en este tipo de pacientes, el cual puede ser laborioso y contempla múltiples exámenes complementarios. Sin embargo, como principal medida siempre se debe realizar el adecuado manejo de los síntomas del paciente hasta identificar la causa para iniciar un manejo dirigido.

XANTUGRANULOMA JUVENIL MÚLTIPLE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES CUTÁNEAS HIPOPIGMENTADAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Antonia Enríquez¹,
María José Landahur¹,
Mariajesus Pino¹,
Diego Lara¹,
Francisca Martínez¹,
Eduardo Araneda¹.

TUTORES

Luis Escobar².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Dermatología, Histiocitosis, Xantogranuloma.

a.enriquez02@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El xantogranuloma juvenil corresponde a un trastorno proliferativo benigno perteneciente al grupo de histiocitos de células no-Langerhans. Corresponde a una entidad poco frecuente, siendo el 0.5% de los tumores pediátricos. Sin embargo, es importante mantenerlo en consideración dentro del diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas hipopigmentadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante masculino de 18 meses, sin antecedente mórbidos previos, es derivado a dermatología por aparición de máculas hipopigmentada múltiples en tórax y dorso. En la atención se describen 8 pápulas amarillas, entre 2 y 4 milímetros, de consistencia firme, indoloras presentes en cuero cabelludo, cuello, tórax y espalda. A la dermatoscopia destaca patrón de sol naciente, compatible con xantogranuloma juvenil múltiple. Se solicita ecografía abdominal, la cual no destacaba hallazgos patológicos. Además, se pide interconsulta a oftalmología y neurología para descartar compromiso en dichas áreas, que se mantienen pendientes. Paciente se mantiene en seguimiento.

DISCUSIÓN

La xantogranulomatosis juvenil suele presentarse durante el primer año de vida, con ligera mayor prevalencia en hombres. La mayoría se presenta como una pápula o placa solitaria amarilla o café, solo en un 7% de los casos corresponden a lesiones múltiples como en el caso del paciente. En general, con tamaño menor a 20 milímetros. La ubicación más frecuente incluye cabeza, cuello y tronco. Puede existir compromiso sistémico en un 0.75% de los casos, siendo el sistema nervioso central, hígado, pulmones y ojos los más afectados. La afectación de estos sistemas cambia la morbilidad de la enfermedad por lo que siempre debe ser descartado. El diagnóstico es clínico, siendo necesaria una biopsia solo en caso de dudas. Dentro de los diferenciales se incluye histiocitosis de Langerhans, nevo de Spitz, dermatofibromas y otros tipos de xantomias.

CONCLUSIÓN

Al ser una patología benigna, una vez descartado compromiso de otros sistemas, se debe educar al paciente y mantener seguimiento anual.

PARÁLISIS HIPOKALÉMICA SECUNDARIA A ACIDOSIS TUBULAR RENAL COMO DEBUT DE SÍNDROME DE SJÖGREN

AUTORES

Daniel Moya¹,
Camila García-Huidobro¹,
Cecilia Valeria¹,
Nathalye Catalán¹,
Amanda Elgueta¹,
Victoria Saez¹.

TUTORES

Paula Soto².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Sjögren, Reumatología, Nefrología, Acidosis Tubular Renal, Hipopotasemia.

d.moya02@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren primario (SJP) es una enfermedad autoinmune comúnmente caracterizada por síntomas SICCA (sequedad de ojos y boca) debido a su afectación glandular. Sin embargo, puede tener manifestaciones extraglandulares como la acidosis tubular renal distal (ATRD), una condición en la que el túbulo distal del riñón no puede acidificar adecuadamente la orina, resultando en alteraciones metabólicas significativas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Dado consentimiento se presenta caso. Paciente de 51 años, femenina, consulta por mialgias, rigidez y parestesias en las cuatro extremidades, que evolucionan con paresia. Al examen físico se observa disminución de la fuerza en la mano derecha, y una resonancia magnética descarta patología neurológica. En los exámenes de laboratorio destaca acidosis metabólica con anión gap elevado e hipokalemia (1,7 mEq/L), por lo que se inicia tratamiento con bicarbonato y gluconato de potasio. Se decide su hospitalización en la UTI.

Durante la estancia en UTI, la paciente presenta hipocalcemia (6,8 mg/dL), hipokalemia (2,6 mEq/L) y acidosis metabólica de anión gap normal. Nefrología sugiere un diagnóstico de ATRd tipo 1, por lo que se mantiene tratamiento. Reumatología confirma el diagnóstico de SJP tras obtener resultados positivos en ANA y otros anticuerpos, iniciando tratamiento con hidroxiquina y micofenolato. Se confirma diagnóstico con biopsia de glándulas salivales compatible.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La ATRd se origina por una disfunción en el túbulo distal del riñón, que pierde la capacidad de acidificar adecuadamente la orina debido a una falla en la bomba H⁺/K⁺ ATPasa. Esto conlleva un aumento de pH urinario y genera acidosis metabólica, junto con niveles bajos de bicarbonato, pérdida urinaria de potasio y calcio, y desequilibrios electrolíticos significativos. Este caso destaca la importancia de considerar manifestaciones extraglandulares en el SJP, como la ATRd, que puede presentar alteraciones metabólicas graves como hipokalemia severa y de difícil manejo, así como hipocalcemia.

ASOCIACIÓN DE FRACTURA MEDIOCLAVICULAR Y LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR GRADO V: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Camila Moesicke¹,
María Astaburuaga¹,
Lucas Valenzuela¹,
Joaquín Garrido¹,
José Ordóñez².

TUTORES

Mauricio Madariaga³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano Especialista Traumatología y Ortopedia, Hospital San José de Victoria, Victoria, Chile.

PALABRAS CLAVES

FRACTURA DE CLAVÍCULA, LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR, OSTEOSÍNTESIS.

camila.moesicke@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La combinación de fractura medioclavicular y luxación acromioclavicular (LAC) ipsilateral es rara, representando menos del 3% de las lesiones del complejo clavícula-hombro, generalmente relacionadas con traumatismos de alta energía. El manejo varía desde tratamiento conservador hasta intervenciones quirúrgicas, como osteosíntesis con placa y tornillos. En este caso, se describe una fractura medioclavicular y luxación acromioclavicular grado V tratada quirúrgicamente con resultados favorables.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 71 años, hipertenso y dislipidémico, sufre caída de altura presentando fractura desplazada de clavícula izquierda (tercio medio, >100% desplazamiento), fractura articular de radio distal derecho, y luxación acromioclavicular grado V (según Rockwood) izquierda. En un primer tiempo quirúrgico se realiza la reducción y osteosíntesis de la fractura clavicular mediante placa bloqueada, y en un segundo tiempo se aborda la fractura de radio distal. En un segundo pabellón, la luxación acromioclavicular fue tratada fijación coracoclavicular con botón, logrando estabilidad. Postoperatorio favorable, con controles imagenológicos y recuperación satisfactorias. El paciente se mantuvo bajo seguimiento traumatológico y rehabilitación. En control médico se solicita consentimiento informado. Actualmente de alta médica.

DISCUSIÓN

La combinación de fractura medioclavicular y luxación acromioclavicular es rara y generalmente se relaciona con traumatismos de alta energía. Su diagnóstico es de difícil pesquisa por lo tanto es importante identificar este tipo de lesiones para planificar un adecuado tratamiento para el paciente. En este caso se optó por un enfoque quirúrgico con placa bloqueada para la fractura y fijación coracoclavicular para luxación. Este enfoque demostró ser efectivo y seguro, con resultados favorables en la recuperación postoperatoria, respaldado por la literatura especializada.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia del manejo quirúrgico individualizado en lesiones complejas. La intervención oportuna permitió una recuperación funcional completa, destacando la necesidad de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado en luxaciones acromioclaviculares graves para evitar complicaciones a largo plazo.

ESPONDILODISCITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Benjamín López¹,
Lucas Valenzuela¹,
Luis Quiroz¹,
Joaquín Garrido¹,
José Ordoñez².

TUTORES

Pedro Toledo³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico cirujano, residente de Traumatología y ortopedia, Universidad de La frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Discitis, Staphylococcus aureus Resistente a Meticilina, Linezolid.

benjamin.lopez@mayor.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es un proceso infeccioso que puede afectar tanto cuerpo como discos intervertebrales. Su incidencia ha aumentado en el último tiempo secundario a una población envejecida y mejoría de herramientas diagnósticas. Se revisará el caso de un paciente con mejoría clínica pese a estudio subóptimo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 65 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 cursa con dorsalgia intensa de inicio súbito de 2 semanas de evolución asociada a peak febril. Inicialmente con indicación de antibióticos y analgesia, sin respuesta. Tomografía computarizada (TC) de tórax evidencia mediastinitis y espondilodiscitis. Se hospitaliza para manejo y estudio complementario, hemocultivo resulta positivo para Staphylococcus aureus meticilino-resistente (SARM). Se presenta caso a traumatología para toma de muestras debido a colección mediastínica, sin embargo, especialista menciona riesgo de descarga séptica por lo que sugiere antibioticoterapia empírica previa con Linezolid 600 mg cada 12 horas vía endovenosa. Finalmente, por evolución favorable, se descarta toma de muestra y se completa tratamiento con levofloxacino vía oral.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis corresponde sólo al 2-4% de los casos de osteomielitis vertebral y su agente etiológico más frecuente es el Staphylococcus aureus. El tratamiento en estos casos es generalmente conservador, con esquemas antibióticos de duración controversial (4-12 semanas). No obstante, el manejo quirúrgico es necesario en un 10-20% de los casos debido a compromiso neurológico o abscesos importantes.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de espondilodiscitis constituye en desafío debido a su clínica y elevación de laboratorios inespecífica. Es fundamental la sospecha diagnóstica ante factores de riesgo que generen inmunodepresión como la diabetes, enfermedad renal crónica, comunes en nuestro medio. También, es esencial el estudio imagenológico y el manejo coordinado entre equipos para el buen tratamiento de los pacientes.

FALLA DE ESTERILIZACIÓN: EMBARAZO INTRAUTERINO TRAS SALPINGECTOMÍA Y FIMBRIECTOMÍA BILATERAL.

AUTORES

María Astaburuaga¹,
Robert Poff¹,
Lucas Valenzuela¹,
Camila Zamponi¹,
Cristóbal Riquelme².

TUTORES

María Zuñiga³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano Especialista Ginecología y Obstetricia, Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

PALABRAS CLAVES

RECANALIZACIÓN,
SALPINGECTOMÍA,
EMBARAZO
INTRAUTERINO

camila.zamponi@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La esterilización quirúrgica, como la salpingectomía más fimbriectomía, es un método anticonceptivo altamente efectivo que remueve parcial o totalmente las trompas de Falopio (TF), impidiendo la fertilización. Aunque estos procedimientos presentan una tasa de fallo extremadamente baja (0.13-1.85 por cada 1000 mujeres), no son infalibles. Dentro de las causas de falla se describen errores técnicos, regeneración tubárica o recanalización espontánea, o anomalías anatómicas preexistentes no diagnosticadas. Generando consecuencias tales como un embarazo no deseado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 41 años, múltipara de 2, sin antecedentes mórbidos, con esterilización quirúrgica previa mediante salpingectomía y fimbriectomía bilateral realizada siete meses atrás. Consulta en urgencias por retraso menstrual, mastalgia y una prueba de embarazo en orina positiva. La paciente refiere vida sexual activa sin uso de otros métodos anticonceptivos. Una ecografía transvaginal confirma embarazo intrauterino de 8+6 semanas. Se inicia ácido fólico y se deriva a control prenatal en atención primaria, sin complicaciones evidentes en el examen físico.

DISCUSIÓN

El fracaso de la esterilización quirúrgica es un evento infrecuente. A pesar de la alta efectividad de la salpingectomía, causas descritas previamente pueden dilucidar la causa de este fallo. Aunque la paciente no presentó complicaciones postoperatorias ni factores de riesgo identificables, la posibilidad de una comunicación residual en las TF o la falla per se del procedimiento quirúrgico puede explicar la concepción.

La confirmación del embarazo intrauterino destaca la importancia de considerar este diagnóstico en cualquier mujer en edad fértil con clínica sugestiva, independientemente del antecedente de esterilización quirúrgica.

CONCLUSIÓN

Este caso pone de manifiesto la rareza del fallo de la esterilización quirúrgica y subraya la importancia de informar a las pacientes sobre este riesgo. A su vez, refuerza la necesidad de una comprobación intraoperatoria exhaustiva y evaluación postquirúrgica cuidadosa, para asegurar el éxito del procedimiento.

PIELITIS Y CISTITIS ENFISEMATOSA COMO CAUSA DE SHOCK SÉPTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Gonzalo Caro¹,
Joaquín Bórquez¹,
Francisca Montenegro¹,
Camila Moesicke¹,
Bárbara Lagos¹.

TUTORES

Nicolás Huenchullán².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad Mayor
sede Temuco,
Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano,
Hospital San José de
Victoria, Victoria, Chile.

PALABRAS CLAVES

INFECCIONES DEL
TRACTO URINARIO,
DIABETES MELLITUS,
SHOCK SÉPTICO

gonzalo.caro@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) enfisematosas son raras, caracterizadas por la presencia de gases en la vejiga, pelvis renal o riñón, siendo *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* los patógenos más comunes. Afectan mayormente a mujeres mayores con antecedentes de diabetes. 53% de los casos presenta síntomas típicos de ITU acompañados de signos inespecíficos como fiebre y escalofríos. Con una mortalidad cercana al 12%, el diagnóstico temprano y el manejo oportuno son clave para la sobrevida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 65 años con diabetes mellitus mal controlada, es derivada por fiebre de hasta 38.2°C, escalofríos y breve episodio de desorientación. Presenta dolor hipogástrico y dorsolumbar. Niega síntomas genitourinarios. Ingres a urgencias con dosis de ceftriaxona, sin toma previa de cultivos. Exámenes revelan pancitopenia, creatinina en 1.5mg/dL y elevación leve de transaminasas. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste: aire en el sistema pielocalicial derecho y vejiga, sin fístula. Se solicita consentimiento informado. Evoluciona con hipotensión. Se volemiza y se ajusta el tratamiento antibiótico, sospechando shock séptico. Ingres a unidad de cuidados intensivos, donde recibe drogas vasoactivas y carbapenémicos. Se realiza nefrectomía derecha para control de foco. A pesar de un manejo intensivo, la paciente fallece cuatro días después por falla multiorgánica.

DISCUSIÓN

Las ITU enfisematosas pueden presentarse con síntomas inespecíficos o compromiso sistémico. La paciente concuerda con factores de riesgo descritos en literatura. La tomografía computada resultó esencial para el diagnóstico. Dada su alta mortalidad y riesgo de complicaciones, el tratamiento fue agresivo; incluyendo antibióticos, soporte y opción quirúrgica en este caso. Pese al manejo intensivo, el resultado es fatal.

CONCLUSIÓN

Las ITU enfisematosas se da en mujeres mayores con diabetes mal controlada, la clínica puede ser inespecífica. Para evitar elevada mortalidad, se debe realizar un diagnóstico temprano y un manejo agresivo, aunque puede no ser suficiente.

VÓLVULO CECAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Antonia Bañados¹,
Joaquín Garrido¹,
Benjamín López¹,
Javiera Inostroza²,
Javiera Bañados³,
José Ordóñez⁴.

TUTORES

Patricio Leigh⁵.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
4. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
5. Médico Cirujano, Hospital San José Victoria, Victoria, Chile.

PALABRAS CLAVES

Cirugía Colorrectal,
Obstrucción intestinal,
Vólvulo intestinal.

antoniafbanados@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El vólvulo corresponde a una rotación anormal de una porción del intestino sobre su mesenterio, ocasionando obstrucción e isquemia. El vólvulo cecal constituye una patología quirúrgica excepcional, afectando el ciego y colon ascendente, representando 1-3% de los casos de obstrucción intestinal en adultos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años, hipertenso, traslado SAMU por dolor en hemiabdomen superior de 4 días de evolución asociado a náuseas, vómitos y diarrea. Ingresa a box de reanimación en malas condiciones generales, con signos de hipoperfusión. Abdomen distendido con signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos disminuidos. Ecoscopia impresiona asas distendidas y líquido libre intraabdominal. Sin respuesta a manejo inicial de shock, requiere drogas vasoactivas y soporte ventilatorio. Radiografía abdominal sugiere vólvulo sigmoideo, instalación de sonda rectal frustra. Tomografía computarizada (TC) informa obstrucción intestinal, vólvulo cecal con dilatación patológica, compromiso vascular y perforación. Hallazgos corroborados en intraoperatorio. Se realiza hemicolectomía derecha y laparostomía contenida con bolsa de bogotá, posterior salida UCI dada inestabilidad hemodinámica. Segunda intervención colocación de ostomía y retiro de bolsa de Bogotá. Evolución favorable, actualmente en seguimiento por especialidad en policlínico.

DISCUSIÓN

Al ser una patología poco frecuente es imprescindible su descarte como diagnóstico diferencial. Según la literatura, la TC es el principal estudio diagnóstico dada la escasa utilidad de la radiografía. Posterior a la compensación hemodinámica del paciente, amerita una intervención quirúrgica urgente para corregir obstrucción intestinal, evitando sus complicaciones. La hemicolectomía derecha con anastomosis ileo colónica primaria supone una alternativa terapéutica efectiva, presentando baja morbimortalidad. Lo que se realizó en este caso.

CONCLUSIÓN

El caso clínico expuesto ilustra la importancia de sospechar vólvulo cecal como diagnóstico diferencial ante una obstrucción intestinal. La TC corresponde al estudio de elección y el manejo quirúrgico debe ser individualizado con el fin de evitar complicaciones.

SILENCIOSA AMENAZA: CASO DE TIFUS DE LOS MATORRALES EN LA ISLA DE CHILOÉ.

AUTORES

Andor Winckler¹,
Daniela Fica¹,
Javiera Figueroa,¹
Francisca Pastene¹.

TUTORES

Sandra Miranda².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad San
Sebastián, Puerto
Montt, Chile
2. Médica cirujana,
Hospital de Castro,
Chile.

PALABRAS CLAVES

Tifus de los matorrales;
Orientia tsutsugamushi;
Rickettsia; Chile.

a.winkler.alvarez@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El tifus de los matorrales es una zoonosis transmitida por Orientia tsutsugamushi (cocobacilo gram negativo intracelular obligado) endémico de zonas rurales de Asia con algunas notificaciones esporádicas en Chile desde el 2006. Infecta larvas de ácaros trombicúlidos, reservorio principal. Tras la picadura, se desarrolla lesión papular que evoluciona con necrosis, similar a quemadura de cigarro, inicialmente con alta carga bacteriana. Posteriormente se disemina vía hematógena y linfática, generando fiebre, astenia, exantema y alza de parámetros inflamatorios y enzimas hepáticas. Ocasionalmente dolor abdominal, artralgias y compromiso del sensorio.

Dentro de sus complicaciones se describe: neumonía atípica, insuficiencia renal y meningoencefalitis. Mortalidad sin tratamiento del 6%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina, 56 años, agricultora originaria de Ancud, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y alergia a la penicilina. Acude en época estival al Hospital de Castro por cuadro de 5 días de evolución, caracterizado por lesión papular ulcerativa de 0.5 x 0.5 cm, eritematosa y pruriginosa, rodeada de halo eritematoso en la fosa poplítea izquierda. Evoluciona con exantema macular pruriginoso diseminado, fiebre de hasta 38.8°C, malestar general, mialgias, cefalea y deposiciones diarreicas. Sin antecedentes recientes de viajes al extranjero ni exposición a nuevos alérgenos. Se inicia tratamiento con doxiciclina ante la sospecha clínica de tifus de los matorrales, con buena respuesta y seguimiento posterior. Se firma consentimiento.

DISCUSIÓN

Esta enfermedad infecciosa es sub diagnosticada y notificada, por lo que no hay suficientes datos epidemiológicos. El diagnóstico es principalmente clínico en zona epidemiológica, debiendo iniciar antibioterapia precozmente con Doxiciclina. En caso de duda diagnóstica, se dispone de detección de material genético por reacción de polimerasa en cadena o cultivo.

Se requiere alta sospecha para prevenir complicaciones mortales, principalmente predomina en masculino con contacto laboral o recreacional con vegetación o leña en zonas rurales de la X región de Chile.

SÍNDROME DE LUTEMBACHER ADQUIRIDO: SECUELAS DE UNA ENFERMEDAD REUMÁTICA, REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Camila Aranda¹,
Karla Vásquez¹,
Camila Venegas¹,
Madelaine Reyes¹,
Karen Sotomayor²,
Amanda Elgueta²

TUTORES

Alfonso García³.

AFILIACIONES

1. Interna de medicina,
Universidad de
O'Higgins, Rancagua,
Chile
2. Interna de medicina,
Universidad de la
Frontera, Temuco,
Chile
3. Cardiólogo
Intervencional,
Hospital Regional
Libertador Bernardo
O'Higgins, Rancagua,
Chile.

PALABRAS CLAVES

Hipertensión pulmonar;
Defecto del septo
interauricular;
Enfermedades
reumáticas;
Cardiomegalia;
Insuficiencia cardíaca //
Pulmonary hypertension;
Atrial septal defect;
Rheumatic diseases;
Cardiomegaly; Heart
failure

k.sotomayor01@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Lutembacher (SL) es una rara condición cardíaca caracterizada por un defecto del septo interauricular (DSIA) y estenosis mitral (EM). La incidencia de EM en pacientes con DSIA es del 4%, y la de DSIA en pacientes con EM es de 0,6-0,7%. El SL tiene una prevalencia de 0,001 por cada millón de habitantes, más frecuente en mujeres y en regiones con alta incidencia de fiebre reumática, causa común de EM. Su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son esenciales dado posibles complicaciones como insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Femenina de 61 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca e hipotiroidismo, consulta en servicio de urgencias por cuadro de días de evolución de disnea en reposo, palpitaciones, decaimiento y deterioro de su basal. Se realiza ecoscopia que evidencia cardiomegalia, contractilidad global disminuida, aurículas dilatadas, vena cava con poca variabilidad y derrame pleural bilateral. Se sospecha hipertensión pulmonar. Panel viral negativo. Diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda y fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. Se inicia antibioticoterapia, evolucionando de manera favorable sin requerimientos de oxígeno. Estudios previos confirman síndrome de Lutembacher, EM reumática con dilatación severa de la aurícula izquierda y reflujo tricuspídeo moderado a severo. Coronariografía sin hallazgos patológicos. Cateterismo cardíaco evidencia hipertensión pulmonar mixta.

Por lo anterior, se traslada a centro especializado para cirugía cardíaca.

DISCUSIÓN

El síndrome de Lutembacher presenta manifestaciones clínicas variables según el tamaño del DSIA, la severidad de la EM y la adaptación del ventrículo derecho. Aunque la etiología reumática es común, en este caso no había antecedentes de fiebre reumática, destacando la importancia del ecocardiograma como herramienta diagnóstica.

CONCLUSIÓN

El SL es complejo y requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Pese a ser infrecuente, debe considerarse en pacientes con DSIA y EM, incluso en ausencia de fiebre reumática.

SÍNDROME VOGT KOYANAGI HARADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Bárbara Mansilla¹,
Ignacio Delgado¹,
Ángela Mansilla².

TUTORES

Catalina Benitez³.

AFILIACIONES

1. Interno Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad De La Frontera, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Hernan Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Enfermedades Autoinmunes, Síndrome Uveomeningoencefálico, Uveítis.

b.mansilla02@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Síndrome Vogt Koyanagi Harada (VKH) es una enfermedad autoinmune contra los melanocitos, que afecta tejidos ricos en melanina, como ojos, piel, oído interno y sistema nervioso. Está caracterizado por una panuveítis granulomatosa bilateral, crónica y difusa, así como manifestaciones neurológicas, auditivas y dermatológicas. Su presentación clínica se divide en una fase aguda, secundaria a la inflamación coriorretiniana, con visión borrosa, fotofobia y manifestaciones extraoculares, como despigmentación de la piel y ciliar, y auditivas, como tinnitus, hipoacusia y pérdida de audición. Alrededor del 17 al 73% de los pacientes pueden progresar a una fase crónica caracterizada por panuveítis. El diagnóstico se basa en criterios clínicos internacionales y su tratamiento en el uso de esteroides sistémicos a dosis altas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 51 años, previamente sana y autovalente. Cursó con cuadro de 3 meses de evolución de visión borrosa progresiva, evaluada inicialmente por oftalmología encontrándose edema de papila del ojo izquierdo, se descartó hipertensión intracraneana y se decidió seguimiento ambulatorio. Consultó nuevamente por persistencia de disminución de agudeza visual progresiva bilateral e hipoacusia bilateral. Fue evaluada por otorrinolaringología con audiometría, compatible con hipoacusia mixta bilateral y por neurooftalmología con hallazgo de panuveítis bilateral. Dado cuadro clínico concordante con Síndrome VKH se iniciaron pulsos de corticoides, con mejoría en relación a hipoacusia y agudeza visual. Se solicitó consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El síndrome de VKH es una enfermedad autoinmunitaria y multisistémica infrecuente. Está descrito en la literatura que su sintomatología puede imitar otras patologías inflamatorias o infecciosas, requiriendo un diagnóstico de descarte.

CONCLUSIÓN

Conocer esta enfermedad es esencial para aumentar la sospecha clínica y lograr un diagnóstico precoz, lo que permite iniciar un tratamiento oportuno y prevenir daños irreversibles en la visión y complicaciones neurológicas. Esto mejora significativamente el pronóstico funcional del paciente y su calidad de vida a largo plazo.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL Y DE SIMULACIÓN CON ABUSO DE SUSTANCIAS: CASO CLÍNICO.

AUTORES

Andor Winckler¹,
Daniela Fica¹,
Javiera Figueroa¹,
Francisca Pastene¹.

TUTORES

Grey Hernández.²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad San
Sebastián, Puerto
Montt, Chile
2. Médica cirujana,
Equipo de Salud Rural
del Reloncaví, Puerto
Montt, Chile.

PALABRAS CLAVES

Simulación de
enfermedad, Trastornos
de la personalidad,
Trastorno de personalidad
antisocial, Trastornos
relacionados con
sustancias.

a.winkler.alvarez@gmail.com



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La personalidad corresponde a patrones persistentes en percepción, relación y pensamiento sobre el entorno e individuo, cuando cursan con deterioro funcional, se denominan trastornos de la personalidad. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales, quinta versión (DSM-5), se ordenan en tres grupos (A, B y C).

El trastorno de personalidad antisocial (grupo B) corresponde al patrón generalizado de desprecio y violación a derechos, incluye criminalidad, incumplimiento de ley, manipulación. Por otro lado, la psicopatía es un conjunto de conductas antisociales y síntomas psicológicos: poca conexión emocional a terceros, incapacidad de sentir culpa o remordimiento. Este caso pretende contextualizar a un paciente con estas características para la práctica médica general.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En centro de salud primaria, masculino de 18 años con antecedentes de trastorno del desarrollo de personalidad (grupo B) y leucemia linfocítica aguda en la infancia, tratada con trasplante de médula ósea y quimioterapia; dolor crónico y abuso de opiáceos y benzodiazepinas. Relación conflictiva con el equipo de salud. Evaluado por hemato-oncología, se diagnostica leucocitosis debido a la corticoterapia prolongada y receta incorrecta de quimioterapia. Fue derivado a salud mental por uso nocivo de medicamentos y constante demanda de recetas. A pesar de las agudizaciones del dolor, la sintomatología no concuerda con los hallazgos clínicos. Presentaba terminología médica durante las consultas y angustia por la falta de medicamentos. Se refiere a evaluación secundario. Se firma consentimiento. nterior, se traslada a centro especializado para cirugía cardíaca.

DISCUSIÓN

La pesquisa y seguimiento del trastorno de la personalidad es fundamental. La búsqueda activa del trastorno de personalidad antisocial se debe sospechar frente al consumo y búsqueda de drogas, signos de simulación, comportamiento imprudente o daño físico. El correcto abordaje disminuye mortalidad por múltiples causas, incluyendo naturales, accidentes o suicidio. Sin embargo, es un desafío la adecuada relación médico paciente para llevar esto a cabo.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES MIGRANTES EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO DURANTE EL PERIODO 2020-2024

AUTORES

Felipe Allendes¹,
Maximiliano Reyes¹,
Ignacia Soto¹,
Valentina Ulloa¹.

TUTORES

Gabriel Peña y Lillo².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
2. Médico cirujano, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

PALABRAS CLAVES

Desnutrición,
Adolescentes, Migración

Fallendes.reyes@gmail.com



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

Chile ha presentado una tendencia hacia la disminución la malnutrición por déficit (MPD) definida como un índice de masa corporal (IMC) ≤ -1 DE, y un aumento de la malnutrición por exceso (MPE) definida como $\text{IMC} \geq +1$ DE. Adicionalmente, ha crecido la población pediátrica migrante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el objetivo de comparar el estado nutricional de adolescentes migrantes en Valparaíso con el de la población local se realizó un estudio de corte transversal analizando los datos de controles de salud de pacientes migrantes entre 10 y 19 años. Los datos provinieron de los reportes estadísticos mensuales (REM) del departamento de estadísticas e información de salud (DEIS) entre 2020 y 2024 ($n = 166.978$). Se realizó un análisis inferencial y descriptivo mediante Microsoft Excel® y Stata SE 18.0. No se requirió aprobación por comité de ética.

RESULTADOS

En la población no migrante los diagnósticos nutricionales de eutrofia ($\text{IMC} > -1$ y $< +1$ DE), MPE y MPD fueron de 40.92% (61.979), 53.37% (80.843) y 5.71% (8.643) respectivamente. En la población migrante, los diagnósticos nutricionales de eutrofia, MPE y MPD fueron de 53.99% (3115), 35.48% (2047) y 10.54% (608) respectivamente. Los pacientes migrantes presentaron mayor riesgo de MPD ($\text{RR } 1.8$ $p < 0.0001$) y menor riesgo de MPE ($\text{RR } 0.66$ $p < 0.01$) que los pacientes no migrantes.

DISCUSIÓN

La población adolescente migrante de Valparaíso tiene mayor riesgo de presentar MPD y menor de presentar MPE que la población no migrante. Esto podría estar asociado a factores de vulnerabilidad y menor nivel socioeconómico.

CONCLUSIÓN

Dada la importancia de la MPD en el crecimiento y desarrollo a largo plazo, es crucial que el personal de salud tenga un enfoque multicultural que le permita detectar e intervenir tempranamente en estos casos.

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LAS HOSPITALIZACIONES POR VARICELA EN CHILE

AUTORES

Felipe Allendes¹,
Andrea Muñoz¹,
Daniela Giglio¹,
Rosario Cámara¹.

TUTORES

Gabriel Peña y Lillo².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
2. Médico cirujano, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

PALABRAS CLAVES

Varicela, COVID-19, Pandemia.

Fallendes.reyes@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad infecciosa causada por el virus varicela zoster con una incidencia en Chile de 19 casos por 10.000 habitantes. Aunque su manejo suele ser ambulatorio, 15 de cada 1.000 casos requieren hospitalización.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional con el objetivo de determinar el impacto epidemiológico de la pandemia por COVID-19 en las hospitalizaciones por varicela (HV) durante el periodo de 2018-2024. Se analizaron los egresos hospitalarios con diagnóstico de infección por varicela o sus complicaciones publicados en la base de datos del departamento de estadísticas e información de salud (DEIS) durante el periodo de 2018-2024 (n = 1912). Se realizó un análisis descriptivo del número de hospitalizaciones y el grupo etario según el año, a través de Microsoft Excel® y Stata SE 18.0. No se requirió aprobación por comité de ética.

RESULTADOS

Las HV disminuyeron de 794 hospitalizaciones en 2018 a 61 en 2021 (Disminución del 78,9%), mostrando un nuevo ascenso en 2023 con 167 hospitalizaciones. El grupo etario más afectado en 2018 y 2019 fue el grupo de 1 a 9 años, concentrando el 61,9 (492) y 55,5% (343) de las hospitalizaciones respectivamente, que disminuyó a un 29,2% (31) en 2022, el resto de los grupos etarios, exceptuando a menores de un año, presentaron un aumento en la distribución de hospitalizaciones.

DISCUSIÓN

La disminución de casos durante el periodo de pandemia trajo consigo un aumento de pacientes susceptibles a la infección por varicela en los grupos etarios de mayor edad, lo que podría explicar el desplazamiento de los casos hacia estos.

CONCLUSIÓN

Pese a la disminución en el número de casos, debido a la menor cantidad de pacientes inmunizados, podemos esperar un aumento en la incidencia de varicela en pacientes adolescentes durante los siguientes años.

IMPORTANCIA DEL RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES PREVIO A CIRUGÍA DE CATARATA.

AUTORES

Natalia Cholaky¹,
Nicolás La Rosa¹,
Fernanda Gonzalez²,
Carolina Renard¹,
Thomas Wood¹,
Nicolas Cholaky³

TUTORES

Naya Yurie⁴.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile
2. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
3. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
4. Médica Cirujana, Universidad de Santiago, Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Catarata; Oftalmología;
Procedimientos
Quirúrgicos
Oftalmológicos

f.gonzalez21@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La catarata es la opacidad del lente del ojo que puede generar visión borrosa, distorsión e incluso ceguera. Es una de las principales causas de ceguera reversible a nivel mundial, por lo que su tratamiento es importante para aumentar la vida funcional del paciente. Se han creado diversas técnicas para su resolución quirúrgica, en las que es relevante tener un recuento de células endoteliales (RCE) dado que se produce injuria de estas durante el procedimiento, llegando a disminuir en un 5-20%. Se realizó un estudio sobre el número de cirugías de cataratas realizadas en una clínica oftalmológica y recuento de células endoteliales solicitadas previo a procedimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal, en el que se utiliza la base de datos de pacientes tratados con facoerisis en el Instituto oftalmológico Puerta del Sol en un periodo de 8 meses en el año 2024.

RESULTADOS

Se recolectó un total de 580 cirugías, dentro de las cuales en 233 se realizó estudio previo de RCE, es decir un 40,17 % de cirugías, en las que solo el 25% de los profesionales prestadores solicitaron estudio previo en más del 80% de cirugías que realizaron.

DISCUSIÓN

El RCE es un examen preoperatorio imprescindible para la selección de la técnica quirúrgica en la cirugía de cataratas, ya que el porcentaje de pérdida RCE es extremadamente variable. Estudios comparando diferentes técnicas quirúrgicas han detectado una disminución del 10% RCE. La disminución de RCE es relevante clínicamente ya que un recuento menor 500 cel/mm³ puede causar complicaciones como la opacificación de la córnea haciendo que los resultados post-quirúrgicos no sean los deseados.

CONCLUSIÓN

Previo a una cirugía de cataratas es importante solicitar un RCE para planificar el abordaje operatorio y evitar complicaciones posteriores. Ergo, el RCE debería ser un examen de rutina.

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR MONONUCLEOSIS INFECCIOSA ENTRE EL AÑO 2020 Y 2023 EN CHILE.

AUTORES

Paula García¹,
Elena Rojas¹,
Emilia Brandell¹,
Pablo Encina¹,
Gerardo Correa²,
Álvaro Mora³.

TUTORES

Paula Aldunate⁴.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
4. Médico especialista en salud pública, Hospital El Carmen, Maipú, Chile.

PALABRAS CLAVES

Chile, Epidemiología, Mononucleosis Infecciosa, Hospitalización.

a.mora06@ufromail.cl



III° JCEM 2024

INTRODUCCIÓN

La Mononucleosis Infecciosa (MI) es causada principalmente por el Virus Epstein Barr (VEB). El riesgo de complicaciones aumenta si no se maneja precozmente, aumentando la morbimortalidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional-descriptivo-transversal cuyo objetivo es determinar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por MI en población Chilena hasta los 64 años entre los años 2020-2023, utilizando las variables sexo, grupo etario, patógeno causal y promedio de estadía hospitalaria.

RESULTADOS

Se determinó una TEH de 1,47/100.000 habitantes. El año 2023 tuvo la mayor THE (1,90/100.000 habitantes). La TEH fue mayor en hombres (1,55/100.000 habitantes) y en el grupo de 15-19 años (4,10/100.000 habitantes), mientras que el principal patógeno aislado fue el Virus Herpes Gamma (27.23%). El mayor promedio de estadía hospitalaria fue el 2021 (4.97 días), siendo mayor por Citomegalovirus (CMV) con 5,53 días, sin diferencias entre ambos sexos.

DISCUSIÓN

Según la literatura no hay diferencia significativa en la TEH según sexo, lo cuál es concordante con los resultados obtenidos. La mayor TEH en niños y adolescentes se condice con la tendencia mundial, lo cuál se ha atribuido a la elevada tasa de inmunidad adquirida en mayores de 30 años. Se identificó como principal agente aislado al Virus Herpes Gamma, familia del VEB, cuya seroprevalencia se estima de hasta el 90% a los 30 años. El promedio de estadía hospitalaria no varió significativamente según sexo, sin embargo el CMV se asoció a estadías más largas, lo cuál, si bien esta poco descrito, podría deberse a su propiedad de reactivación en pacientes inmunocomprometidos, considerando su especial morbimortalidad.

CONCLUSIÓN

En Chile la MI presenta una TEH con características similares a la descripción internacional. Al desglosar esta tasa y la estadía hospitalaria en relación a variables implicadas, se identificó la edad como un factor fundamental.

ATENCIONES DE URGENCIA PEDIÁTRICA POR CRISIS OBSTRUCTIVA BRONQUIAL DURANTE EL PERIODO 2017-2023 EN C

AUTORES

Paula García¹,
Camila Acuña²,
Valentina Fecci³,
Sebastián San Martín⁴,
Elena Rojas¹,
Álvaro Mora⁵.

TUTORES

Pe Paula Aldunate⁶.

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile
2. Estudiante, Universidad de Valparaíso, Región de Valparaíso, Chile
3. Estudiante, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
4. Interno, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile
5. Interno, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile
6. Médico especialista en salud pública, Hospital El Carmen, Maipú, Chile

PALABRAS CLAVES

Bronquitis; Bronquiolitis; Epidemiología

a.mora06@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La crisis bronquial obstructiva presenta gran incidencia en la infancia, que genera abundante demanda asistencial en servicios de urgencia. Su principal etiología es el Virus Respiratorio Sincicial, con un peak durante Julio-Agosto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el objetivo de definir la distribución porcentual de atenciones de urgencia por crisis obstructiva bronquial en población pediátrica según grupo etario y trimestre de atención en el periodo 2017 a 2023 en Chile. Los datos fueron obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. No requirió comité de ética.

RESULTADOS

Se estudió un total de 461.206 atenciones. El año 2020 tuvo el menor número de atenciones con 81.352 (14.90%) atenciones. El mayor porcentaje de atenciones ocurrió entre el segundo y tercer trimestre, a excepción del año 2020, donde este tuvo un 58.44% de los casos en el primer trimestre.

DISCUSIÓN

Se pudo observar que el año 2020 tuvo el menor número de atenciones, esto podría asociarse a la pandemia por COVID-19 y el confinamiento disminuyendo el contagio de enfermedades respiratorias virales. El mayor número de atenciones ocurrió durante el segundo y tercer trimestre, esto se podría asociar a que en los meses de invierno aumentan los cuadros de enfermedades respiratorias virales.

CONCLUSIÓN

Se observó una disminución de las atenciones de urgencia por crisis bronquial obstructiva durante el periodo de pandemia, posiblemente atribuible a medidas de aislamiento. Considerando los resultados y falta de estudios, se debe tener como precedente para futuras investigaciones.



ACEM-UFRO

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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

TEMUCO, DICIEMBRE 2024



III° JCEM