



II JCEM 2023

II JORNADA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

LIBRO

RESUMEN

2023



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



**REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR**

o. JORNADA
CIENTÍFICA D
ESTUDIANTE
DE MEDICINA

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



II JCEM 2023

**II° 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

Martina Morales C.

Directora II° JCEM 2023

Presidenta ACEM UFRO 2023

Diego Echeverría V.

Director II° JCEM 2023

Director de Investigación ACEM UFRO 2023

Ignacio Aguayo C.

Estudiante Medicina, UFRO.

Alejandro Agurto V.

Estudiante Medicina, UFRO.

Eduardo Araneda N.

Interno Medicina, UFRO.

Manuel Basaure B.

Interno Medicina, UFRO.

Victor Constanzo P.

Estudiante Medicina, UFRO.

Pedro Escobar Q.

Estudiante Medicina, UFRO.

Antonia González P.

Estudiante Medicina, UFRO.

Paula Hidalgo B.

Estudiante Medicina, UFRO.

Paula Hidalgo E.

Estudiante Medicina, UFRO.

Sebastián Lazcano D.

Estudiante Medicina, UFRO.

Hernán Montenegro U.

Estudiante Medicina, UFRO.

Amelia Mora S.

Estudiante Medicina, UFRO.

Secretaria ACEM UFRO 2023.

Patricio Oñate V.

Estudiante Medicina, UFRO.

Claudia Ovalle R.

Estudiante Medicina, UFRO.

Sebastián Palma C.

Estudiante Medicina, UFRO.

Vicente Pereda C.

Estudiante Medicina, UFRO.

Jorge Pinto R.

Estudiante Medicina, UFRO.

Vicente Quiroz G.

Estudiante Medicina, UFRO.

Daniel Reyes M.

Estudiante Medicina, UFRO.

Tesorero ACEM UFRO 2023.

Bastián Silva R.

Estudiante Medicina, UFRO.

Francisco Toro M.

Estudiante Medicina, UFRO.

Director Difusión ACEM UFRO 2023.

Jorge Troncoso R.

Estudiante Medicina, UFRO.

Director Informática ACEM UFRO 2023

Nicolás Ulloa A.

Estudiante Medicina, UFRO.



REVISTA de ESTUDIANTES de
MEDICINA DEL SUR



II JCEM 2023

COMITÉ EVALUADOR

Dr. José Antonio I.

Urología.

Dr. Alex Araya M.

Medicina General.

Dr. Gastón Briceño R.

Dermatología.

Dra. Andrea Cabezas U.

Nerurología Infantil.

Dra. Carolina Chahín A.

Infectología.

Dr. Andrés Díaz H.

Cirugía Cardiovascular.

Dr. Renato García S.

Medicina General.

Dr. Mario Gorena P.

Urología.

Dr. Eduardo Hebel W.

Gastroenterología Pediátrica.

Dr. Fernando Lanas Z.

Cardiología.

Dr. Mario Oñat G.

Medicina Interna.

Dr. Danilo Pérez G.

Medicina Interna.

Dr. Arnoldo Riquelme P.

Gastroenterología.

Dr. Francisco Rodríguez O.

Nefrología.

Dr. Jorge Sapunar Z.

Endocrinología.

Dr. Álvaro Soto V.

Neurología.

Dr. Guillermo Soza C.

Pediatría.

ÍNDICE TRABAJOS

CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
CC-01	SÍNDROME DE BRADICARDIA, INSUFICIENCIA RENAL, BLOQUEADORES NODO ATRIOVENTRICULAR, SHOCK E HIPERCALEMIA. UNA APROXIMACIÓN.	Pág 09
CC-02	PARÁLISIS DE TODD VERSUS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS	Pág 10
CC-03	LATRODECTISMO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 11
CC-04	DERMATOMIOSITIS JUVENIL, DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL MÉDICO GENERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 12
CC-07	ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T, REPORTE DE CASO.	Pág 13
CC-08	VASCULITIS ASOCIADA A ANCA PR3 POSITIVA TRATADA CON PLASMAFÉRESIS: A PROPÓSITO DE UN PACIENTE.	Pág 14
CC-09	DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 15
CC-11	SÍNDROME DE MOYAMOYA COMPLICADO CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 16
CC-12	ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE IDIOPÁTICA EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 17
CC-14	SÍNDROME ICTÉRICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR PANCREÁTICO EN ESCOLAR, REPORTE DE UN CASO.	Pág 18
CC-15	CÁNCER DE MAMA OCULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 19
CC-16	SHOCK HEMORRÁGICO A PROPÓSITO DE UNA COLITIS ULCEROSA DESCOMPENSADA.	Pág 20
CC-17	SÍNDROME DE OGILVIE EN CASO SEVERO DE SARS-COV2: EFECTOS SOBRE EL MANEJO CON NEOSTIGMINA.	Pág 21
CC-18	PRESENTACIÓN DE HIPOCALCEMIA SEVERA SINTOMÁTICA Y SU IMPORTANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 22
CC-20	TÉCNICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 23
CC-21	SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE ASOCIADO A CONSUMO DE CANNABIS.	Pág 24
CC-22	FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA POR DIVERTICULITIS COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 25
CC-23	INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA UNA EMERGENCIA ENDOCRINOLÓGICA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 26
CC-24	"ENCEFALITIS AUTOINMUNE", A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 27
CC-25	SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL NIÑO CON VÓMITOS.	Pág 28
CC-26	"SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA IDIOPÁTICA", A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 29
CC-27	NEURALGIA AMIOTRÓFICA DEL DIABÉTICO Y SÍNDROME DE BRUNS GARLAND, A PROPÓSITO DE UN CASO	Pág 30
CC-28	SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN UN ADULTO MAYOR: REPORTE DE UN CASO.	Pág 31
CC-29	TALLA BAJA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE SÍNDROME DE INTERRUPCIÓN DEL TALLO PITUITARIO.	Pág 32

ÍNDICE TRABAJOS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
CC-30	PIELONEFRITIS POR SERRATIA MARCESCENS EN UN LACTANTE MENOR CON USO PREVIO DE UROPROFILAXIS.	Pág 33
CC-31	TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA O SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER, PRESENTACIÓN ATÍPICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.	Pág 34
CC-32	PRIAPISMO ISQUÉMICO POR ANTIPSICÓTICO ATÍPICO DE USO FRECUENTE.	Pág 35
CC-33	ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 EN UN ADULTO SANO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL.	Pág 36
CC-34	RECURRENCIA DE SÍNDROME DE TAKOTSUBO, REPORTE DE UN CASO.	Pág 37
CC-35	INFRECUENTE TIPO HISTOLÓGICO POSTERIOR A ORQUIECTOMÍA RADICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 38
CC-36	PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA, RESULTADO DE UN NÓDULO DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO.	Pág 39
CC-38	MASTOCITOSIS SISTÉMICA: PRESENTACIÓN LEUCÉMICA POCO CONOCIDA A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 40
CC-39	XANTOMAS TUBEROSOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 41
CC-42	PSEUDO-OBSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA O SÍNDROME DE OGILVIE, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 42
CC-43	PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON CULTIVO POSITIVO PARA SALMONELLA: REPORTE DE UN CASO.	Pág 43
CC-44	OBSTRUCCIÓN DUODENAL POR CÁLCULO BILIAR MIGRATORIO: UNA RARA MANIFESTACIÓN. SÍNDROME DE BOUVERET.	Pág 44
CC-45	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN VARONES.	Pág 45
CC-46	SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN.	Pág 46
CC-47	BICITOPENIA Y EXANTEMA SÚBITO POR VIRUS HERPES HUMANO-6 (VHH-6): UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN LACTANTE MAYOR.	Pág 47
CC-48	FRACTURA ACETABULAR PERIPROTÉSICA: INFRECUENTE COMPLICACIÓN POSTERIOR A ARTROPLASTIA DE CADERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 48
CC-53	BARTONELOSIS ATÍPICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UN CASO DE FIEBRE PROLONGADA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y LECCIONES CLÍNICAS	Pág 49
CC-54	BARTONELOSIS DISEMINADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 50
CC-57	SÍNDROME DE STEWART TREVES COMO COMPLICACIÓN DE LINFEDEMA CRÓNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 51
CC-58	SÍNDROME DE CAPGRAS, CUANDO LA IMAGINACIÓN LE GANA A LA REALIDAD.	Pág 52
CC-59	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, UN INFRADIAGNÓSTICO EN LA VEJEZ.	Pág 53
CC-60	"COLEDOCOLITIASIS EN UNA PACIENTE EMBARAZADA: MANEJO EXITOSO CON COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA" SÍNDROME NEFRÓTICO DE RÁPIDA INSTALACIÓN.	Pág 54
CC-62	EXTRASISTOLES VENTRICULARES FRECUENTES EN UNA EMBARAZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 55
CC-63	MIXOMA AURICULAR DERECHO COMO ETIOLOGÍA POSIBLE DE TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR.	Pág 56
CC-64	ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EMBÓLICOS MÚLTIPLES DE ORIGEN INDETERMINADO ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE.	Pág 57
CC-65	REPORTE DE UN CASO: TRANSECCIÓN AÓRTICA ASOCIADA CON FRACTURA DE COLUMNA TORÁCICA INESTABLE.	Pág 58
CC-66	CARCINOMA EPIDERMÓIDE QUERATINIZANTE GÁSTRICO SECUNDARIO A FÍSTULAS ENTERO Y GASTROCUTÁNEAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 59
CC-67	DERRAME PLEURAL POR ARTRITIS REUMATOIDE A PROPOSITO DE UN CASO.	Pág 60

ÍNDICE TRABAJOS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
CC-68	COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA ADQUIRIDA EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: REPORTE DE CASO.	Pág 61
CC-69	TIFUS DE LOS MATORRALES COMO INFECCIÓN ENDÉMICA EN CHILE, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 62
CC-70	BIFOSFONATOS COMO TRATAMIENTO DE DISTR OFIA ÓSEA EN NEUROFIBROMATOSIS, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.	Pág 63
CC-71	MELANOMA MUCOSO EN CAVIDAD ORAL, LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ESTUDIOS ADICIONALES Y SEGUIMIENTO.	Pág 64
CC-72	NEFROPATÍA ASOCIADA A CILINDROS BILIARES, A PROPÓSITO DE UN CASO DE COLANGITIS AGUDA.	Pág 65
CC-73	OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR PROXIMAL MEDIANTE CLAVO INTRAMEDULAR: UN TRATAMIENTO "PROFILÁCTICO" EN DISPLASIA FIBROSA, REPORTE DE UN CASO.	Pág 66
CC-74	ELEVACIÓN SIGNIFICATIVA DE TRANSAMINASAS INDUCIDA POR EJERCICIO FÍSICO. REPORTE DE UN CASO.	Pág 67
CC-75	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DEBUT TARDÍO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO.	Pág 68
CC-76	ABSCESO TUBOOVÁRICO EN PACIENTE HISTERECTOMIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 69
CC-77	ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON EMBOLIA SEPTICA EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO.	Pág 70
CC-78	SÍNDROME DE MIRIZZI Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 71
CC-79	SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO SECUNDARIO A INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 72
CC-80	MANEJO DE ABSCESO SACRO SECUNDARIO A HIDATIDOSIS INTRARRAQUÍDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 73
CC-81	QUISTE DEL COLÉDOCO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA EN EDAD ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 74
CC-82	AVULSIÓN DE LA PLACA VOLAR, COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TRAUMATISMOS.	Pág 75
CC-83	PANCOLITIS ASOCIADA A SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 76
CC-85	MANEJO MÉDICO EN DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD A OLIGOSINTOMÁTICA: REPORTE DE CASO.	Pág 77
CC-86	CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA, UN CASO ILUSTRATIVO.	Pág 78
CC-88	INFARTO ESPLÉNICO, UNA CAUSA ATÍPICA DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.	Pág 79
CC-89	EL INVIERNO SE ACERCA: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR METAPNEUMOVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 80
CC-90	ERITRODERMIA CRÓNICA SECUNDARIA A LINFOMA T CUTÁNEO: REPORTE DE CASO.	Pág 81
CC-91	SEPSIS DE FOCO CUTÁNEO CON ORINA PÚRPURA.	Pág 82
CC-92	TENOSINOVITIS FLEXORA PIÓGENA POR MORDEDURA DE GATO.	Pág 83
CC-93	LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN UN PACIENTE SIN INMUNOSUPRESIÓN EVIDENTE, REPORTE DE UN CASO.	Pág 84
CC-94	ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REPORTE DE CASO.	Pág 85
CC-95	INSUFICIENCIA CARDÍACA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A MASA CARDIACA VENTRICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 86
CC-96	EXTRAÑA VARIANTE GENÉTICA EN SÍNDROME ZELLWEGER, REPORTE DE UN CASO.	Pág 87
CC-97	HEPATITIS COMO PRIMERA PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 88

ÍNDICE TRABAJOS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
CC-99	FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS: REPORTE DE CASO.	Pág 89
CC-100	TRALI EN DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 90
CC-101	ANGIOLIPOMA RENAL IZQUIERDO COMO HALLAZGO EN ESTUDIO DE TUMOR RENAL: REPORTE DE CASO.	Pág 91
CC-102	TUMOR NEUROENDOCRINO DE APÉNDICE CECAL EN CONTEXTO DE APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE CASO.	Pág 92
CC-103	TUMOR NEUROENDOCRINO COMO HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO.	Pág 93
CC-105	ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LINFOADENOPATÍA EN PEDIATRÍA.	Pág 94
CC-106	SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN LACTANTE MENOR, A PROPÓSITO DE UN CASO.	Pág 95
CC-107	DISTENSIÓN ABDOMINAL, VÓMITOS Y AUSENCIA DE MECONIO, TRES PUNTOS CLAVES EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.	Pág 96
CC-108	ARTRITIS REUMATOIDE CON TROMBOCITOSIS REACTIVA Y ESTUDIO MOLECULAR NEGATIVO EN PACIENTE MASCULINO, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA	Pág 97
CC-109	VÓLVULO DEL SIGMOIDES COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.	Pág 98

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
RB-02	PET-PSMA EN CANCER DE PROSTATA: ROL EN ETAPIFICACIÓN PRIMARIA Y RECUPERACIÓN BIOQUÍMICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	Pág 100
RB-03	CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN EL USO DE LA PANTALLA EN LA POBLACIÓN CHILENA	Pág 101
RB-04	CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CONTRA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL EN UROLOGÍA, ¿CUÁL PREFERIR?	Pág 102
RB-05	HERIDA PENETRANTE ABDOMINAL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	Pág 103

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO	TÍTULO	PÁGINA
TI-01	DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR DISECCIÓN AÓRTICA EN CHILE DURANTE EL 2019-2022	Pág 105
TI-02	ANÁLISIS DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN EL PERÍODO 2018-2021 EN CHILE.	Pág 106
TI-03	UNA ACTUALIZACIÓN: TASA DE MORTALIDAD POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS, PERIODO 2017-2021 EN CHILE	Pág 107

CASOS CLÍNICOS



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

SÍNDROME DE BRADICARDIA, INSUFICIENCIA RENAL, BLOQUEADORES NODO ATRIOVENTRICULAR, SHOCK E HIPERCALEMIA. UNA APROXIMACIÓN.

AUTORES

Misael Espinoza¹,
Osvaldo Herrera¹,
Greg Snitzes²,
Bryan Álvarez²

TUTORES

Dr. Luis Vera³
Dr. Manuel Duarte⁴

AFILIACIONES

1. Estudiante,
Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Interno, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Médico Cirujano,
Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.
4. Médico Cardiólogo,
Hospital Santiago Oriente, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Nodo Atrioventricular,
Bradicardia, Choque
Cardiogénico.

misael.espinoza@mail.udp.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de BRASH es caracterizado por Bradicardia, Falla Renal, Bloqueadores del nodo Atrioventricular, Shock e Hipercalemia. Es común en pacientes geriátricos con múltiples comorbilidades como enfermedades cardíacas, disfunción renal e hipertensión requirente de bloqueadores nodales Atrioventriculares (BNAV). La epidemiología del síndrome de BRASH es poco conocida, así como sus diversas presentaciones clínicas. Reconocer y entender este síndrome puede mejorar los resultados de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre, 81 años, Hipertensión arterial, Dislipidemia, AVE hace 5 años con secuela de hemiparesia de EEII. Usuario de Aspirina, Atorvastatina, Enalapril, Losartán, Amlodipino, Hidrocortisona y Atenolol. Consulta al servicio de urgencia por un episodio de síncope, luego de dos días de evolución caracterizados por diarrea, vómitos y CEG. Al examen físico bradicárdico 25 lpm, hipotenso 90/37 mmHg, y llene capilar de 8 segundos. Exámenes complementarios destacan hipercalemia 7.9, alza de troponinas 0.77, creatinina 7.18. Holter evidencia ritmo de fibrilación auricular alternado con flutter con respuesta ventricular apropiada. Ingres a UTI por choque cardiogénico secundario a BRASH. Se le solicita Consentimiento Informado.

DISCUSIÓN

Además de orientar la sospecha diagnóstica, conocer la entidad de BRASH permite el tratamiento de la patología de forma integral como un síndrome y no como síntomas aislados, lo cual está documentado que aumenta la eficacia del tratamiento y evita el uso de medidas que no muestran efectividad, como el marcapasos transcutáneo.

CONCLUSIÓN

El BRASH es un síndrome poco conocido y documentado, por ende, es de suma importancia considerar su historia y manifestaciones clínicas, para así dar con un diagnóstico oportuno y temprano.

PARÁLISIS DE TODD VERSUS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS.

AUTORES

Pola Avilez Pincheira¹,
Génesis Arias Lopez¹,
Valentina Vega Quintana²,
Susana Reyes Sabag³

TUTORES

José Parraguez Cornejo⁴

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
4. Médico Neurólogo, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile.

PALABRAS CLAVES

Accidente Cerebrovascular Agudo, Parálisis, Trastorno Convulsivo.

pavilez@medicina.ucsc.cl



INTRODUCCIÓN

La parálisis de Todd (PT) es un síndrome caracterizado por déficit neurológico focal transitorio, inmediatamente post-convulsión, sin consecuencias duraderas. Generalmente afecta una extremidad o hemicuerpo, sin embargo, puede tener varias presentaciones, incluyendo compromiso del lenguaje, conciencia y campo visual. Dado que la hemiplejía es común con el accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACV), se dificulta el diagnóstico diferencial entre ambas, especialmente si la convulsión no es presenciada, y no existen antecedentes de epilepsia. La incidencia de PT es aproximadamente 13,4%. Con este trabajo, se busca mantener un alto nivel de sospecha frente al clásico cuadro hemipléjico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 73 años, antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Acude a Urgencias por cefalea hace dos días, intensificada el día de consulta, con debilidad generalizada, pérdida de tono, relajación esfinteriana, sin movimientos tónico-clónicos. Posteriormente presenta recuperación progresiva de conciencia y movilidad, conservando desviación de comisura labial y hemiplejía derecha. Laboratorio sin hallazgos patológicos. Al angioTAC cerebral sin lesiones agudas ni defectos vasculares. Se hospitaliza por neurología. Por historia clínica e imagenología, se desestima ACV, se administra carga de fenitoína y evoluciona asintomático, sin déficit neurológico. Se diagnostica crisis convulsiva única con PT, no provocada. Se decide alta, con fármacos antiepilépticos permanentes, y control ambulatorio.

DISCUSIÓN

La hemiplejía súbita es una manifestación que comúnmente se asocia a ACV, sin embargo, la PT es una importante imitadora a considerar. No existe una prueba estandarizada que los diferencie, pero una historia clínica detallada, evolución e imagenología dirigen el diagnóstico, especialmente si los síntomas neurológicos focales no se acompañan de un TAC cerebral con lesiones vasculares agudas.

CONCLUSIÓN

Distinguir PT de ACV es determinante, por los distintos pronósticos y tratamientos respectivos, por lo cual conocer sus presentaciones y diagnosticar precozmente es sustancial para proveer una terapia médica adecuada.

LATRODECTISMO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Antonia Bugueño¹,
Javiera Montiel¹,
Andrea Moya¹,
Damaris Peña¹

TUTORES

Ricardo Peña²

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina,
Universidad Andrés
Bello, Concepción,
Chile.
2. Médico Cirujano,
Hospital de la Familia y
la Comunidad de Laja:
Dr Juan Lobos Krause,
Los Ángeles, Chile.

PALABRAS CLAVES

Angina de pecho; Araña
Viuda Negra; Venenos de
araña

antoniab.6@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El envenenamiento por la araña del género *Latrodectus* spp. se conoce como Latrodectismo. Inicia como sensación de lancetazo urente y evoluciona con dolor muscular asociado a dolor abdominal y sensación de opresión torácica, pudiendo ser confundido con un Síndrome coronario agudo (SCA). A continuación, se presenta un caso con el objetivo de ampliar su sospecha diagnóstica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 58 años con antecedentes de Diabetes mellitus e Hipertensión arterial, consulta por dolor torácico de 1 hora de evolución, de inicio súbito, tipo punzante, irradiado a zona lumbar, asociado a disnea de reposo, sin síntomas neurovegetativos. Ingresa quejumbroso, hipertenso y afebril. Electrocardiograma destaca bloqueo de rama derecha y ondas T negativas en pared anterior. Se administra carga anti-isquémica, Opiode y Nitroglicerina. Evoluciona con epigastralgia e importante distensión y resistencia muscular con angiotomografía computarizada de aorta toracoabdominal y endoscopia digestiva alta sin hallazgos, por lo que se descarta cuadro quirúrgico. En exámenes destaca lactato elevado, falla renal con hiperkalemia, sin elevación de troponinas. Se hospitaliza en Unidad de Paciente Crítico donde se pesquisa lesión compatible con picadura de araña en brazo. Ante sospecha de latrodectismo, se inicia neostigmina por 72 horas. Dado buena evolución, se da el alta y se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La falta de conocimiento sobre el latrodectismo puede llevar a diagnósticos erróneos y retrasar el tratamiento adecuado. De ahí la importancia de conocer su comportamiento y formas de presentación y no únicamente como un dolor muscular como se suele manifestar.

CONCLUSIÓN

La picadura de araña presentó síntomas similares a un cuadro de dolor torácico atípico, por lo que se descartó un SCA con exámenes y un correcto examen físico, mejorando la sintomatología con el uso de neostigmina. Dado su potencial letalidad, el latrodectismo se considera una urgencia, resaltando la importancia del diagnóstico y tratamiento tempranos para mejorar el pronóstico del paciente.

DERMATOMIOSITIS JUVENIL, DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL MÉDICO GENERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

José Cabezas¹,
Catalina Barrales²,
Camila Parra²,
Josefina Jobet²,
Soledad Pérez³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián sede Concepción, Concepción, Chile.
2. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián sede Concepción, Concepción, Chile.
3. Médico Especialista en Inmunología, Complejo Asistencial "Dr. Víctor Ríos Ruiz", Los Ángeles, Chile.

PALABRAS CLAVES

Autoanticuerpos,
Dermatomiositis juvenil,
Inhibidores JAK

jcabezasb.97@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La dermatomiositis juvenil es una patología multisistémica, que representa el 75–80% de las miopatías inflamatorias juveniles. Se caracteriza por miositis, compromiso cutáneo característico, cardíaco, pulmonar y como complicación la calcinosis y lipodistrofia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 10 años con antecedente de sospecha de trastorno del espectro autista, acude a control con neurología infantil donde madre refiere cuadro de 2 años de compromiso del estado general, bajo ánimo, inapetencia, dolor articular, impotencia funcional y lesiones cutáneas eritematosas, lo que motivó múltiples consultas en APS, sin concluir diagnóstico.

El examen físico evidenció posturas antiálgicas, dificultad en la marcha, nódulos subcutáneos sugerentes de calcinosis en codos, rodillas y signo de Gottron positivo. Se decidió hospitalizar e interconsultar a Inmunología con sospecha de Dermatomiositis Juvenil.

Al ingreso, se realizó estudio con exámenes de laboratorio, donde destacó VHS elevada, ANA + patrón granular 1/640, hipergammaglobulinemia y panel molecular de miositis positivo MD5 [100], OJ [13], Ro-52 [100], compatible con hipótesis diagnóstica por lo que se inició tratamiento con inmunoglobulina endovenosa, corticoides e inmunosupresores, mostrando excelente respuesta, con notable disminución de Gottron y dolor articular.

DISCUSIÓN

La dermatomiositis juvenil es una enfermedad rara, con múltiples manifestaciones sistémicas y algunos signos clásicos que permiten sospechar su diagnóstico. El manejo con inmunoglobulinas, corticoides e inmunosupresores son las bases para mantener el control de la enfermedad, como el caso de este paciente.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de las manifestaciones clínicas de la enfermedad expuesta es indispensable para poder realizar una derivación oportuna y así poder realizar la confirmación diagnóstica y manejo precoz, el cuál mejora sustancialmente el pronóstico y calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T, REPORTE DE CASO.

AUTORES

Rodrigo Pino¹,
Diego Ramos¹,
José Araya¹,
Alexis Probeste¹.

TUTORES

Bernardita Ayala².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca, Talca, Chile.
2. Médica Internista, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Linares, Linares, Chile.

PALABRAS CLAVES

Anemia Hemolítica,
Hematología, Linfoma.

rodrigopinoluengo@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los síndromes paraneoplásicos (SPN) son un grupo de manifestaciones clínicas independientes a los efectos locales secundarios a malignidad, pudiendo generar alteraciones en múltiples sistemas, entre ellos el hematológico, destacando la anemia hemolítica autoinmune (AHAI) a través de aglutininas frías o calientes. Es imperativa su sospecha y adecuado estudio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 73 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, consultó por cuadro de un mes caracterizado por fiebre intermitente, tos productiva, disnea y baja de peso. Al examen físico con múltiples adenopatías cervicales. En la analítica destacó anemia hemolítica severa, con aglutininas frías, test de Coombs directo positivo y una tomografía computarizada (TC) que informó aumento ganglionar hilar y mediastínico sugerente de enfermedad linfoproliferativa. Ante sospecha de síndrome paraneoplásico tipo AHAI secundario a síndrome linfoproliferativo, se hospitalizó e inició tratamiento con glucocorticoides sistémicos sin mejoría clínica, por lo tanto, se decidió tratar con inmunoglobulinas endovenosas más glóbulos rojos leucorreducidos con buena respuesta al tratamiento.

Se realizó biopsia de linfonodo con resultado de LNH de células T. Se obtiene consentimiento informado por parte del paciente.

DISCUSIÓN

Enfatizar el desafío diagnóstico de este caso, el cual implica el identificar y correlacionar adecuadamente la presentación clínica de la paciente con los resultados de los exámenes realizados.

Destaca lo poco común de dicha presentación clínica como debut en un LNH, ya que, usualmente se suele presentar AHAI a los varios meses de evolución de la patología. Por otra parte, acentuar la presencia de aglutininas frías, ya que en AHAI en LNH está descrita con mayor frecuencia la presencia de aglutininas calientes.

CONCLUSIÓN

Por su alta tasa de mortalidad, el diagnóstico y manejo de forma oportuna del LNH es primordial. Las patologías linfoproliferativas tienen múltiples formas de presentación, donde es importante no olvidar la AHAI, en todo el espectro de la evolución de esta patología.

VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS DIRIGIDOS CONTRA PROTEINASAS 3 TRATADA CON PLASMAFÉRESIS.

AUTORES

Juanita Flores¹,
Vania Molina¹,
Dominique Rodríguez¹.

TUTORES

Christopher Beals².

AFILIACIONES

1. Interna Medicina 7° año, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.
2. Médico cirujano, en etapa de destinación y formación, Hospital San Francisco de Llay Llay, Llay Llay, Chile.

PALABRAS CLAVES

Granulomatosis con poliangitis, Plasmáféresis, Vasculitis sistémica.

juanita.flores@alumnos.uv.cl



INTRODUCCIÓN

El Consenso de Chapel Hill 2012 se utiliza para definir y clasificar las diversas vasculitis sistémicas. En este se describe dentro de las vasculitis de pequeño vasos, las asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), estas se caracterizan por presentar compromiso otorrinolaringológico, pulmonar y renal, los cuales sin tratamiento se asocian a alta morbimortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino, 55 años, con antecedentes de asma bronquial y rinitis alérgica, consulta por 1 mes de evolución de tos con expectoración y disnea, asociada a episodios febriles hasta 39°C con baja de peso. Al examen físico murmullo pulmonar disminuido, abolido en algunas zonas. Laboratorio presenta creatinina 1.17 mg/dL, proteína C reactiva 235 mg/L, hemoglobina 10.2 g/dL, trombocitosis 705 10e3/uL y leucocitosis 24.7 10e3/uL. En hospitalización evoluciona con hemoptisis, artralgias de muñecas y debilidad muscular generalizada. Además, inicia con requerimientos de oxígeno por naricera. Escáner de tórax (TAC) presenta opacidades centroacinares confluentes en lóbulos superiores e inferiores, conformando áreas de consolidación con anticuerpo contra proteinasa 3 (PR3) positivo, hemoglobina 7.8 g/dL y VHS 110 mm/hr.

En contexto de insuficiencia respiratoria, hemoptisis y anemia, se sospecha vasculitis PR3 positiva con hemorragia alveolar, iniciándose tratamiento de inducción con metilprednisolona y 5 ciclos de plasmáféresis, luego mantención con rituximab. Se logra remisión, sin presentar nuevos episodios de hemoptisis.

DISCUSIÓN

El hospital en que se presentó el caso es un centro de mediana complejidad, lo cual dificulta el acceso a recursos diagnósticos como una fibrobroncoscopia, método de elección para diagnóstico de hemorragia alveolar, se llegó a un diagnóstico presuntivo y tratamiento mediante la clínica, la anemia severa y las imágenes del TAC.

CONCLUSIÓN

Las vasculitis ANCA corresponden a un desafío diagnóstico debido a su heterogénea presentación y evolución rápida con manifestaciones sistémicas graves. Siendo importante en el pronóstico del paciente el diagnóstico y tratamiento precoz.

DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Andrea Moya¹,
Damaris Peña¹,
Antonia Bugueño¹,
Javiera Montiel¹.

TUTORES

Jaime Labrin².

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.
2. Neurólogo, Centro Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

PALABRAS CLAVES

Neurología, Trombosis de seno sagital, Angiografía por tomografía computarizada

moyatoledoandrea@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa cerebral (TVC) es una patología infrecuente, presenta mayor prevalencia en mujeres en edad fértil, embarazo, puerperio, uso de anticonceptivos orales y trastornos de la coagulación, siendo raro en hombres. Se presenta un caso de TVC en un hombre dificultando el diagnóstico de la patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de inicio súbito de desorientación, bradipsiquia y hemiparesia braquiocrural derecha, se realiza tomografía cerebral que no demuestra lesiones isquémicas agudas (LIE), por lo que se desestima trombólisis y se solicita resonancia magnética (RNM) cerebral que informa ausencia de LIE e hiperintensidad visible en difusión en zona frontal parasagital izquierda de tipo no específica. Se hospitaliza bajo la sospecha de encefalitis aguda, se realiza punción lumbar y panel de meningoencefalitis incluyendo causas autoinmunes, que resultan sin alteraciones. Evoluciona con estatus epiléptico, por ello se decide intubar e ingresar a Cuidados Intensivos. Se solicita RNM cerebral con contraste que no evidencia nuevos hallazgos y angiografía por tomografía computarizada que demuestra trombosis de vena cortical y seno sagital superior izquierdo, se inicia anticoagulación y se posterga estudio de trombofilia luego de recuperación del cuadro. Inicia rehabilitación multidisciplinaria y se solicita consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La TVC se manifiesta con síntomas inespecíficos como cefalea, crisis convulsivas y déficit neurológico, siendo una enfermedad poco frecuente y que se manifiesta principalmente en mujeres. Su ubicación más común es en el seno sagital y transversal, siendo menos frecuente en venas corticales.

CONCLUSIÓN

En el caso presentado, al ser un hombre y no tener los factores de riesgo habituales, el diagnóstico se retrasó, siendo la neuroimagen imprescindible para su detección, desafiando a neurólogos y radiólogos a una detección temprana. Reconocerla a tiempo es esencial para un tratamiento oportuno y prevenir secuelas neurológicas.

SÍNDROME DE MOYAMOYA COMPLICADO CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Chloé Jacomet¹,
Carolina Verdugo¹,
María José Vergara¹.

TUTORES

Felipe Núñez²,
Jaime Godoy³.

AFILIACIONES

1. Interno, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Residente Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
3. Médico Cirujano, especialista en Neurología y subespecialista en Neurología Hospitalaria y Vascular, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Moyamoya,
Hemorragia subaracnoidea, Cefalea

mjosevergara@uc.cl



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Moyamoya (SMM) es una condición cerebrovascular caracterizada por una estenosis progresiva de la arteria carótida interna y sus ramas proximales, con desarrollo secundario de vasos pequeños colaterales que generan una apariencia de humo en la angiografía. Su etiología es variada, principalmente por alteraciones genéticas (en países asiáticos), condiciones sistémicas y locales. Se diagnostica por angiografía o imágenes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 47 años, sexo femenino, con antecedente de trastorno depresivo mayor y cefalea crónica en tratamiento con vortioxetina y dexmetilfenidato. Destaca tabaquismo activo por 35 años, consumo de marihuana y simpaticomiméticos suspendidos hace algunos años. Consulta en urgencias por cefalea progresiva de 2 días de evolución, de carácter diferente al habitual, asociado a vómitos y cervicalgia. Se estudia con AngioTAC de encéfalo que muestra una hemorragia subaracnoidea (HSA) sulcal temporoinular derecha y un patrón angiográfico compatible con patrón tipo Moyamoya. Se realiza amplio estudio etiológico incluyendo serología, punción lumbar y PET-CT sin hallazgos sugerentes de etiología. Destaca que durante la hospitalización evolucionó con hipertensión arterial no conocida previamente. Con estudio realizado, la etiología impresionó multifactorial en relación factores de riesgo cerebrovasculares y uso de sustancias.

DISCUSIÓN

El SMM en adultos se complica frecuentemente con hemorragias intracraneales, como también por fenómenos isquémicos cerebrales. En este caso, se interpretó la HSA como una hemorragia secundaria a rotura de los frágiles vasos colaterales; pudiendo presentarse como hemorragias intraparenquimatosas, intraventriculares o subaracnoideas. El tratamiento es similar al de la hemorragia intracraneal tanto médicamente como quirúrgicamente.

CONCLUSIÓN

El SMM es una entidad clínica rara pero relevante por sus consecuencias, pudiendo manifestarse como enfermedad cerebrovascular isquémica o hemorrágica. En nuestro medio es infrecuente que sea idiopático, por lo que se debe buscar activamente la etiología subyacente para ofrecer un tratamiento específico. Conocer y entender esta enfermedad permite hacer una evaluación etiológica dirigida y prevenir progresión y complicaciones.

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE IDIOPÁTICA EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Josefina Gazmuri Loyola¹,
Antonia Vargas
Marticorena¹,
Valentina Metcalfe
Torres¹,
Eitan Dukes Berry¹.

TUTORES

Pía Soto Fernández².

AFILIACIONES

1. Interno/a de Medicina,
Pontificia Universidad
Católica de Chile,
Santiago, Chile
2. Médico Cirujano,
Residente de Pediatría,
Pontificia Universidad
Católica de Chile,
Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Ictericia, Anemia
Hemolítica Autoinmune,
Corticoesteroides

josefina.gazmuri@uc.cl



INTRODUCCIÓN

La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) es un trastorno inmune por autoanticuerpos contra la membrana eritrocitaria. Es infrecuente, con incidencia de 0,8-1,25/100.000 niños. Se diagnostica mediante signos de hemólisis en laboratorio y Coombs directo positivo. Se clasifica en primaria/idiopática y secundaria según presencia de causa asociada, o en AHAI por anticuerpos calientes y fríos, según propiedades térmicas de las inmunoglobulinas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante de 5 meses presenta ictericia de 2 días de evolución, sin síntomas acompañantes. Consulta al Servicio de Urgencias en buenas condiciones generales, icterico de piel y escleras. Destaca bilirrubina total (BT) 8.66 mg/dl predominio indirecto, hemoglobina 10.2 g/dl, LDH 366, reticulocitos 2%, Coombs directo positivo y Anti-IgG positivo. Dado exámenes compatibles con AHAI, se hospitaliza para continuar estudio. Se realiza estudio etiológico, dentro de rangos normales. Evoluciona con rápido descenso de hemoglobina, hasta 6.1 g/dl a las 24 horas de ingreso. Se indica transfusión de glóbulos rojos y Metilprednisolona, logrando estabilizar exámenes. Tras 10 días es dado de alta con Prednisona y control ambulatorio.

DISCUSIÓN

En niños el 80% de las AHAI son por anticuerpos calientes, de las cuales la mayoría son idiopáticas. Generalmente las formas idiopáticas responden a corticoides. Ante falla de terapia se opta por tratamientos de segunda línea como anticuerpos monoclonales o esplenectomía. Por otro lado, la AHAI por anticuerpos fríos es principalmente de causa secundaria, fundamentalmente infecciones. Esta es menos sensible a corticoides, y la terapia puede requerir sólo evitar exposición al frío.

CONCLUSIÓN

El manejo de la AHAI depende del origen primario o secundario, como también del anticuerpo involucrado. A pesar de ser una enfermedad de curso generalmente benigno, el cuadro hemolítico agudo inicial puede ser grave. Por esto cobra importancia realizar un estudio que permita clasificar y establecer un tratamiento que logre frenar la enfermedad.

SÍNDROME ICTÉRICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR PANCREÁTICO EN ESCOLAR.

AUTORES

Lysis Cáceres¹,
Alejandra Cornejo¹,
Carolina Maldonado²,
Andrés Maldonado²

TUTORES

Celia Chávez³

AFILIACIONES

1. Interna, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile
2. Estudiante, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile
3. Pediatra, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

PALABRAS CLAVES

Quiste pancreático,
Pancreatoduodenectomía,
Ictericia.

lysis.caceres@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los tumores quísticos del páncreas representan un 1% de los tumores pancreáticos y se clasifican según epitelización, ubicación y riesgo de malignidad. Suelen ser asintomáticos o presentar clínica inespecífica por lo que es importante apoyarse de estudios imagenológicos para una mejor aproximación diagnóstica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 9 años con cuadro de un mes de evolución de ictericia, inapetencia y coluria asociado a diarrea intermitente. Evoluciona con acolia, razón por la que consulta en Urgencias. Se realizan exámenes de sangre que destacan hiperbilirrubinemia a expensas de la conjugada y elevación de transaminasas. Se cita a control a los días siguientes observando mayor hiperbilirrubinemia, serología para virus hepatotropos negativa. Se deriva a centro de alta complejidad. Ingresa en buenas condiciones generales, sin dolor, ictericia. Niega pérdida de peso, náuseas o vómitos. Exámenes de ingreso destacan hiperbilirrubinemia, elevación de transaminasas y patrón colestásico. Se hospitaliza para estudio y evaluación por gastroenterólogo. Durante hospitalización se realiza ecografía abdominal con hallazgo de lesión quística adyacente a hilio hepático, con dilatación de vía biliar. Se decide complementar con colangioresonancia que describe masa periampular de aspecto neoplásico compatible con tumor sólido pseudopapilar de páncreas. Se decide manejo quirúrgico con biopsia intraoperatoria. Se realiza cirugía de Whipple sin incidentes. Biopsia de pieza operatoria confirma diagnóstico de tumor de Frantz.

DISCUSIÓN

El tumor sólido pseudopapilar pancreático o de Frantz corresponde a una neoplasia poco frecuente, más común en mujeres entre los 20 y 30 años, y de ubicación generalmente en cuerpo y cola del páncreas, por lo que suele ser un hallazgo imagenológico.

CONCLUSIÓN

El caso descrito se caracteriza por una presentación poco habitual, manifestado por ictericia (menos del 1% de los casos) dado que se ubica en la cabeza del páncreas, por lo que aun siendo infrecuente se debiese considerar dentro del diagnóstico diferencial en un síndrome icterico.

CÁNCER DE MAMA OCULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Greg Snitzes¹,
Santiago Benavides¹,
Katherine Martínez¹,
Scarlett Saldías¹

TUTORES

Catalina Vargas²

AFILIACIONES

1. Estudiante de medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Cirujana Oncóloga de Cabeza, Cuello y Maxilofacial, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Cáncer de mama,
Linfonodos axilares,
Oncología Quirúrgica.

greg.snitzes@mail.udp.cl



INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama oculto (CMO) es una presentación rara del cáncer de mama definido como la ausencia de un tumor de mama primario (cTO). Se presenta mayormente como linfadenopatía axilar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 48 años consulta por masa axilar palpable indolora derecha de 2 meses de evolución, que ha aumentado de tamaño. Niega otros síntomas. Trae ecografía mamaria del año pasado BIRADS 1 ACR C. Al examen físico: masa palpable de 3 cm, de localización infraaxilar derecha, gomosa, móvil, indolora, no adherida a planos profundos. Examen de mamas normal. Se solicitan exámenes de sangre, con resultados normales. Se solicita ecografía mamaria y mamografía que informan, en conjunto, múltiples adenopatías axilares derechas. Se categorizan como BIRADS 4. Se realiza biopsia que informa metástasis tumoral por carcinoma mamario de tipo ductal pobremente diferenciado. Receptores de estrógenos y progesterona negativos, HER2 90% (3+), Ki67: 40%. Se realiza resonancia magnética (RM) y Tomografía computada por emisión de positrones (PET-CT) en búsqueda de tumor primario, sin hallazgos. Se diagnostica cáncer de mama derecho oculto, TON3bM0. Se realiza quimioterapia neoadyuvante e inmunoterapia dirigida contra HER2 con trastuzumab. Posteriormente, se realiza disección linfonodal axilar derecha con conservación de mama. Evoluciona favorablemente postcirugía. Se solicita consentimiento informado para presentación del caso.

DISCUSIÓN

Un 0,1% de los cánceres de mama se presentan sin tumor primario identificable con imágenes. En estos casos, se deben realizar estudios más sensibles (RM o PET-CT) para confirmar la sospecha de CMO. Respecto al tratamiento, la evidencia ha demostrado que la linfadenectomía axilar más radioterapia posterior es igual de efectiva y con menos complicaciones que la mastectomía radical.

CONCLUSIÓN

El cáncer de mama oculto es una presentación muy poco común de uno de los cánceres más prevalentes. Se debe sospechar como diagnóstico diferencial al enfrentarse a una linfadenopatía axilar aún con un examen mamario normal.

SHOCK HEMORRÁGICO A PROPÓSITO DE UNA COLITIS ULCEROSA DESCOMPENSADA.

AUTORES

Martín Jara¹,
Pilar Jiménez¹,
Agustín Núñez¹,
María Hissi¹.

TUTORES

Juan Salazar².

AFILIACIONES

1. Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Reanimación, Shock hemorrágico, Urgencias.

martin.jar98@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El estado de shock es una condición de hipoperfusión tisular debido al desequilibrio entre la entrega y demanda de oxígeno. Existen distintos tipos como el hemorrágico donde hay una pérdida aguda de sangre que afecta el volumen intravascular y la hemodinamia, donde una causa muy frecuente es el sangrado gastrointestinal. En el Servicio de Urgencias (SU), el tratamiento debe ser rápido y oportuno, identificando la causa, reponiendo volumen con fluidos y hemoderivados si es necesario, corrigiendo alteraciones electrolíticas y ácido-base.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 31 años, antecedente de colitis ulcerosa sin tratamiento por 1 mes, acudió al SU por 15 días de dolor abdominal, vómitos y diarrea sanguinolenta, presentando 7 episodios al día. Dos días previo a consultar, presenta compromiso del estado general e intolerancia oral.

La evaluación primaria revela compromiso circulatorio con hipotensión, taquicardia, llene capilar 5 segundos y Mottling score 2 puntos, iniciando la reanimación con solución fisiológica y hemoderivados en protocolo 1:1:1, logrando estabilidad hemodinámica.

El laboratorio destaca Hb 6.5, lactato 2.67, PCR 97.7, K 3.6, calculando un score Truelove/Witts 22 puntos, se decide hospitalizar al paciente en SU, iniciando tratamiento con hemoderivados, 5-aminosalicilatos e hidrocortisona. Finalmente, se da de alta 1 semana después con tratamiento para su enfermedad de base y accede a la publicación de su caso.

DISCUSIÓN

Es importante seguir estrictamente al paciente durante su estadía en el SU, evaluando la mejora en la hemodinamia a propósito de la reanimación con hemoderivados, ya que existe gran riesgo de evolución tórpida a propósito de la gran pérdida sanguínea.

CONCLUSIÓN

El shock amenaza la vida, debe ser rápidamente identificado y manejado en el SU evitando complicaciones. La evaluación primaria es esencial para una revisión ordenada y sistemática. Identificar la causa y actuar sobre ella es crucial para detener el mecanismo causante del shock.

SÍNDROME DE OGILVIE EN CASO SEVERO DE SARS-COV2: EFECTOS SOBRE EL MANEJO CON NEOSTIGMINA.

AUTORES

Ignacia Bravo Pozo¹,
Josefina Jobet Scheel¹,
Lysis Cáceres Pradenas¹,
Sandra Muñoz Villagrán¹.

TUTORES

Daniel Enos Brito².

AFILIACIONES

1. Interno(a) de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
2. Nefrólogo, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, docente adjunto de la Universidad San Sebastián, Los Ángeles, Chile.

PALABRAS CLAVES

Neostigmina, Coronavirus, Pseudo-obstrucción intestinal.

ignaciabrapopozo@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV-2 es una enfermedad pulmonar potencialmente mortal con una variedad de complicaciones extrapulmonares, incluyendo del sistema digestivo como parálisis de diversos órganos por trombosis en diversos territorios.

La pseudoobstrucción colónica aguda, conocida como síndrome de Ogilvie (SO), es una forma de dilatación colónica que ocurre en ausencia de una etiología mecánica o anatómica. La dilatación del intestino se limita clásicamente al ciego y al colon ascendente con transición cercana al ángulo esplénico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 63 años con dificultad respiratoria aguda grave por SARS-CoV-2, en un período prolongado de ventilación mecánica, necesitó una traqueostomía para destete, después de 19 días sin éxito, se produjo aumento de tamaño abdominal subagudo, a expensas del diámetro colónico (12,5 cm de diámetro), sin respuesta a procinéticos ni laxantes. Evoluciona con dificultad respiratoria, hipotensión y anuria, score de Mottling de 5 con mala respuesta a volumen y vasoactivos. Radiografía mostró dilatación abdominal sin niveles hidroaéreos ni neumoperitoneo, que se confirmó con scanner. Se decidió manejo conservador con neostigmina que permitió disminuir la dilatación de asas colónicas (asas 5 cm de diámetro), cediendo la disnea, recuperando la estabilidad hemodinámica, diuresis y finalmente dado de alta a domicilio. Se hizo con consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El papel del SARS-CoV-2 no está claro en la patogenia de Ogilvie. La infección podría resultar en miositis que podría afectar transitoriamente la función peristáltica intestinal.

CONCLUSIÓN

El SO es más frecuente en adultos mayores con múltiples comorbilidades, pero también puede desarrollarse en pacientes sanos posterior a lesión traumática o cirugías.

PRESENTACIÓN DE HIPOCALCEMIA SEVERA SINTOMÁTICA Y SU IMPORTANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Chloé Jacomet¹,
Josefina Gazmuri¹,
Valentina Metcalfe¹,
María José Vergara¹.

TUTORES

María Jesús Garchitorena².

AFILIACIONES

1. Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
2. Médico Cirujano, Residente Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Hipocalcemia, Hormona Paratiroidea, Manifestaciones Neuromusculares.

chloejacomet@uc.cl



INTRODUCCIÓN

La hipocalcemia es un trastorno hidroelectrolítico definido por calcio plasmático total (CPT) menor a 8.5 mg/dL. El calcio es esencial para la contracción muscular, pudiendo afectar casi cualquier órgano y por ende presentar gran variedad de síntomas. La clínica dependerá de la severidad y velocidad de instalación, pudiendo manifestarse con entumecimiento, hormigueo, contracturas musculares, temblores, entre otros. El tratamiento está orientado a normalizar el calcio y corregir la causa de base, evitando complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta en Atención Primaria en Salud por hallazgo en exámenes de CPT 5.4 mg/dl con albúmina en rango normal. Refiere historia de 1 año de espasmos carpopedales de inicio progresivo, temblor de manos, parestesias y palpitaciones. Al examen físico destaca temblorosa, con signo de Trousseau positivo. Electrocardiograma normal. Por cuadro clínico compatible con hipocalcemia severa sintomática, es derivada al Servicio de Urgencia (SU). Posteriormente es hospitalizada para estudio y manejo.

DISCUSIÓN

Las posibles etiologías se dividen en mediadas y no mediadas por hormona paratiroidea (PTH). Dentro del primer grupo se encuentra la postquirúrgica (causa más frecuente), síndromes genéticos, otros. De las no mediadas por PTH destaca el déficit de vitamina D, enfermedad renal crónica y fármacos, como diuréticos. Dentro de sus complicaciones existen situaciones de gravedad como arritmias (prolongación del QT), convulsiones, laringoespasma y coma. Ante la sospecha, es necesario confirmar el diagnóstico con laboratorio y derivar al SU para tratamiento y estudio.

CONCLUSIÓN

La hipocalcemia es un trastorno que puede presentarse de forma asintomática hasta amenazar la vida, requiriendo manejo urgente. Las hipocalcemias severas (menor a 7.5 mg/dL) suelen ser sintomáticas y requieren tratamiento inmediato con calcio intravenoso. Su relevancia radica en sus potenciales complicaciones, por lo que la detección temprana y pronta derivación resultan de vital importancia para prevenir la aparición de estas.

TÉCNICA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER RENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Sebastián Gárate¹,
Camila Bravo².

TUTORES

Luis Durán³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Residente de Urología, Hospital Dipreca, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Hallazgos Incidentales, Laparoscopia, Neoplasias Renales, Urología.

sebastian.garate1@mail.udp.cl



INTRODUCCIÓN

El cáncer renal (CaR) corresponde al 2–3% de los cánceres, siendo el carcinoma de células renales el 90%, afecta más a hombres entre 60–70 años. En Chile hay un alza en la tasa de mortalidad por CaR. La pesquisa suele ser de forma incidental por la realización de ecografía y/o tomografía axial computarizada (TAC) por otro motivo. El tratamiento del CaR pesquisado a tiempo es la nefrectomía. La importancia de esta entidad radica en la necesidad de una estratificación adecuada que nos permitirá elegir nefrectomía radical o parcial, además de la importancia de la técnica laparoscópica en CaR.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 70 años con cuadro de diarrea crónico, se realiza ecografía abdominal que evidenciaba un tumor renal izquierdo, asintomático. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que describe lesión en zona central del riñón, masiforme, parcialmente exofítica de bordes definidos 60x53mm con moderado realce de contraste. Se decide realizar nefrectomía radical, la que consistió en la extirpación del riñón completo incluyendo fascia de Gerota, la mitad proximal del uréter y los ganglios linfáticos regionales. Fue dado de alta 48 hrs postcirugía y citado a control con resultado de biopsia. Paciente otorgó consentimiento informado para presentar caso clínico.

DISCUSIÓN

Existen distintas técnicas quirúrgicas para la nefrectomía, en cuanto a resultados oncológicos no hay diferencia entre abierta y laparoscópica, sin embargo, esta última aunque presenta una curva de aprendizaje mayor, posee beneficios tales como: menor pérdida de sangre, menor dolor y alta precoz.

CONCLUSIÓN

Debido a que el CaR es un hallazgo incidental, es importante tener este diagnóstico presente al analizar un examen de imagen, ya que su pesquisa oportuna significará una mayor sobrevida. Se debe preferir siempre la técnica laparoscópica ya que reporta beneficios tanto en el paciente como en los costos para el hospital, por ejemplo, en los días cama.

SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE ASOCIADO A CONSUMO DE CANNABIS.

AUTORES

"Felipe Vásquez Yévenes¹,
Esteban Roa Torres¹,
Cristóbal Vergara
Cabrera¹,
Juan Ihnen Rendic¹.

TUTORES

Luis Cortés Zúñiga².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Vasoespasmo Cerebral, Cannabis, Stroke, Cefalea.

sfelipevy@uc.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) ocurre por constricción de arterias cerebrales, generalmente de curso benigno. Se estima incidencia variable entre 7-54%. Suele presentarse como cuadro de cefalea ictal recurrente, asociada o no a síntomas neurológicos, con resolución espontánea en 3 meses. En el 70% se identifican gatillantes, destacando el consumo de cannabis, que presenta una importante prevalencia a nivel nacional, estimada en 38.2%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 18 años, antecedente de consumo de cannabis diario, con historia de 1 mes de múltiples consultas por episodios de cefalea intensa, ictal y holocraneal de difícil manejo.

Estudiado con tomografía computarizada (TC) de cerebro y punción lumbar, sin hallazgos. Se realiza resonancia magnética de cerebro contrastada que evidencia reciente isquemia occipitotemporal izquierda.

Se hospitaliza, evolucionando con cuadrantanopsia superior derecha y hemiparesia braquiocrural izquierda. Angiografía por TC cerebral informa hallazgos sugerentes de SVCR. Posteriormente resuelve espontáneamente sintomatología neurológica. Se indica alta con nimodipino oral, indicación de suspender cannabis y control por neurología, solicitando consentimiento informado para publicar su caso previo egreso hospitalario.

DISCUSIÓN

El principal factor de riesgo identificado fue abuso de cannabis, descartando otros gatillantes. Múltiples patologías se han relacionado con esta sustancia, destacando numerosos reportes de isquemia cerebral. Entre los mecanismos descritos: vasoespasmo, vasculitis y alteración de regulación de flujo cerebral. Estos mismos podrían explicar el SVCR, se necesita mayor investigación de la posible relación causal. Dada la prevalencia de consumo, existe un gran grupo susceptible de SVCR.

CONCLUSIÓN

Se identificó el consumo de cannabis como gatillante, manejando síntomas con nimodipino y la suspensión de consumo. La clínica fue clásica de SVCR, con hallazgo imagenológico compatible, así una evolución benigna con recuperación completa. Dada la prevalencia del consumo de cannabis, es necesario mayor investigación para definir de forma más precisa la relevancia de esta asociación.

FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA POR DIVERTICULITIS COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Gabriela Andrade¹,
Prissila Flores¹,
Catalina Velásquez¹,
Claudia Ávila¹.

TUTORES

Patricio Leigh².

AFILIACIONES

1. Interno Medicina,
Universidad Mayor
Temuco, Temuco,
Chile
2. Cirujano General,
Hospital de Victoria,
Victoria, Chile

PALABRAS CLAVES

Diverticulitis, Fascitis
necrotizante, Fístula.

gabriela.andrade@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La diverticulitis es la principal complicación de la enfermedad diverticular, y en sí misma presenta complicaciones como el desarrollo de colecciones, perforación, peritonitis y formación de fístulas, sin embargo, es inusual la presentación extraabdominal como lo es la fascitis necrotizante, estimándose una incidencia menor al 1%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente entrega consentimiento informado. Mujer, 66 años, antecedentes de artritis reumatoide, enfermedad renal crónica, alcoholismo y tabaquismo crónico. Ingresa por shock séptico secundario a lesión necrótica que abarca región dorso lumbar, glútea y flanco izquierdo. En laboratorio destaca: leucocitos 7.900, neutrófilos 90%, PCR 462, lactato 3,61 y creatinina 2,94. Tomografía abdomen y pelvis demuestra extensa diverticulosis colónica, retroneumoperitoneo adyacente al músculo psoas ilíaco izquierdo con trayecto fistuloso asociado a enfisema del tejido celular subcutáneo de región lumbar y glútea izquierda. Con diagnóstico de fascitis necrotizante secundaria a diverticulitis complicada, inicia tratamiento antibiótico y se realiza intervención quirúrgica de urgencia: necrectomía hasta fascia muscular, resección de colon transverso y colostomía en asa. Posteriormente continua manejo médico en UCI, asociado a múltiples aseos quirúrgicos y ajuste de antibióticos según cultivos. Finalmente queda pendiente resolución por cirugía plástica para cierre del defecto cutáneo de zona abdominal, dorsal lumbar y glútea.

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente que alcanza una mortalidad entre 30 a 70%, por lo que es importante su reconocimiento precoz. Aunque es inusual que tenga origen en una diverticulitis complicada, en nuestra paciente el diagnóstico se confirmó mediante tomografía abdominal y pélvica, evidenciándose fístula enterocutánea secundaria a diverticulitis complicada.

CONCLUSIÓN

La fascitis necrotizante de origen en diverticulitis complicada tiene una incidencia menor al 1%, sin embargo, es importante la búsqueda de esta patología, realizada en este caso mediante tomografía, ya que permitirá el manejo quirúrgico rápido y oportuno del foco infeccioso, lo que disminuirá la mortalidad de estos pacientes.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA UNA EMERGENCIA ENDOCRINOLÓGICA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Macarena Sanhueza¹,
Walter Osorio¹.

TUTORES

María Alejandra Gutierrez².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad de
Concepción,
Concepción, Chile.
2. Médico Pediatra,
Hospital Las Higueras,
Talcahuano, Chile.

PALABRAS CLAVES

Insuficiencia Suprarrenal,
Pediatría, Urgencias
Médicas.

msanhueza2017@udec.cl



INTRODUCCIÓN

Insuficiencia suprarrenal aguda (ISA), cuadro de deficiencia mineralocorticoidea y/o glucocorticoidea. Es una urgencia endocrinológica potencialmente letal, comúnmente infradiagnosticada por médicos no endocrinólogos. El debut de ISA ocurre generalmente en pacientes pediátricos, cuya incidencia reportada son 6,5 casos por 100 pacientes/año.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Neonato masculino de 25 días, con antecedentes de nacimiento de término, peso adecuado, sin eventos peri ni neonatales, alimentado con lactancia materna. Derivado desde atención primaria a servicio de urgencias por mal incremento ponderal desde el nacimiento y vómitos. Hemoglucoest normal. Al examen

físico, enflaquecido con hiperpigmentación de piel y escroto, sin signos de deshidratación. Al laboratorio, destacó hiperkalemia de 7,6 mEq/L e hiponatremia de 108 mEq/L.

Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para monitorización y manejo hidroelectrolítico, terapia con Hidrocortisona en dosis de estrés y Fludrocortisona. Diagnosticado con ISA perdedora de sal. Estudio y tratamiento específico por Endocrinología Infantil. Con buena evolución, alta al 14° día de hospitalización con seguimiento ambulatorio.

Consentimiento informado entregado por tutora del menor.

DISCUSIÓN

Como el caso expuesto, el debut de insuficiencia suprarrenal se presenta generalmente en neonatos y lactantes. Con un cuadro insidioso de anorexia y astenia, con hiperpigmentación y baja de peso en insuficiencia primaria. Sin embargo, la ISA característica es un quiebre clínico con vómitos abruptos y deshidratación, seguido de hipotensión y coma, que da el riesgo vital a esta patología. Generalmente se asocia a hipoglicemia, hiponatremia e hipokalemia.

Se recomienda un manejo agresivo con reposición de volumen, manejo de hipoglicemia y alteraciones electrolíticas, corticoides sistémicos y Fluoridrocortisona en déficit mineralocorticoideo, dada la alta mortalidad asociada al retraso terapéutico.

CONCLUSIÓN

Se debe tener un alto índice de sospecha de IRA ante un cuadro insidioso inespecífico o quiebre clínico asociado a alteraciones hidroelectrolíticas en neonatos y lactantes. Diagnosticar y tratar precozmente el debut de IRA es crucial para disminuir su riesgo de morbimortalidad.

"ENCEFALITIS AUTOINMUNE", A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Cyntia Cabrera¹,
Camila González¹,
Paula Puig¹,
Maxine Ritter¹.

TUTORES

Daniel Álvarez².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Médico cirujano, especialista en neurología adulto, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Encefalitis autoinmune, anticuerpos, neoplasia, Metilprednisolona.

cynthia.cabrerast@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La encefalitis autoinmune (EA) es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central (SNC) mediada por anticuerpos (AC), relacionada en distintos grados a neoplasias subyacentes. Caracterizada por la presentación subaguda de alteraciones conductuales y/o cognitivas, déficits focales y/o crisis epilépticas. El diagnóstico probable requiere cumplir los tres criterios; 1. Perfil subagudo < 3 meses; 2. Uno de los siguientes: hallazgos focales del SNC, crisis epilépticas de nueva aparición, pleocitosis del líquido cefalorraquídeo (LCR), resonancia magnética (RM) cerebro sugerente de encefalitis y/o electroencefalograma (EEG) anormal; 3. Exclusión de otras causas. El diagnóstico definitivo se realiza con la presencia de AC en LCR. El tratamiento consiste en búsqueda activa de tumoración, asociado a pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulinas intravenosa o plasmaféresis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente con previo consentimiento informado, sexo femenino de 37 años, con antecedentes de obesidad, que ingresa por síndrome convulsivo, con RM de cerebro que impresiona focos de edema vasogénicos supratentoriales multifocales migratorios respecto a imágenes previas. Se solicitan exámenes complementarios destacando LCR inflamatorio, con panel neuroinfeccioso, autoinmune y onconeuronal negativos y EEG que destaca lentitud basal difusa y ondas delta con actividad rápida sobreimpuesta (cepillo- delta). Se plantea como diagnóstico EA y se inicia tratamiento con pulsos de Metilprednisolona asociado a anticonvulsivantes. Paciente evoluciona favorablemente sin nuevos episodios convulsivos y sin focalidad neurológica.

DISCUSIÓN

Ante sospecha de EA es necesario un estudio enfocado en la exclusión de otras causas. Existen múltiples AC para la EA, sin embargo en Chile el panel para EA incluyen solo 8 tipos. Dado que paciente cumple con diagnóstico probable, se maneja como EA con adecuada respuesta a tratamiento, sin nuevo quiebre clínico.

CONCLUSIÓN

Pese a que no se logró el diagnóstico definitivo de EA sesgado por la baja disponibilidad en nuestro país de serología autoinmune en LCR, igualmente se inició tratamiento con buena respuesta clínica.

SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL NIÑO CON VÓMITOS.

AUTORES

Claudio Mora¹,
Arleth Salazar¹,
Rocío Gutiérrez¹,
Paulina Roquefort¹.

TUTORES

Ricardo Guerrero²,
Simón Peñaloza³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Pediatra, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

PALABRAS CLAVES

Obstrucción Intestinal,
Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior,
Vómitos.

claudio.morab@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Arteria Mesentérica Superior (SAMS) corresponde a la compresión del tercio distal del duodeno por un ángulo disminuido entre la arteria mesentérica superior y la aorta. El objetivo de este caso es presentar una entidad poco frecuente y para ser considerada como diagnóstico diferencial en los niños con vómitos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Adolescente de 13 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico de 1 día de evolución asociado a vómitos alimentarios. Se indicó manejo ambulatorio sintomático, sin embargo, reconsultó ese mismo día por persistencia de sintomatología y signos de deshidratación. Los exámenes de ingreso evidenciaron alcalosis metabólica compensada. Por sospecha de obstrucción intestinal se realizó radiografía de abdomen y pelvis que resultó normal y se complementó el estudio con Angio-TAC que mostró un ángulo aorto-mesentérico de 20° y una distancia aorto-mesentérica de 6 mm compatibles con un SAMS. Se hospitalizó con indicación de nutrición parenteral para luego pasar a régimen líquido más papillas hipercalóricas a tolerancia con buena mejoría clínica, por lo que se dió de alta con controles en policlínico. Durante su estadía hospitalaria se solicitó consentimiento informado a la tutora legal para la elaboración de este caso clínico, la cual aceptó.

DISCUSIÓN

Los pacientes pueden presentarse de forma aguda o de forma más insidiosa con síntomas progresivos. En ambos casos, los síntomas son compatibles con una obstrucción intestinal. Este síndrome puede deberse a malformaciones o pérdida de la almohadilla grasa de la zona.

CONCLUSIÓN

El SAMS es un desafío diagnóstico debido a lo inespecífico de sus síntomas. Normalmente corresponde a un diagnóstico de exclusión. Al ser una patología poco frecuente se debe tener un alto índice de sospecha. La detección precoz favorece el tratamiento conservador y por lo tanto un mejor pronóstico.

“SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA IDIOPÁTICA”, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Cyntia Cabrera¹,
Camila González¹,
Rocío Peñailillo¹,
Isidora Burgos¹.

TUTORES

Daniel Álvarez².

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano Especialista en Neurología Adulto, Servicio de Neurología, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Hipertensión endocraneana, Idiopática, Cefalea, Papiledema, Diuréticos.

cyntia.cabrerast@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Hipertensión endocraneana (HIC) idiopática es un síndrome neurológico caracterizado por presentar clínica de hipertensión intracraneal sin evidencia de lesión estructural o hidrocefalia. En su presentación clínica prepondera la cefalea holocraneana, asociado a visión doble o borrosa, acúfenos pulsátiles y tinnitus. Examen oftalmológico destaca fondo de ojo con papiledema. El diagnóstico incluye valoración clínica e imagenológica, asociado a punción lumbar que evidencie aumento de presión del líquido cefalorraquídeo (LCR). El tratamiento se basa en el uso de diuréticos como acetazolamida, concomitante a baja de peso y analgesia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente con previo consentimiento informa, sexo femenino de 18 años, con antecedentes de obesidad, cursa cuadro de cefalea holocraneana de gran intensidad, que se agrava con maniobra de Valsalva, asociado a tinnitus, con parcial respuesta a analgésicos. Evaluada por Neurólogo, diagnosticando cefalea tensional, sin estudio complementario. Posteriormente, evaluada por Oftalmólogo dado pérdida de la agudeza visual, quien al fondo de ojo evidencia edema de papila, derivándola a Urgencias, donde se realizan laboratorios generales y resonancia de cerebro, todos sin hallazgos. Punción lumbar evidencia aumento de la presión intracraneana y examen de campo visual con pérdida de visión periférica. Estudio inmunológico e infecciosos negativo. Se diagnostica hipertensión intracraneana idiopática y se trata con diuréticos y cambios dietarios.

DISCUSIÓN

La cefalea corresponde al síntoma más frecuente (90%) en esta patología, cobrando inmensa relevancia una anamnesis acuciosa con objeto de identificar signología de alarma, asociado a un examen neurológico exhaustivo en busca de focalidad, que en este contexto podrían ser alteraciones visuales y/o papiledema.

CONCLUSIÓN

El síntoma cefalea requiere alta sospecha para identificar qué pacientes son candidatos a estudio complementario. La importancia de reconocer las banderas rojas toma un rol imprescindible en la labor médica para así evitar sub diagnósticos de patologías poco frecuentes.

NEURALGIA AMIOTRÓFICA DEL DIABÉTICO Y SÍNDROME DE BRUNS GARLAND, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Juan de la Barra¹,
Fabián Antilaf¹,
Nicolás Moreno¹,
Benjamín Meléndez¹.

TUTORES

Walter Ruiz Prudent².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Neuralgia, Diabetes Mellitus, Polineuropatía.

juandelabarra@uc.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bruns Garland es una presentación que existe de las neuropatías diabéticas, siendo muy poco frecuente (menos del 1% de estos pacientes). Las estructuras afectadas en este síndrome son del sistema nervioso periférico, generalmente localizándose en el plexo y raíces lumbosacras.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente diabética de 73 años (quien otorgó su consentimiento para presentar el caso) en tratamiento con Dapagliflozina 10 mg, presenta un cuadro de 1 mes de evolución de dolor progresivo en extremidades inferiores de ambos muslos desarrollando claudicación y debilidad. Al examen físico de ingreso presentaba tono y trefismo disminuido en extremidades inferiores, asociado a dolor 10/10 a la movilización y palpación de musculatura glútea y muslos, con hipoestesia táctil en territorio L2 izquierdo y L2-L3 derecho.

El estudio electrofisiológico y resonancia magnética mostraron una poliradiculoplexopatía lumbosacra, con denervación segmentaria en L4-S1 izquierdo, con poliradiculopatía lumbosacra crónica de segmentos L4- S1 izquierdo. Inició tratamiento con 3 gramos de metilprednisolona, evolucionando con leve recuperación de paresia y marcha, pero sin mejoría de síntomas sensitivos. La paciente empeoró progresivamente por lo que se decide iniciar tratamiento con inmunoglobulina endovenosa, repitiéndose en hospitalario mensualmente debido a mala respuesta.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Bruns Garland es una complicación de la diabetes muy poco frecuente y de poco conocimiento del médico general, con un tratamiento complejo y pronóstico muy variable pero generalmente sin recuperación completa. La literatura sugiere que el tratamiento inmunomodulador es aquel con mayor efectividad.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de síndrome de Bruns Garland, el cual es una complicación poco frecuente y se asocia a pacientes con Diabetes Mellitus 2 de larga data. Se debe sospechar en todo paciente diabético que consulte por síntomas motores, sensitivos y dolorosos referidos a una plexo radiculopatía lumbosacra. Su tratamiento central es con tratamientos que modulan la respuesta autoinmune producida por la hiperglicemia.

SÍNDROME CORONARIO AGUDO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN UN ADULTO MAYOR: REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Ignacio Peñaloza¹,
Diego Pino¹,
Marcelo Rojas¹,
Flavio Álvarez¹.

TUTORES

Cristian Verdugo².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad de Talca,
Talca, Chile.
2. Médico-Cirujano,
Hospital de San Javier,
San Javier, Chile

PALABRAS CLAVES

Síndrome coronario
agudo, Troponinas,
Dorsalgia.

ignaciopenalozacuadra@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome coronario agudo (SCA) tiene diferentes formas clínicas de presentación, una típica que se caracteriza por dolor precordial, de carácter opresivo, que se irradia hacia el brazo izquierdo. Y presentaciones más atípicas, como equivalentes anginosos o isquemia miocárdica silente, que no presentan la clínica descrita y que, representan más del 50% de los SCA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de HTA y DMII consulta al servicio de urgencias por cuadro de dolor de espalda, de 3 días de evolución, de inicio insidioso, EVA 5/10, sin irradiación, que se acentuó las últimas 24 horas agregando inminente sensación de muerte y palpitaciones. Presenta los siguientes signos vitales FC: 86x', FR: 18x', PA 151/96 mmHg. Se realiza ECG comunicado por telemedicina que informa: Ritmo sinusal, Conducción AV normal. Necrosis antero-apical. Lesión subepicárdica anteroapical. Iniciando manejo inicial de IAMCEST con AAS, clopidogrel y atorvastatina. Al laboratorio destaca elevación de troponina T 759.3 pg/ml, por lo que se comunica con centro de hemodinamia de referencia, siendo trasladada para ACP, la cual evidencia oclusión completa proximal de la arteria descendente anterior, usando stent liberador de fármacos como terapia definitiva. Se contacta a la paciente posteriormente para la firma de consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El dolor de espalda está descrito en muy pocas ocasiones como presentación de SCA, y puede ser un factor confundente al momento de evaluar un adulto mayor en el servicio de urgencias, por lo que, la evidencia actual apunta a realizar estudio con troponinas y ECG ante la mínima sospecha.

CONCLUSIÓN

El SCA es y sigue siendo un desafío diagnóstico en el servicio de urgencias por sus distintas formas de presentación en adultos mayores, diabéticos y pacientes con ERC, por lo que es indispensable ante cualquier duda diagnóstica realizar el estudio necesario para evitar un desenlace fatal.

TALLA BAJA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE SÍNDROME DE INTERRUPCIÓN DEL TALLO PITUITARIO.

AUTORES

Alejandra Cornejo¹,
Josefina Jobet¹,
Andrés Maldonado²,
Carolina Maldonado².

TUTORES

Celia Chavez³.

AFILIACIONES

1. Interna, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
2. Estudiante, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
3. Médico Pediatra, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

PALABRAS CLAVES

Hipopituitarismo, Talla baja, Pediatría.

alejandracornejo28@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome de interrupción del tallo pituitario (PSIS) corresponde a una anomalía congénita poco frecuente que se relaciona con formas severas de hipopituitarismo congénito y múltiples deficiencias de hormonas pituitarias. Respecto a su incidencia, se han reportado 0.5 casos por cada millón de nacimientos y se caracteriza por la demostración neurorradiológica de un tallo pituitario ausente, interrumpido o hipoplásico, adenohipófisis aplásica o hipoplásica; y neurohipófisis ectópica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar masculino con antecedentes de prematurez de 33 semanas e hipocortisolismo en período neonatal manejado con hidrocortisona. Se pierde seguimiento de paciente, hasta iniciar controles en policlínico de endocrinología a los 3 años por talla baja. En estudio hormonal inicial destaca hipocortisolismo, hipotiroidismo y déficit de hormona del crecimiento (GH) representado por test de clonidina alterado. Se amplía estudio con resonancia nuclear magnética (RNM) de cerebro sugerente de aracnoidocele selar grado II y tallo hipofisario ligeramente desviado a izquierda. En control con RNM de cerebro y silla turca con contraste se informa hipoplasia de la adenohipófisis, ausencia de tallo hipofisario y neurohipófisis ectópica; evidenciando hallazgos compatibles con PSIS. Luego de diagnóstico se mantienen controles con endocrinología infantil, seguimiento con imágenes y tratamiento hormonal con hidrocortisona, levotiroxina y GH.

Se cuenta con consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El PSIS es una causa poco frecuente de hipopituitarismo y talla baja. Las manifestaciones clínicas de este síndrome dependen del momento del diagnóstico. En el periodo perinatal se puede manifestar con hipoglicemia, ictericia, micropene, colestasis y convulsiones, mientras que durante la infancia suelen presentarse con talla baja, retardo en la expresión de caracteres sexuales secundarios, epilepsia y retraso intelectual.

CONCLUSIÓN

En el caso presentado se pesquiza hipocortisolismo en periodo neonatal y posteriormente PSIS como talla baja. Es importante destacar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno del PSIS, ya que mejora el pronóstico neurológico y la calidad de vida a largo plazo.

PIELONEFRITIS POR SERRATIA MARCESCENS EN UN LACTANTE MENOR CON USO PREVIO DE UROPROFILAXIS.

AUTORES

Juan Ihnen Rendic¹,
Cristóbal Vergara
Cabrera¹,
Felipe Vásquez Yévenes¹,
Esteban Roa Torres¹.

TUTORES

Luis Cortés Zúñiga².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Infección del tracto urinario, Pielonefritis, Serratia marcescens, Uroprofilaxis.

juan.ihnen@uc.cl



INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son frecuentes en pediatría, 10% de niñas, y 3,3% de niños, han presentado un episodio a los 16 años. La etiología más frecuente es Escherichia coli, correspondiendo al 85-90% de los casos, aunque es importante sospechar otros agentes en pacientes con factores de riesgo, pues en conjunto con la microbiología y susceptibilidad local determinarán el tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 1 mes y 20 días de edad, diagnóstico antenatal de dilatación bilateral de pelvis renal severa, con pieloplastia izquierda e instalación de pigtail a los 42 días de vida. Recibiendo profilaxis antibiótica con cefadroxilo en dosis subóptimas.

Consulta por cuadro febril hasta 38.3°C, síntomas urinarios y compromiso del estado general, de 2 días de evolución. En estudio inicial destaca sedimento de orina inflamatorio y parámetros inflamatorios elevados. Se realiza urocultivo, que resulta positivo para Serratia marcescens, resistente a ampicilina y cefazolina.

Inicialmente se maneja con esquema empírico biasociado (Ampicilina + Cefotaxima), que se ajusta a Cefotaxima y Amikacina, según resultado de estudio de susceptibilidad. Evolucionando con mejoría clínica, afebril, completando tratamiento en hospitalización domiciliaria.

DISCUSIÓN

Serratia marcescens es un agente atípico e infrecuente en ITU, habitualmente afecta a pacientes con factores de riesgo como inmunosupresión, o antecedente de tratamiento antibiótico como en este caso. Su manejo es un desafío dado su resistencia intrínseca a diferentes antibióticos. En este caso, el agente es sensible a Cefotaximo, pero se agregó amikacina, dado el riesgo de desarrollar resistencia a cefalosporinas.

CONCLUSIÓN

ITU por atípicos implica cambios en la historia natural, tratamiento y evolución; debido a diferencias en susceptibilidad de los agentes típicamente descritos. El caso presentado demuestra la importancia de su sospecha en pacientes de riesgo y la posibilidad de etiologías atípicas, pues será necesario ajustar tratamiento según susceptibilidad.

TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA O SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER, PRESENTACIÓN ATÍPICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

AUTORES

Lukas Rios¹,
Vanessa Robles¹,
Pablo Aravena²,
Marcelo Vásquez².

TUTORES

Nicolás Aguilera³.

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Médico Cirujano, docente adjunto de la Universidad Mayor, Victoria, Chile.

PALABRAS CLAVES

Telangiectasia
Hemorrágica Hereditaria,
Malformación
Arteriovenosa,
Enfermedad de Osler-
Weber-Rendu

lukas.rios@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Rendu-Osler-Weber o Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) es un trastorno autosómico dominante caracterizado por la presencia de múltiples malformaciones arteriovenosas(MAV) y episodios recurrentes de hemorragia. Presenta una incidencia que va desde 1/5.000-8.000 habitantes a nivel mundial. Estas MAV aparecen principalmente en la nariz (>90%), piel (50-80%) tubo digestivo (25-40%), hígado (30%), pulmones (20%) y cerebro (5%) y tienden a generar frecuentemente sangrado nasal, gastrointestinal y anemia por déficit de hierro.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 58 años, sin antecedentes, consulta al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, vómitos y diarrea de 1 semana de evolución. Además, refiere que durante el último mes ha tenido baja de peso no cuantificada. Al examen físico destaca únicamente adenopatías palpables supraclaviculares y telangiectasias difusas. En los exámenes de laboratorio, se encuentra leucocitosis (49.500) con predominio linfocitario, granulación patológica y cromatina condensada. Se hospitaliza para estudio, de los exámenes tomados destaca resonancia nuclear magnética, una extensa MAV renal derecha con un centro quístico y una lesión focal hipervasculada en el segmento lateral del lóbulo izquierdo, sugerentes de THH. La paciente evoluciona asintomática y se mantiene hospitalizada con conducta expectante.

DISCUSIÓN

La THH es un extraño fenómeno caracterizado por la aparición de MAV. Según donde se localicen, estas producirán distintas manifestaciones clínicas como epistaxis, sangrado intestinal o disfunción hepática. El compromiso renal se ha descrito en la literatura sólo en tres ocasiones. El diagnóstico es principalmente clínico y se basa en los Criterios de Curaçao.

CONCLUSIÓN

La THH se diagnostica clínicamente, aunque los hallazgos suelen ser incidentales, es de suma importancia la sospecha oportuna a la hora de enfrentarnos a esta patología.

PRIAPISMO ISQUÉMICO POR ANTIPSICÓTICO ATÍPICO DE USO FRECUENTE.

AUTORES

Pilar Jiménez¹,
Martín Jara¹,
Gonzalo Fernández¹,
Gianfranco Cavaletto¹.

TUTORES

Christian Morales^{2 3 4}.

AFILIACIONES

1. Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
3. Especialista en Urología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
4. Magister en Educación en Ciencias de la Salud, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Antipsicóticos, Priapismo, Urología.

jpilar408@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El priapismo es una erección persistente de más de 4 horas del pene, la cual no está asociada a estimulación o el deseo sexual. Dependiendo de la etiología del priapismo se puede clasificar en isquémico, no isquémico e intermitente. El priapismo isquémico es una emergencia urológica y representa >95% de todos los episodios. Actualmente, su causa más común es atribuible a antipsicóticos. La duración del priapismo está fuertemente asociada con la incidencia de disfunción eréctil permanente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 39 años, sin antecedentes mórbidos, acude a urgencias por cuadro de 32 horas de evolución de erección peneana persistente posterior a ingesta de 100 mg de quetiapina. Bajo anestesia local se realiza aspiración e irrigación de los cuerpos cavernosos de sangre oscura con coágulos hasta obtener sangre fresca, posteriormente se realiza inyección intracavernosa con epinefrina 300 mcg por 3 veces, sin lograr detumescencia del pene.

Se realiza shunt distal bajo técnica de Al-Ghorab, logrando detumescencia parcial del pene. Posterior a 48 horas de evolución se logra una detumescencia completa, por lo cual se decide alta médica con control en policlínico de urología para evaluar complicaciones secundarias al cuadro clínico y definir instalación de prótesis peneana como tratamiento definitivo del cuadro. Previo alta, se solicita consentimiento para publicar su caso.

DISCUSIÓN

En la actualidad, debido al mayor uso de antipsicóticos en diversas patologías, el médico debe educar al paciente sobre la existencia de priapismo para una búsqueda de atención médica precoz y así optar a un manejo oportuno disminuyendo el riesgo de complicaciones secundarias.

CONCLUSIÓN

Detectar y manejar precozmente el priapismo es el pilar fundamental para disminuir el riesgo de complicaciones secundarias, para esto, una adecuada educación del paciente usuario de antipsicóticos fomentará la consulta e intervención temprana.

ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE TIPO 2 EN UN ADULTO SANO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL.

AUTORES

Maxine Ritter¹,
Isidora Burgos¹,
Cynthia Cabrera¹,
Rocío Peñailillo¹.

TUTORES

Nicolás Piñats².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad Mayor, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Encefalitis, Virus Herpes Simple, Adultos.

maxine.ritter@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La encefalitis causada por virus herpes simple tipo 2 (VHS-2), se presenta clásicamente con una tríada caracterizada por fiebre, cefalea y cambios en el comportamiento. El diagnóstico se realiza mediante la detección de material genético de VHS-2 en líquido cefalorraquídeo, complementando con neuroimágenes y electroencefalograma. El tratamiento debe ser precoz con terapia antiviral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 65 años, hipertenso, sin antecedentes de inmunodepresión, acude por compromiso de conciencia cuantitativo e hipoxia tisular severa, con requerimientos de ventilación mecánica invasiva. Sin alteración gasométrica ni signos patológicos en radiografía de tórax. Evoluciona con episodio convulsivo aislado. Neuroimágenes y electroencefalograma sin hallazgos patológicos. Dentro del estudio de compromiso de conciencia se descartan causas toxicometabólicas, reumatológicas e inmunodepresión actual. Punción lumbar realizada informa celularidad negativa, hiperproteorraquia e hipogluorraquia. Panel neuroinfeccioso positivo para VHS-2. Se inicia tratamiento con Aciclovir completando 21 días con recuperación clínica progresiva.

Se otorgó consentimiento para la publicación del caso clínico.

DISCUSIÓN

La encefalitis causada por VHS-2 es poco frecuente en adultos, representando menos del 2% de todos los casos de encefalitis por virus herpes simple. Dentro de los casos reportados, destaca la asociación con factores de riesgo como la inmunodepresión, traumas craneales y presencia de lesiones genitales causadas por VHS-2, asociados a la tríada clásica de síntomas. Por lo tanto, este caso clínico es una presentación inusual, ya que no presenta factores de riesgo y cumple solo con la presencia de compromiso de conciencia.

CONCLUSIÓN

Considerando la baja frecuencia de encefalitis por VHS-2, junto con la posibilidad de presentar una clínica variable, nos vemos limitados en la sospecha clínica. Sin embargo, mediante la revisión de este caso clínico, buscamos destacar la importancia de conocer las presentaciones inusuales de esta patología, ya que el inicio precoz de la terapia antiviral influirá de manera directa en el pronóstico neurológico y funcional de nuestros pacientes.

RECURRENCIA DE SÍNDROME DE TAKOTSUBO, REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Catalina Llanos¹,
Juan Pablo Soto¹,
Katherine Cuevas¹,
Sebastián Sepúlveda¹.

TUTORES

Bunio Weissglas².

AFILIACIONES

1. Interno/a, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Cirujano, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

PALABRAS CLAVES

Cardiomiopatía de Takotsubo, Síndrome Coronario Agudo, Recurrencia.

callanos2018@udec.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Takotsubo (ST) se caracteriza por una disfunción sistólica regional transitoria del ventrículo izquierdo, generalmente desencadenada por un estrés emocional, que la mayoría de las veces se manifiesta como dolor torácico indistinguible de un infarto agudo al miocardio. Se considera una patología subdiagnosticada, que corresponde al 1-2% de los pacientes que se presentan como síndrome coronario agudo (SCA) con elevación de troponinas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y ST hace 3 años posterior a discusión estresante, consulta en urgencias por dolor torácico súbito tras accidente de tránsito de baja energía, asociado a elevación de troponinas y sin cambios electrocardiográficos isquémicos. Se toma angiotomografía computarizada que descarta tromboembolismo pulmonar y disección aórtica. Coronariografía sin lesiones coronarias; ventriculografía evidencia hipocinesia del ápex asociada a balonamiento; fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) 30%. Impresiona ST con disfunción ventricular severa. Se maneja como SCA y evoluciona de manera favorable, con descenso considerable de troponinas y ecocardiograma con FEVI 58%, por lo que es dada de alta.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de ST requiere descartar enfermedad coronaria y evidenciar la disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo característica de la patología, ya sea hipocinesia, acinesia o discinesia. Su manejo inicial debe ser el de un SCA. Posteriormente, los pacientes con ST experimentan normalización completa de la FEVI y las anormalidades ventriculares. La recurrencia es mayor en etapas tempranas, siendo la tasa anual de recurrencia de 2,9% dentro de los primeros 4 años, y posteriormente de 1,3%.

CONCLUSIÓN

El ST debe ser un diagnóstico diferencial de dolor torácico a tener en mente, sobre todo en mujeres postmenopáusicas. Pese a su naturaleza transitoria, no se debe subestimar el riesgo de complicaciones intrahospitalarias, similares a las de un SCA.

INFRECUENTE TIPO HISTOLÓGICO POSTERIOR A ORQUIECTOMÍA RADICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Sofía Hermosilla¹,
Fernanda Jiménez¹,
Rosario Schwerter¹,
Josefina Nordenflycht¹.

TUTORES

Ignacio Izquierdo².

AFILIACIONES

1. Interna, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Becado Urología, Universidad de los Andes, Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Leiomioma, neoplasias testiculares, orquiectomía.

sahermosilla@miuandes.cl



INTRODUCCIÓN

El leiomioma intratesticular es una neoplasia sólida benigna de origen muscular liso clasificada como un tumor estromal. Representa al 0.1% de los tumores testiculares, y se presenta en hombres entre 40 y 60 años. El diagnóstico se sospecha con clínica y ecografía, caracterizada por una masa sólida hipoecogénica y estructura heterogénea, que puede contener calcificaciones. Es indistinguible a un tumor maligno, por lo que requiere manejo con orquiectomía radical y confirmación por biopsia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 78 años sin antecedentes médicos, consulta por cuadro de dolor y aumento de volumen testicular izquierdo. Al examen físico se palpa masa indurada de bordes netos en testículo derecho. Ecografía testicular informa orquiepididimitis izquierda y nódulo de 2,3 cm hipoecogénico y heterogéneo en polo inferior del testículo derecho, bordes bien definidos sugerente de neoplasia. Se realiza estudio hormonal destacando alfa feto proteína <1.3, Gonadotropina coriónica <2.0 y Lactato deshidrogenasa 164. Tomografía computada negativa para diseminación. Es sometido a orquiectomía radical derecha vía inguinal, sin complicaciones. Biopsia diferida informa leiomioma intratesticular. Firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

Es imprescindible el examen físico testicular dado el carácter asintomático del cáncer testicular considerando que la mayoría son malignos. Al evaluar una masa testicular indolora se deben considerar los diagnósticos diferenciales, entre ellos las neoplasias malignas, tanto de origen germinal como no germinal, y causas benignas como quistes, fibromas, leiomioma. Por otro lado, se reporta una probabilidad de benignidad aumentada frente a tumores menores a 2 cm, por lo cual se plantea orquiectomía parcial y biopsia rápida por congelación, reduciendo así complicaciones asociadas a la orquiectomía radical, como hipogonadismo e infertilidad. Sin embargo, mientras no exista evidencia más sólida, el enfoque estándar es la orquiectomía radical.

CONCLUSIÓN

El leiomioma intratesticular es un diagnóstico diferencial del cáncer testicular, por lo que requiere alto índice de sospecha y el tratamiento es orquiectomía radical.

PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA, RESULTADO DE UN NÓDULO DE TIROIDES: REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Ignacio Peñaloza¹,
Diego Pino¹,
Marcelo Rojas¹,
Flavio Álvarez¹.

TUTORES

Diego Acuña².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.
2. Médico-Cirujano, CESFAM de Magisterio, Talca, Chile.

PALABRAS CLAVES

Parálisis diafragmática,
Nódulo tiroideo, Disnea,
Nervio frénico.

ignaciopenalozacuadra@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La parálisis diafragmática (PD) es una afección poco habitual que se define como una pérdida completa de la movilidad del diafragma, con ascenso diafragmático secundario, esta puede ser bilateral o unilateral, asociándose a complicaciones en cirugías cardíacas en un 30% de los casos y a tumores en un 19%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 60 años con antecedentes de HTA, DMII, IC, EPOC, consulta por masa cervical asociada a disfagia lórica de 1 año de evolución, niega síntomas B y refiere disnea de larga data que se aumenta al realizar esfuerzos, teniendo que consultar en múltiples ocasiones al servicio de urgencias. Al examen físico se palpan 2 nódulos tiroideos, indoloros, irregulares, indurados, adheridos a planos profundos. Se realiza ecografía de tiroides que informa nódulo TIRADS 4 de 2,6 cm y 2 nódulos TIRADS 3 de 3,7 cm y TAC de tórax y cuello que evidencia masa a nivel de tiroides con infiltración de la vía aérea hacia ventral y territorio del nervio frénico, con ascenso diafragmático y visceral ipsilateral. Se realiza medición de hormonas tiroideas destacando: TSH: 4.6 y T4L: 1.07. Se realiza la petición de consentimiento informado y se deriva a cirugía de cabeza y cuello por nódulos tiroideos con afectación del nervio frénico causando PD unilateral.

DISCUSIÓN

La PD normalmente es un diagnóstico incidental dentro de la consulta o en el servicio de urgencias y su tratamiento va a depender netamente de la causa subyacente, pero, también se ha descrito la plicatura diafragmática que ha dado buenos resultados, reservándose para aquellos pacientes con mayor afectación de la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

La PD es una afectación poco frecuente, pero, que puede llegar a ser muy sintomática dependiendo del paciente, por lo que, se debe tener en cuenta, que de no ser posible tratar la causa subyacente, existen otros métodos aprobados.

MASTOCITOSIS SISTÉMICA: PRESENTACIÓN LEUCÉMICA POCO CONOCIDA A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Catalina Soto¹,
Andrea Spano¹,
Lucas Valenzuela¹,
Nicolás Melo¹.

TUTORES

Matías Tolosa².

AFILIACIONES

1. Interna/o de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Cirujano, Médico en etapa de Destinación y Formación, CECOSF El Santo, Tomé, Chile.

PALABRAS CLAVES

Eosinofilia, Mastocitos, Mastocitosis sistémica.

catalina.msotoh@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La mastocitosis es una patología infrecuente donde se acumulan mastocitos en los tejidos. Dividida en cutánea y sistémica, pudiendo comprometer la médula ósea. La prevalencia se estima en 1/10000 personas. El cuadro clínico varía desde asintomático, síntomas similares a anafilaxia hasta presentación leucémica, forma altamente agresiva con supervivencia reducida. Los síntomas se generan por liberación de mediadores vasoactivos. Dado la dificultad diagnóstica y escasa casuística se presenta este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 15 años, con antecedentes de asma y dermatitis atópica, se hospitalizó en Hospital las Higueras por episodio repentino de síncope, hipotensión, taquicardia, inyección conjuntival, escotomas centellantes, rubicundez facial y corporal, sin causa conocida, se manejó como shock indiferenciado. Se estabilizó con cristaloides e hidrocortisona endovenosa. En estudio destacó laboratorio con leucocitosis 37000/ μ L, eosinofilia 5550/ μ L, triptasa mayor a 200 μ g/L, inmunofenotipo de médula ósea informó 10 por ciento de mastocitos. Se amplió estudio con citología CD 117 y CD 25, positivos en mastocitos, que representó 60 por ciento de la celularidad medular, diagnosticándose mastocitosis sistémica con presentación leucémica. Evolucionó favorablemente sin nuevos episodios tras quimioterapia con Cladribine, Citarabina e Imatinib, además de tratamiento crónico con Rupatadina, Montelukast, Famotidina y Prednisona. Caso clínico contó con el consentimiento de la madre.

DISCUSIÓN

La mastocitosis al tener un rango heterogéneo de presentaciones es imprescindible entender la existencia de casos sin lesiones cutáneas, donde predomina la sintomatología cardiovascular como la paciente presentada. La presentación leucémica se asocia a mal pronóstico. Actualmente su diagnóstico se realiza en promedio un año desde el inicio de los síntomas. Requiere terapia de citorreducción a la brevedad, los principales fármacos son Cladribine e Imatinib.

CONCLUSIÓN

Por ende, pese a su sintomatología inespecífica y su infrecuencia, se debe tener en consideración como diagnóstico. De no hacerlo se retardaría su tratamiento con consecuencias deletéreas, más aún en presentación leucémica.

XANTOMAS TUBEROSOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Dominique Rodríguez¹,
Isidora Aguirre¹,
Juanita Flores¹,
Consuelo del Valle¹.

TUTORES

Loreto Heredia².

AFILIACIONES

1. Interna Medicina, Universidad de Valparaíso Campus San Felipe, San Felipe, Chile.
2. Médico Cirujano, especialista en Dermatología y Venereología, Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

PALABRAS CLAVES

Xantoma,
Hipercolesterolemia,
Nódulos.

dominique.rodriguez@alumn
os.uv.cl



INTRODUCCIÓN

Los xantomas son depósitos localizados de lípidos que se manifiestan a nivel cutáneo como pápulas, placas o nódulos de color amarillo-anaranjados y podrían ser la única manifestación temprana de dislipidemias de inicio en la infancia. Su origen puede ser idiopático o bien, manifestación de dislipidemias primarias o secundarias. El tipo de xantoma y su ubicación orientan a la patología de base. Particularmente los xantomas tuberosos se relacionan con la Hipercolesterolemia Homocigota Familiar (HHF).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 37 años, con antecedentes mórbidos de dislipidemia de difícil manejo en atención primaria, en tratamiento con gemfibrozilo. Consulta en dermatología por lesiones cutáneas de inicio en la infancia.

Al examen físico se aprecian nódulos amarillentos agrupados de consistencia firme, en ambos codos y pápulas amarillentas firmes en dedos y palmas de ambas manos. A nivel de la rodilla izquierda se palpa nódulo subcutáneo sugerente de xantoma tendíneo.

El estudio histológico de las lesiones reveló depósitos nodulares de fagocitos espumosos a nivel dérmico con granulomas colesterínicos aislados consistente con xantomas tuberosos.

En exámenes de laboratorio, destaca colesterol total en 767 mg/dL, colesterol HDL en 19 mg/dL, triglicéridos mayores a 550 mg/dL. Actualmente en manejo en endocrinología y nutrición, a la espera del estudio genético para confirmar la sospecha de HHF. Se solicita consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La sospecha de HHF en este caso fue clínica, basándose en la presencia de xantomas tuberosos desde la infancia. Además, la dislipidemia mixta, severa y de difícil manejo apoyan esta sospecha.

CONCLUSIÓN

Es necesario que los médicos reconozcamos estas lesiones para derivar oportunamente, ya que la dislipidemia no va a responder al manejo habitual con estatinas o fibratos, requiriendo un tratamiento precoz, intensivo y multidisciplinario para prevenir la aterosclerosis acelerada y eventos cardiovasculares, que se presentan tempranamente en estos pacientes.

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA O SÍNDROME DE OGILVIE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Paula Puig Cadet¹,
Maxine Ritter Van de
Kamp¹,
Rocío Peñailillo Valdés¹,
Isidora Burgos Galarce¹.

TUTORES

Christian Alexander
Delannays Morales².

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina,
Universidad Mayor,
Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano,
Becado de Medicina
Interna, Universidad
Mayor, Hospital Félix
Bulnes C. y Hospital
FACH, Santiago Chile.

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Ogilvie,
Prucaloprida, Dolor
abdominal.

paula.puig97@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Síndrome de Ogilvie, entidad rara de obstrucción colónica funcional aguda, caracterizada por distensión masiva colónica sin causa mecánica subyacente. Su epidemiología y fisiopatología aún son inciertas. Se postula que ocurre un desbalance entre sistema nervioso simpático y parasimpático a nivel intestinal. De etiología multifactorial siendo enfermedades crónicas, desbalances hidroelectrolíticos y medicamentos causas comunes. El diagnóstico es clínico-radiológico, siendo la radiografía de abdomen simple el estudio esencial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, 85 años, autovalente, con antecedentes de hipertensión arterial, constipación crónica y escoliosis severa en manejo con Amlodipino, Furosemida, Doxazosina, Amitriptilina/Clordiazepoxido. Presenta cuadro de cinco días de evolución de dolor abdominal, distensión abdominal progresiva y ausencia de deposiciones. Al examen físico destaca mucosa oral seca, abdomen distendido, timpánico, palpación dolorosa en fosa iliaca izquierda, sin signos de irritación peritoneal. En exámenes destacan parámetros inflamatorios elevados e hiponatremia. Radiografía de abdomen simple informa distensión de marco colónico con niveles hidroaéreos. Tomografía abdomen y pelvis con contraste informa engrosamiento parietal del colon descendente, de aspecto inflamatorio. Se desestima resolución quirúrgica. Se hospitaliza en contexto de síndrome de Ogilvie. Se maneja con analgesia, antibioterapia, hidratación, eritromicina, levosulpirida y prucaloprida. Suspensión de medicamentos con acción anticolinérgica y calcio antagonistas. Evoluciona satisfactoriamente con resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ogilvie debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia que cursen con distensión abdominal. Su diagnóstico precoz es esencial para lograr mayores tasas de éxito terapéutico conservador y a la vez prevenir complicaciones de alta morbimortalidad tales como peritonitis o perforación colónica.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Ogilvie se presenta como una entidad de obstrucción médica colónica. Se debe sospechar en pacientes con polifarmacia y multimorbilidad. La clínica es esencial para su diagnóstico junto con la imagenología. El pilar de manejo consiste en suspender y tratar factores desencadenantes y administración de procinéticos.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON CULTIVO POSITIVO PARA SALMONELLA: REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

María Paz Fonck¹,
Cristobal Hermosilla¹,
Andrea Cáceres¹,
María Constanza Torche¹.

TUTORES

Juan José Naretto².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad Finis
Terra, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano,
Universidad Finis
Terra, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Pancreatitis, salmonella,
necrosis, severa, infección

mfonckl@uft.edu



INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una patología de generalmente curso benigno, pero en un 10% de los pacientes puede evolucionar con complicaciones como la necrosis pancreática. La sobreinfección del tejido necrótico presenta una morbimortalidad de un 80% y se produce por translocación bacteriana de gérmenes intestinales, siendo los microorganismos más frecuentes las bacterias Gram negativo; como *Escherichia coli*, *Enterococo*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y con menor frecuencia *Staphylococo* y *Pseudomona*.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un paciente masculino de 65 años, sin antecedentes, que ingresa por un cuadro de pancreatitis aguda con falla renal asociada. En Tomografía computarizada se describen áreas de necrosis pancreática con gas central, asociado a colecciones retroperitoneales. Se realiza drenaje percutáneo y cultivo del exudado aislando la bacteria *Salmonella species*. Durante la hospitalización evoluciona con disfunción renal y respiratoria, asociado a bacteremia secundaria. Requirió tratamiento antibiótico prolongado y múltiples intervenciones quirúrgicas para lograr finalmente realizar traslape a vía oral, quedando sin secuelas pancreáticas a largo plazo. El paciente otorgó el consentimiento para que su historia clínica sea publicada.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de pancreatitis aguda necrótica complicada con infección secundaria poco frecuente por *Salmonella*. Esto plantea un desafío importante, ya que sugiere que la presencia de este patógeno podría ser considerada como un factor predictor de mala evolución, siendo indicador de complicaciones graves y desarrollo de disfunción orgánica. Cabe destacar la importancia de realizar una evaluación exhaustiva de los cultivos pancreáticos en estos pacientes para entregar una atención temprana y agresiva.

CONCLUSIÓN

Para concluir, la identificación de *Salmonella* en pacientes con pancreatitis aguda podría tener implicancias significativas en el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Se debe plantear la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor la relación entre *Salmonella* y la evolución de esta patología para determinar si se requiere agregar medidas adicionales dentro del manejo de estos pacientes.

OBSTRUCCIÓN DUODENAL POR CÁLCULO BILIAR MIGRATORIO: UNA RARA MANIFESTACIÓN. SÍNDROME DE BOUVERET.

AUTORES

Cristóbal Hermosilla¹;
Andrea Cáceres¹;
María Paz Fonck¹,
Paula Maturana¹.

TUTORES

Juan José Naretto².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad Finis
Terrae, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano,
Universidad Finis
Terrae, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Fístula Biliar, obstrucción
de la salida gástrica,
cálculos biliares.

cristobal.h15@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret es una complicación poco frecuente de la colecistitis crónica, donde se produce una obstrucción por la migración de un cálculo vesicular a través de una fístula colecisto-duodenal. Provocando síntomas como retención gástrica, epigastalgia intensa, náuseas y vómitos. La sospecha es fundamental para establecer el diagnóstico y manejo precoz, dada su amplio espectro de diagnósticos diferenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente de 77 años, con antecedente de colelitiasis de larga data, que consulta en urgencias por dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos alimenticios postprandiales de 2 días de evolución. Al examen físico destaca signo de Murphy positivo, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza tomografía computarizada que evidencia vesícula biliar con paredes engrosadas, aerobilia y trayecto fistuloso que comunica hacia el duodeno. Se realiza laparotomía con gastrostomía, donde se logra la extracción del cálculo biliar sin incidentes, resolviendo la etiología de la obstrucción. Completa esquema antibiótico asociado logrando evolución favorable. Se solicita firma de consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La patología biliar es común en nuestro país, afecta alrededor del 20–30% de adultos. Por otro lado, el síndrome de Bouveret, complicación poco frecuente de la colelitiasis, constituye solo el 2–3% de las obstrucciones por cálculos biliares. Afecta principalmente a adultos mayores, lo que enfatiza la importancia de su detección temprana debido a la alta comorbilidad asociada a este grupo etario. Además, se ha observado que un retraso en el diagnóstico contribuye al aumento de la morbimortalidad, con tasas del 12–30%.

CONCLUSIÓN

En resumen, en pacientes adultos mayores con síntomas de obstrucción duodenal, es esencial considerar el síndrome de Bouveret como diagnóstico diferencial. Esto cobra relevancia en la población chilena, donde las enfermedades biliares son comunes. La identificación temprana puede reducir las tasas de morbimortalidad asociadas con diagnósticos tardíos o incorrectos.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN VARONES.

AUTORES

Gabriel Muñoz¹,
Karen Gübelin¹,
Tirza Valenzuela².

TUTORES

Cristian Gübelin³.

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Lupus eritematoso sistémico, Nefropatía lúpica, Anticuerpos.

karen.liliangs@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, de etiología desconocida, baja incidencia y más frecuente en mujeres (5:1). La nefropatía lúpica (NL) es una manifestación precoz y relevante debido a su mal pronóstico. El objetivo de este trabajo es concientizar sobre la existencia y agresividad de LES en varones, pese a su baja prevalencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El siguiente caso se presenta con previo consentimiento de tutor responsable del menor de edad. Hombre, 14 años, previamente sano. Consultó por 2 semanas de poliartralgias, rigidez articular matinal, anorexia y orina espumosa. Al examen físico: poliadenopatías, esplenomegalia, aumento de volumen en articulaciones interfalángicas y eritema en tobillo. Estudio inicial mostró anemia moderada, linfopenia, hipocomplementemia (C3: 19.7, C4: 2), creatinina 1.17, velocidad de eritrosedimentación 127 y proteinuria 300 mg/dL. Ecografía reno-vesical compatible con nefropatía aguda. Se sospechó nefropatía autoinmune, ampliándose estudio: anticuerpos antinucleares positivos, patrón nuclear 1/1280, beta 2 microglobulina positiva, anticuerpos anti DNA negativos y anticuerpos anti C1Q positivos. Se diagnosticó LES con NL, iniciándose terapia inmunosupresora (corticoides/ciclofosfamida). Actualmente paciente con regresión clínica y de laboratorio.

DISCUSIÓN

En niños debido a un comportamiento más agresivo la afectación suele ser multiorgánica inicialmente, con más del 50% presentando compromiso renal precoz. Si bien la incidencia de LES masculino es infrecuente lo que dificulta la sospecha, la clínica dermatológica, articular y compromiso renal agudo, permitieron diagnosticarla en el debut de la enfermedad, manejándose precozmente y disminuyendo la morbimortalidad asociada, sobre todo en varones, descrito solo por sexo como factor de mal pronóstico.

CONCLUSIÓN

Se debe tener en consideración el LES en niños varones ante cuadros con compromiso renal, ya que su tratamiento precoz disminuye la morbimortalidad.

SÍNDROME DE TOLOSA HUNT: UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN.

AUTORES

Francisca Valenzuela¹,
Rodrigo Briggs¹,
Francisca Ortiz¹.

TUTORES

Natalia Pozo².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Neuróloga, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Seno Cavernoso,
Síndrome Tolosa-Hunt,
Oftalmoplejía

rodrigo Briggs@ug.uchile.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome del seno cavernoso (SSV) se caracteriza por la presencia de síntomas derivados del compromiso de estructuras vasculares y nerviosas que transcurren por éste, incluyendo los nervios craneanos III, IV, VI y ramas del V. Generalmente se presenta como oftalmoplejía dolorosa, que puede o no acompañarse de disestesias faciales y síndrome de Horner. Las etiologías pueden ser variadas, e incluyen trombosis, vasculitis, neoplasias o procesos inflamatorios como el Síndrome de Tolosa-Hunt (STH), cuyo diagnóstico es de exclusión.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 29 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor retroocular izquierdo y diplopía con disminución progresiva de movimientos oculares hasta oftalmoplejía con ptosis palpebral ipsilateral, sin proptosis ocular ni otros signos inflamatorios. En resonancia magnética de cerebro se describe lesión en seno cavernoso izquierdo con engrosamiento difuso de sus paredes. sin estenosis de arteria carótida interna. Ante estudio negativo para otras causas, se sospecha STH y se inicia metilprednisolona, con respuesta favorable.

DISCUSIÓN

El STH es una inflamación granulomatosa idiopática, con una incidencia estimada de 1/1.000.000 habitantes. El cuadro típico corresponde a una oftalmoplejía dolorosa, que puede incluir alteraciones sensitivas en el territorio de las ramas trigeminales V1 y V2. Aunque no existe una prueba confirmatoria, la buena respuesta al tratamiento corticoesteroidal y la exclusión de otras posibles etiologías apoyan fuertemente el diagnóstico. Pese al tratamiento, las recurrencias no son infrecuentes y con ello la afección a la calidad de vida, por lo que su aproximación debe ser multidisciplinaria.

CONCLUSIÓN

El SSV es un diagnóstico de trabajo, cuya dificultad radica en la búsqueda de su etiología. El STH pese a tener baja incidencia, se debe tener en consideración ante una oftalmoplejía dolorosa, debido a su tendencia a la recurrencia y gran afección de la calidad de vida.

BICITOPENIA Y EXANTEMA SÚBITO POR VIRUS HERPES HUMANO-6 (VHH-6): UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN LACTANTE MAYOR.

AUTORES

Paulina Roquefort¹,
Rocío Gutierrez¹,
Arleth Salazar¹,
Claudio Mora¹

TUTORES

Ricardo Guerrero²,
Simón Peñaloza³

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Pediatra, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

PALABRAS CLAVES

Anemia, Neutropenia, Exantema súbito, Herpes Virus Humano 6

pauroquefort@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La bicitopenia es la disminución de dos líneas celulares sanguíneas. Puede deberse a infecciones virales, como el exantema súbito, una enfermedad benigna por VHH-6. El objetivo es presentar una asociación infrecuente entre bicitopenia y exantema súbito en un lactante mayor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante mayor de 1 año 7 meses, sin antecedentes, consultó por vómitos y fiebre hasta 39°, manejándose como cuadro viral con tratamiento sintomático. Evolucionó 4 días después con persistencia de síntomas, asociado a palidez, decaimiento y somnolencia. Se realizó hemograma que mostró anemia severa microcítica hipocrómica y neutropenia. Del estudio destacó anemia ferropénica, reacción en cadena de polimerasa (PCR) positiva para VHH-6, resto de exámenes normales. La radiografía de tórax presentó engrosamiento del intersticio peribroncovascular bilateral, ecografía abdominal normal y electroforesis de Hb normal. Por lo anterior, se transfundieron 100 cc de glóbulos rojos coincidiendo con aparición de exantema maculopapular, que se consideró en contexto de evolución natural de exantema súbito. Evolucionó favorablemente iniciando suplementación con sulfato ferroso al alta. Durante su estadía hospitalaria se solicitó consentimiento informado a la tutora legal para la elaboración de este caso clínico, la cual aceptó.

DISCUSIÓN

El exantema súbito es frecuente en niños menores de dos años, pero rara vez se asocia a bicitopenia, la cual puede ser causada por supresión medular o bien por una reacción autoinmune al virus.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico del exantema súbito se basa en la clínica respectiva, el hemograma y la PCR. Es importante reconocer y tener un alto índice de sospecha de esta posible complicación descrita de la infección por VHH-6, que requiere tratamiento específico y puede tener consecuencias graves.

FRACTURA ACETABULAR PERIPROTÉSICA: INFRECUENTE COMPLICACIÓN POSTERIOR A ARTROPLASTIA DE CADERA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Sofía Hermosilla¹,
Fernanda Jiménez¹,
Ana María Eneros¹,
Josefina González¹

TUTORES

Daniel Fischman²

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Médico Traumatólogo, Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Coxartrosis; Artroplastia total de cadera; Fractura-luxación; reporte de caso.

sahermosilla@miuandes.cl



INTRODUCCIÓN

La artrosis de cadera afecta al 2-4% de la población entre 40 y 70 años, siendo más común en adultos mayores. La artroplastia total se indica para casos avanzados o con tratamiento fallido. Las complicaciones más frecuentes de este procedimiento son aflojamiento de prótesis y luxación. Las fracturas acetabulares son infrecuentes y ocurren mayormente durante la cirugía, las tardías en cambio, se asocian a trauma o alteración tardía del soporte óseo. Estas últimas se clasifican y se manejan según la clasificación modificada de Paprosky y Della Valle, basándose en la ocurrencia intraoperatoria durante la inserción o remoción de prótesis, trauma postoperatorio, fractura espontánea o discontinuidad pélvica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 79 años con antecedente de hipotiroidismo y dislipidemia, tras diagnóstico de coxartrosis izquierda severa es sometida a artroplastia total de cadera. Un mes después es ingresada de urgencia por shock hemorrágico hipovolémico, sin antecedente de trauma se realiza estabilización y estudio. Tomografía computada de pelvis evidencia fractura acetabular periprotésica con luxación medial, y hematoma pélvico. Se realizó embolización de arteria obturatriz, se retiraron componentes dañados y se implantó Cup-Cage y Liner cementado. Evolucionó sin complicaciones. Firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

La fractura acetabular se asocia al uso de componentes acetabulares no cementados y ajuste a presión de copas elípticas. Los factores de riesgo incluyen osteoporosis, hipotiroidismo, tabaquismo, artritis reumatoide e infección local. El manejo involucra soporte vital, control de hemorragia e imágenes diagnósticas considerando riesgo de lesión vascular y cirugía. La cirugía atraumática postoperatoria (Tipo III) se basa en la técnica de Cup Cage cementado y/o antiprotrusio.

CONCLUSIÓN

La fractura acetabular es rara, pero ha aumentado debido al incremento de artroplastias de cadera y envejecimiento poblacional. Ante dolor, dificultad para caminar, o inestabilidad, se debe sospechar esta complicación y actuar rápidamente debido a su alta mortalidad y tratamiento quirúrgico tiempo dependiente.

BARTONELOSIS ATÍPICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UN CASO DE FIEBRE PROLONGADA: DESAFIOS DIAGNOSTICOS Y LECCIONES CLINICAS.

AUTORES

Andrea Cáceres¹,
Cristóbal Hermosilla¹,
María Paz Fonck¹,
Antonia Fontana¹.

TUTORES

Juan José Naretto².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Médico – Cirujano, Hospital Urgencia Asistencia Pública, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Fiebre, Prevalencia, Retinitis.

acaceresh@uft.edu



INTRODUCCIÓN

La Bartonelosis, transmitida principalmente por gatos, puede presentarse con síntomas inespecíficos como fiebre prolongada (FP) o afección multiorgánica, dificultando su diagnóstico. Presentamos una manifestación atípica de Bartonelosis con retinopatía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 13 años inicia cuadro de fiebre y odinofagia de 2 semanas de evolución, manejado como amigdalitis con antibioterapia en ambulatorio. Ingresa al servicio de urgencias, donde en contexto de policonsultas y persistencia de fiebre, se decidió hospitalizarlo para estudio de FP. Al examen físico destacaba fiebre y una adenopatía cervical. El laboratorio mostró elevación de parámetros inflamatorios y ASO normal. Pruebas virales y PCR negativos. Al interrogatorio solo destacaba la reciente tenencia de un gato. Durante la hospitalización, se realizaron imágenes, pruebas inmunológicas y serologías, resultando Bartonella (+), posterior a lo cual se solicita un fondo de ojo que mostró retinitis por Bartonella. Se inició tratamiento antibiótico específico. Se solicita y firma consentimiento informado con representante legal.

DISCUSIÓN

Este caso resalta la importancia de seguir un esquema diagnóstico y considerar las causas más comunes tanto en presentaciones típicas como atípicas de las patologías, en este caso, la bartonelosis, causa común de FP en pediatría. La retinitis es una presentación inusual y suele pasar desapercibida, sobre todo si no se sigue el esquema diagnóstico. Las guías recomiendan realizar un fondo de ojo de primera línea, y su omisión, en este contexto, retrasó el diagnóstico. El pensamiento crítico y la alta sospecha son claves en el diagnóstico de patologías de presentación inespecífica como FP.

CONCLUSIÓN

La presentación atípica de la retinitis por Bartonella nos muestra la necesidad de considerar presentaciones atípicas de etiologías comunes de fiebre prolongada. La conexión entre síntomas y causas más prevalentes lleva a un diagnóstico y tratamiento oportuno. En este caso, el diagnóstico habría sido más temprano si se hubiera seguido este enfoque.

BARTONELOSIS DISEMINADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Bruno Di Cosmo¹;
Valentina Kurte¹;
Valeria Mazza¹,
Paula Maturana¹.

TUTORES

Romina Melendez².

AFILIACIONES

1. Interno, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Médico Pediatra, Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Bartonella, fiebre, osteomielitis

bdicosmog@uft.edu



INTRODUCCIÓN

La Bartonelosis o "Enfermedad por Arañazo de Gato", es una infección bacteriana por Bartonella Henselae. Es la principal causa de síndrome febril prolongado en pediatría, el 90% de las veces se presenta como enfermedad leve y autolimitada, siendo un desafío diagnóstico en su forma diseminada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 9 años, sin antecedentes mórbidos, ingresa a Servicio de Pediatría por cuadro febril de 11 días de evolución cuantificada hasta 40°C. Consultó en 3 oportunidades, sin evidencia de infección clínica ni en exámenes de laboratorio. Al ingreso, presenta aumento de parámetros inflamatorios asociado a dolor abdominal, sin alteración de pruebas hepáticas; se realiza ecografía abdominal que informa pequeñas lesiones esplénicas hipodensas compatibles con granulomas y/o pequeños abscesos. Asociado a antecedente de contacto con gatos, se solicita Inmunoglobulina G de Bartonella con títulos 1:1024. Se inicia tratamiento con Doxiciclina y Cotrimoxazol, y se complementa estudio de Bartonelosis diseminada con fondo de ojo y ecocardiograma normales, destacando cintigrama óseo con alteración focal en hueso ilíaco izquierdo. Evoluciona asintomático, dado de alta un mes posterior al ingreso para completar 6 semanas de tratamiento antibiótico. El paciente y su tutor legal otorgaron el consentimiento para que su historia clínica sea publicada.

DISCUSIÓN

La importancia de este caso radica en la necesidad de considerar la Bartonelosis como diagnóstico diferencial de fiebre prolongada asociado a compromiso esplénico y óseo sugerente de una enfermedad sistémica. Si bien suele comportarse como una entidad benigna que cursa con una linfadenopatía de evolución autolimitada, en el 10% de los casos se presenta como diseminación sistémica, ocasionando complicaciones graves. Se presentó un paciente cuya clínica y estudios imagenológicos hacen sospechar esta entidad diagnóstica, inusual como forma de presentación de Bartonelosis.

CONCLUSIÓN

La Bartonelosis diseminada es una patología infrecuente transmitida por gatos. El diagnóstico y tratamiento antibiótico precoz son fundamentales para evitar su diseminación sistémica.

SÍNDROME DE STEWART TREVES COMO COMPLICACIÓN DE LINFEDEMA CRÓNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Clemente Poblete¹,
Catalina Muñoz¹,
Vicente Poblete¹,
Isidora Held¹.

TUTORES

María Carolina Ramírez².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.
2. Médico internista, Hospital Base de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile.

PALABRAS CLAVES

Amputación quirúrgica,
Linfangiosarcoma,
Linfedema, Recurrencia

clemente.poblete@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stewart Treves (S-T) corresponde a un síndrome poco frecuente caracterizado por el desarrollo de angiosarcoma en el contexto de pacientes con linfedema crónico. Esta condición requiere de manejo quirúrgico radical y precoz para evitar la progresión de la enfermedad. A continuación, se presenta el caso de una paciente con síndrome S-T secundario a linfedema primario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina, 32 años, antecedentes de genopatía no precisada, linfedema crónico por agenesia de linfáticos profundos y enfermedad renal crónica (ERC), Escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0-1. En control por cirujano vascular, evoluciona con linfedema de extremidad superior derecha refractario asociado a celulitis recurrente, por lo que se decide amputación. Resonancia magnética nuclear (RMN) de antebrazo sin hallazgos sugerentes de malignidad. Se realiza desarticulación de muñeca derecha. Biopsia quirúrgica informa angiosarcoma cutáneo sobre malformación vascular linfática grado 3 con bordes quirúrgicos positivos. Comité oncológico decide estudio de extensión con tomografía por emisión de positrones (PET-CT) por antecedente de ERC y ampliación de amputación en paralelo. Desarticulación de hombro derecho sin incidentes. Biopsia informa hallazgos similares a biopsia anterior, con bordes quirúrgicos negativos a 3,4 centímetros de la lesión. PET-CT negativo para extensión de enfermedad. Nuevo comité oncológico decide conducta expectante. 2 meses post cirugía: evoluciona con probable recidiva de partes blandas. RMN de hombro derecho: imágenes nodulares sospechosas de recidiva. Se decide biopsia de lesiones y radioterapia adyuvante local.

DISCUSIÓN

El síndrome S-T describe una situación clínica poco frecuente y altamente mortal cuyo diagnóstico oportuno se ve complicado por su rápida progresión. En el caso descrito se desarrolla a pesar de exámenes imagenológicos inicialmente normales.

CONCLUSIÓN

La sospecha de malignización ante cualquier cambio clínico de un linfedema crónico permite el diagnóstico y el manejo quirúrgico precoz y agresivo, para lo cual la biopsia es una herramienta indispensable

SÍNDROME DE CAPGRAS, CUANDO LA IMAGINACIÓN LE GANA A LA REALIDAD.

AUTORES

Camila Vásquez¹,
Francisca Vera¹,
Nora Ruiz-Tagle²,
Alejandro Campos².

TUTORES

Dr. Álvaro Tala³.

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
3. Psiquiatra Adulto, Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Esquizofrenia Paranoide,
Síndrome de Capgras y
Trastornos Psicóticos.

camilavasquezulloa@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Capgras (SC) se basa en un Síndrome de Falsa Identificación Delirante (DMS), caracterizado por la falsa creencia de que están reemplazando a un ser querido del paciente. Los DMS representan menos del 1% de la población general.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 63 años con antecedente de EZQ paranoide y de hospitalización reciente por descompensación de su cuadro base, posteriormente fue derivada a hospital de día por cursar con episodio psicótico e insomnio severo al suspender voluntariamente la risperidona. El episodio se caracterizaba por negar la existencia de su hermana y su madre, personas con las cuales vive, mencionando que su madre estaría muerta y la señora que la suplanta es su criada, en donde ambas tienen la intención de envenenarla. Actualmente se encuentra estable con buen estado de ánimo, no psicótica, gracias a la estabilización con risperidona y olanzapina, por lo que se le indica el alta. Niega haber tenido episodios psicóticos. Para este trabajo la paciente firmó consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El SC al ser una idea delirante de hipoidentificación puede que el paciente pueda tornarse agresivo con algunas personas por la idea de que son impostores. Es una entidad poco frecuente que se asocia generalmente a EZQ paranoide, por lo que se debe tratar la patología de base ya que no existe tratamiento dirigido solo al SC. Es importante destacar que en paciente con mala adherencia al tratamiento se sugiere indicar antipsicóticos de depósito con el fin de evitar recaídas y hospitalizaciones causadas por el cese de la medicación.

CONCLUSIÓN

Es importante poder reconocerlo y ayudar al paciente ya que puede derivar en conflictos interpersonales e intrapersonales, además de malas relaciones sociales, causando que sea una carga para su calidad de vida, causando incluso que el paciente se haga daño como a otros.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, UN INFRADIAGNÓSTICO EN LA VEJEZ.

AUTORES

Camila Vásquez¹,
Karol Soto¹,
Nora Ruiz-Tagle²,
Alejandro Campos²

TUTORES

Dr. Álvaro Tala³

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
3. Psiquiatra Adulto, Servicio de Psiquiatría, Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Catatonía, Depresión y Trastorno Bipolar.

camilavasquezulloa@gmail.com



II JCEM 2023

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) se caracteriza por ser un estado de ánimo fluctuante entre la manía/hipomanía y la depresión, donde el 90% de los pacientes tendrán mínimo una hospitalización psiquiátrica. El TAB tiende a desarrollarse a los 20 años, por lo que complica más su diagnóstico si se cursa con episodios depresivos en personas mayores.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 65 años sin historia psiquiátrica previa a los 60 años ni antecedentes familiares psiquiátricos de relevancia. Presentó 2 internaciones previas en el 2020 y 2022 por episodios depresivos con síntomas psicóticos/catatónicos, anergia, inhibición psicomotora, bradipsiquia, anhedonia, insomnio mixto con repercusión funcional, hiporexia, fallas cognitivas e ideas delirantes de perjuicio, pese a uso de antidepresivos.

Se realizaron exámenes generales, neuroimágenes y EEG que no arrojaron alteraciones relevantes. En internaciones anteriores se había realizado estudio endoscópico digestivo y pan TAC, sin hallazgos. Además, se realizó estudio autoinmune en sangre, LCR y estudios paraneoplásicos, sin hallazgos. En el 2023 se decidió internar por episodio depresivo psicótico pese a tratamiento antidepresivo sin estresores significativos que justifiquen la evolución del cuadro. Se decidió suspender la Venlafaxina y Mirtazapina, y se agregó Ácido Valproico y Aripiprazol, causando una mejoría del cuadro.

DISCUSIÓN

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en mayores de 60 años siendo su prevalencia de un 11,2%, mientras que la del TAB es de un 6%. Un factor clave para diferenciarlas es la falta de respuesta al tratamiento antidepresivo, la presencia de catatonía y la depresión recurrente con síntomas psicóticos.

Aún no existe evidencia suficiente si el tratamiento debe ser diferente en TAB de inicio tardío del TAB de inicio temprano.

CONCLUSIÓN

Es importante descartar causas orgánicas en un debut de TAB en adulto mayor, asimismo, ser capaces de identificar cuando se trata de un TAB tardío o un TAB temprano con diagnóstico tardío.

COLEDOCOLITIASIS EN UNA PACIENTE EMBARAZADA: MANEJO EXITOSO CON COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA.

AUTORES

Enzo Muñoz¹,
Antonia Jiliberto¹,
Eitan Dukes¹,
Martín La Regla¹

TUTORES

Macarena Cannistra²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.
2. Médico General de Zona (EDF), Servicio Metropolitano Sur, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Colecistectomía, colecistitis, embarazo, pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica.

esmm18@uc.cl



INTRODUCCIÓN

La coledocolitiasis durante el embarazo puede ser potencialmente grave tanto para la madre como para el feto. En casos de complicaciones como colangitis o pancreatitis, la mortalidad materna alcanza alrededor del 15%, mientras que la mortalidad fetal alcanza hasta un 60%. Dentro de las opciones más frecuentes está el manejo expectante, si bien existe la posibilidad de resolución quirúrgica, esta se suele reservar para casos particulares. En este trabajo presentamos un caso de coledocolitiasis durante el embarazo, destacando su manejo y resolución exitosa mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 37 años cursando embarazo de 17 + 5 semanas, con antecedentes de Diabetes y hospitalización reciente por coledocolitiasis sintomática, ingresa por reaparición de los síntomas, sin signos de irritación peritoneal al examen físico. En el laboratorio de ingreso destacaba elevación de transaminasas y GGT. Con colangiografía que evidencia un cálculo de 8 mm en colédoco. Dado la persistencia en sintomatología, sumado a la alteración de pruebas hepáticas, se realiza una ERCP con papilotomía y extracción del cálculo, con evolución favorable.

DISCUSIÓN:

El uso de ERCP es un procedimiento que se ha demostrado seguro en diversas investigaciones, tanto el procedimiento en sí, como la dosis de radiación recibida por el feto, demostrando disminuir las complicaciones asociadas a esta patología. Debemos considerar la ERCP como manejo de primera línea en pacientes sintomáticas para evitar, como en este caso, las re hospitalizaciones y posibles complicaciones.

CONCLUSIÓN:

La coledocolitiasis en pacientes embarazadas es un desafío clínico que requiere una evaluación y manejo adecuados. La ERCP ha demostrado ser una estrategia segura y efectiva, evitando complicaciones mayores y rehospitalización, por lo que su indicación durante el embarazo debe ser considerada desde etapas iniciales.

EXTRASISTOLES VENTRICULARES FRECUENTES EN UNA EMBARAZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Pablo Navarrete¹,
Nicolás Diener¹,
Martin Sánchez¹,
José Villena¹.

TUTORES

Stephanie Aguilera².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Médica cirujana, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Extrasístoles ventriculares, Arritmias, Electrofisiología cardíaca, Embarazo.

p.navarrete04@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Las extrasístoles ventriculares (EV) corresponden a actividad eléctrica cardíaca proveniente de una región específica del ventrículo la cual provoca una contracción ventricular precoz; se presenta a continuación un caso de EV frecuentes en una gestante.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 35 años, obesa, multípara de 3, en lista de espera para esterilización quirúrgica; en pabellón se realiza hallazgo de EV frecuentes en monitor, por lo que se suspende el procedimiento y se solicita evaluación por cardiología, estudiándose con holter de arritmias que muestra una carga arrítmica del 12%, junto a bigeminismos aislados y taquicardias ventriculares no sostenidas. En próximo control paciente reporta estar cursando embarazo de 17 semanas, iniciando con palpitaciones frecuentes que no se encontraban presentes al inicio del cuadro. Se solicita ecocardiograma transtorácico que muestra dilatación leve de cavidades derechas, pero función sistólica y diastólica conservada. Nuevo holter de arritmias informa carga arrítmica de hasta el 30%, a pesar de tratamiento con metoprolol, por lo que se deriva a electrofisiología cardíaca para ablación de foco ectópico, el cual resulta exitoso, con ECG seriados post ablación sin presencia de EV, momento en que firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

Las EV varían en su forma de presentación desde asintomática y sin repercusiones relevantes en la gran mayoría de los casos hasta miocardiopatías, insuficiencia cardíaca y muerte súbita, convirtiendo su estudio en un desafío. Múltiples factores influyen en el manejo, siendo los principales la presencia de síntomas y la carga arrítmica en un holter de 24 horas. La ablación por catéter suele ser el tratamiento definitivo en >80% de las veces; corresponde a un procedimiento seguro incluso durante el embarazo.

CONCLUSIÓN

Las arritmias como los EV son una patología frecuente, por lo que debe ser conocido su enfrentamiento para el médico general y así lograr una oportuna derivación a cardiología en los casos que sea pertinente.

MIXOMA AURICULAR DERECHO COMO ETIOLOGÍA POSIBLE DE TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR.

AUTORES

Camila Lillo¹,
Diego Valdés¹,
Claudia Ávila¹,
Matías Sepúlveda¹.

TUTORES

Carlos Venegas².

AFILIACIONES

1. Interno de medicina,
Universidad Mayor,
Temuco, Chile.
2. Médico cirujano,
Hospital de Pitrufquén,
Pitrufquén, Chile.

PALABRAS CLAVES

Mixoma; trombosis;
ecocardiografía.

camila.lillo.03@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los tumores cardiacos primarios son raros, con una incidencia del 0.02%. El mixoma auricular es el tumor cardíaco primario más frecuente en adultos. La mayoría se origina en la aurícula izquierda, solo el 20% surge de la aurícula derecha. Los signos y síntomas están determinados por la ubicación dentro del corazón y asociados a una triada de complicaciones: obstrucción, émbolos y síntomas constitucionales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso, previo consentimiento informado, de paciente femenina de 69 años, con antecedentes nefrectomía izquierda por cáncer renal, enfermedad renal crónica y mixoma auricular derecho. Consultó en atención primaria por hematuria y síndrome edematoso. Fue derivada a urgencias para estudio y tratamiento. En laboratorio destacó trombocitopenia severa de 22.000 plaquetas/uL y hematuria con eritrocitos isomórficos. El estudio de imágenes informó extensa trombosis de vena cava inferior (VCI) y tromboembolismo pulmonar crónico.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la localización y morfología de los mixomas. La ecocardiografía transesofágica es el método de elección para la evaluación diagnóstica. La paciente tenía diagnóstico de mixoma auricular realizado en Venezuela, no tratado. Finalmente se determinó que la trombosis de la VCI sería producto de una recidiva del cáncer renal. En este caso clínico la discusión más relevante es determinar si el mixoma auricular derecho, importante factor de hipercoagulabilidad, tiene relación con la trombosis de la VCI. En este caso no fue posible continuar con el estudio imagenológico ni histológico, dado el deterioro clínico que presentó la paciente.

CONCLUSIÓN

En este caso se ilustra la presentación atípica de un mixoma auricular derecho de larga data, no tratado, asociado a un antecedente de cáncer renal con aparente recidiva, que determina una trombosis masiva de la VCI y coagulopatía. La importancia radica en realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, por el riesgo de embolización sistémica.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EMBÓLICOS MÚLTIPLES DE ORIGEN INDETERMINADO ASOCIADO A FORAMEN OVAL PERMEABLE.

AUTORES

Felipe Alvarez¹,
Benjamín Abarca¹,
Flores Triviño Borja¹,
Josefa Krarup Soto¹.

TUTORES

Luis Ortega².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Neurólogo, Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Accidente Cerebrovascular isquémico, Accidente cerebrovascular de embolia criptogénica, Foramen Oval Permeable.

Felipe.alvarez1@mail.udp.cl



INTRODUCCIÓN

El Accidente cerebrovascular (ACV) embólico de origen no precisado (ESUS) son pacientes con ACV isquémico no lacunar, sin sustrato aterotrombótico, el cual no tiene etiología clara. ESUS representa 17% de los ACV isquémicos, presentándose típicamente jóvenes, con consecuencia leve de su ACV, pero con recurrencia hasta 5% al año.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 56 años, sin antecedentes, consulta por hemiparesia e hipoestesia braquiocrural derecha. TC de Cerebro, sin lesiones agudas, se complementa con RMN que lesiones isquémicas agudas en territorio frontal, temporal, parietal y occipital izquierdo. Se maneja con dobleantiagregación por minor stroke. En estudio, AngioTC de Cerebro y cuello sin zonas de estenosis, ni placas de ateroma. Holter de ritmo con ritmo sinusal. Ecocardiograma transtorácico muestra Foramen Oval permeable (FOP) de 2 x 5 mm con test de burbujas (+), confirmado con Ecocardiograma Transesofágico, que informa importante shunt de izquierda a derecha. Se descarta embolia paradójica con Eco Doppler Venoso de extremidades inferiores. Evoluciona favorablemente, con disminución de déficit neurológico, y se somete a cierre percutáneo de Foramen Oval Permeable. Es dado de alta 2 días después del cierre dado buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

Si bien 25% de la población tiene un FOP, su sola presencia no aumenta riesgo de padecer un ictus. Pero en ESUS asociado a FOP la relación causal es más clara, en pacientes jóvenes sin factores de riesgo de aterosclerosis. En este caso se adoptó un manejo activo con cierre de FOP de forma intervencional. Esto en base a la literatura actual que no demuestra beneficio de inicio de anticoagulación en ESUS sin causa clara, y específicamente en pacientes menores de 60 años el manejo intervencional en FOP es superior al manejo médico, con menor tasa de recurrencia de ACV.

CONCLUSIÓN

La búsqueda ordenada de fuente embólica en ESUS permite identificar y manejar oportunamente etiologías como el FOP, con intervenciones basadas en evidencia.

REPORTE DE UN CASO: TRANSECCIÓN AÓRTICA ASOCIADA CON FRACTURA DE COLUMNA TORÁCICA INESTABLE.

AUTORES

Felipe Farías¹,
Sebastián Fernández¹,
Nicole Lopez¹,
Ana Henríquez¹.

TUTORES

Rodolfo Lopez².

AFILIACIONES

1. Interno de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Traumatólogo de columna, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Accidentes de Tránsito,
Aorta torácica, Vértebras
Torácicas

f.farias01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

En el politrauma, la relación entre la fractura vertebral torácica con la rotura de aorta torácica es cercana a un 5,5%, usualmente es fatal con 85% de mortalidad prehospitalaria. Estos casos implican un desafío diagnóstico y terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 65 años, mientras dormía en litera en camión es colisionado por vehículo de carga. Despierta con impacto, refiere dolor en parrilla costal izquierda sin dificultad respiratoria. Requiere extricación desde camión. Politraumatizado, se realiza scanner de cerebro, torax, abdomen, pelvis y columna total donde destaca: transección aórtica grado II, fractura inestable de columna toracolumbar T12-L1 B2, fracturas costales izquierdas múltiples, laceración esplénica, derrame pleural izquierdo. Cursando rhabdomiólisis se traslada a UCI. Evaluado por traumatología. Destaca dolor a la palpación en región dorsolumbar, sin déficit neurológico.

Se interviene diariamente, primero reparación endovascular de aorta torácica, luego estabilización y artrodesis de T11-L2, finalmente toracotomía con instalación de drenaje pleural. Evoluciona favorablemente y es dado de alta. Al control de 6 meses fractura sin desplazamiento con reparación ósea satisfactoria, sin complicaciones del stent. Paciente firma consentimiento informado donde acepta publicación del caso.

DISCUSIÓN

Ante la coexistencia de fracturas inestables de columna con lesiones aórticas, se debe priorizar la resolución de estas últimas, siendo descrita una mortalidad del 60% al manejar inicialmente la fractura. Durante los últimos años la resolución quirúrgica mediante toracotomía era el gold estándar, pero implicaba mayor morbilidad asociada como insuficiencia renal, neumonía y daño isquémico en la médula espinal con consecuencias transitorias o permanentes. Actualmente, se ha popularizado la reparación endovascular de aorta torácica, con menor invasividad y morbilidad; y en segunda instancia reparación de fractura.

CONCLUSIÓN

La relación entre fractura toracolumbar y lesión aórtica es infrecuente y potencialmente fatal. Debe manejarse multidisciplinariamente y resolver con prioridad la lesión aórtica, actualmente con mayor uso de terapia endovascular y posterior resolución de fractura.

CARCINOMA EPIDERMOIDE QUERATINIZANTE GÁSTRICO SECUNDARIO A FÍSTULAS ENTERO Y GASTROECUTÁNEAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Nicoletta Botto¹,
Sofía Andoníe¹,
Joaquín Zamora¹,
Cristóbal Bahamondes¹.

TUTORES

Ximena Barbagelata².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad de
Valparaíso Casa
Central, Viña del Mar,
Chile.
2. Gastroenteróloga,
Hospital Dr. Eduardo
Pereira Ramírez,
Valparaíso, Chile.

PALABRAS CLAVES

Carcinoma de Células
Escamosas, Fístula
Cutánea, Fístula Intestinal,
Neoplasias Gástricas.

nicolettabo@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico corresponde al 4º cáncer más frecuente a nivel mundial, siendo el 95% de tipo adenocarcinoma, y solo el 0,04–0,07% de tipo carcinoma epidermoide (CE) primario. Se ha descrito la presencia de CE de estómago secundario a invasión local proveniente de un cáncer de esófago hasta en un 8% de estos últimos, y no se ha reportado la existencia de alguno proveniente de la presencia de fístulas gastrocutáneas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años con antecedentes de esplenectomía y múltiples fístulas gastro y enterocutáneas secundarias a intervenciones quirúrgicas por síndrome de HELLP hace 22 años. Inicia síndrome consuntivo asociado a intolerancia oral, realizándose endoscopia digestiva alta en la que se observa lesión antral con histología de CE queratinizante infiltrante. Se realiza escáner describiéndose engrosamiento parietal gástrico en estrecha relación con colección de pared abdominal anterior con múltiples trayectos fistulosos cutáneos. Para la presentación del caso se obtiene el consentimiento informado por la paciente.

DISCUSIÓN

El CE primario corresponde a un 0,04–0,07% del total de los carcinomas gástricos, y dentro de sus criterios diagnósticos se encuentra la ausencia de CE en otro órgano. Dado los antecedentes de la paciente, no podríamos considerar este como un tumor primario de estómago, sino que más probablemente proveniente del tejido epidérmico de las fístulas enterocutáneas, dado su constante exposición a noxas al estar en contacto con el contenido gástrico.

CONCLUSIÓN

Las fístulas enterocutáneas son una complicación rara de la cirugía abdominal, donde solo un 30% consigue un cierre espontáneo, siendo escasa la bibliografía en relación a su tratamiento. En este caso se expone la presencia de fístulas entero y gastrocutáneas de décadas de evolución, que posterior a un constante daño tisular, desarrollan un carcinoma epidermoide en el estómago, siendo su tratamiento similar al de un adenoma gástrico, con la resección quirúrgica como pilar fundamental.

DERRAME PLEURAL POR ARTRITIS REUMATOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Bárbara Karina Garrido Escárate¹,
Valentina Lorena Garrido Casanova¹,
Diego Hans Valdés Brand¹,
Camila Ester Lillo Leonelli¹.

TUTORES

René Carrasco Recabarren².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor Temuco, Temuco, Chile.
2. Médico Internista, Hospital de Angol, Angol, Chile.

PALABRAS CLAVES

Artritis reumatoide, nódulos pulmonares múltiples, derrame pleural.

barbara.garrido@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica de curso crónico. Su prevalencia oscila entre 0.5–1% en población general. La expresión clínica característica es a nivel articular, sin embargo el espectro clínico incluye compromiso extraarticular. El pulmón y la pleura son sitios frecuentes de afectación, siendo el derrame pleural habitualmente subclínico y en etapas avanzadas. Los múltiples nódulos pulmonares reumatoides son una manifestación rara de la enfermedad con una prevalencia que oscila entre 0.4% en estudios radiológicos y 32% en biopsias pulmonares.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, 50 años, con antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Ingresa por sepsis de foco cutáneo. Durante examen físico se evidencia ocupación pleural derecha asintomática. TAC de tórax demuestra moderado derrame pleural derecho, loculado. Nódulos pulmonares bilaterales, algunos cavitados (uno de ellos en ápice pulmonar), asociados a adenopatías mediastínicas. Al interrogatorio niega tabaquismo, exposición a asbesto, síntomas respiratorios, baja de peso, sudoración nocturna, artralgias, rigidez articular. Análisis de líquido pleural, destaca: exudado de predominio mononuclear, ADA 15.7 U/L. PCR para M. tuberculosis y citología negativa. Se descarta origen neoplásico en estudio con TAC de abdomen y pelvis, Mamografía, Colonoscopia y Endoscopia. Perfil reumatológico positivo para; ANA, Factor reumatoideo y Anti-CCP. Marcadores tumorales negativos. Se decide inicio de tratamiento en contexto de Artritis Reumatoide, mostrando regresión de derrame pleural y tamaño nódulos pulmonares.

DISCUSIÓN

La etiología del derrame pleural de tipo exudado mononuclear debe examinar causas neoplásicas como Mesotelioma, Linfoma y metástasis, también tuberculosis y patología reumatológica. No obstante, el hallazgo de nódulos pulmonares induce a indagar en origen neoplásico o tuberculoso, no se debe desestimar otras unidades diagnósticas, si bien la mayoría de casos de AR predominan los síntomas articulares, dicha patología es multisistémica.

CONCLUSIÓN

Es relevante ampliar hipótesis diagnósticas, considerando presentaciones clínicas infrecuentes de la AR, logrando tratamiento temprano y mejor pronóstico.

COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA ADQUIRIDA EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Camila Lillo¹,
Diego Valdés¹,
Bárbara Garrido¹,
Valentina Garrido¹.

TUTORES

Carlos Venegas².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Enfermedad de la piel;
hipertensión; diabetes
mellitus; biopsia.

camila.lillo.03@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La colagenosis perforante reactiva (CPR) es una rara enfermedad de la piel caracterizada por eliminación transepidérmica de colágeno alterado. Puede ser adquirida o hereditaria. Es más frecuente en mujeres. Se manifiesta por el desarrollo de numerosas pápulas y nódulos con tapones hiperqueratósicos de distribución generalizada, muy pruriginosos, que remiten espontáneamente en 6 a 8 semanas, con cambios post inflamatorios. Se asocia a patologías sistémicas. El diagnóstico es histológico. El tratamiento consiste en estabilizar las enfermedades subyacentes y alivio sintomático.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado, se presenta caso de paciente femenina de 62 años, hipertensa, evaluada por dermatología por dermatosis en tórax posterior y extremidades, de un año de evolución, caracterizada por placas liquenificadas, eritemato-violáceas, de 5-10 mm, muy pruriginosas, con múltiples cicatrices atróficas. La biopsia informó alteraciones morfológicas sugerentes de colagenosis perforante. Se indicó tratamiento con clobetasol, urea y desloratadina, con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN

La CPR es una patología rara. Las lesiones cutáneas se presentan en diferentes etapas, el diagnóstico diferencial es difícil, y frente a la sospecha clínica, debe ser siempre respaldado por histopatología. Generalmente se asocia a enfermedades sistémicas como diabetes mellitus (DM), insuficiencia renal crónica (IRC), insuficiencia cardíaca e incluso neoplasias malignas. La única patología en este caso que podemos asociar a CPR es la hipertensión arterial. No existe una terapia estándar, por lo que se combinan agentes queratolíticos tópicos, corticosteroides, emolientes o retinoides, dependiendo de cada caso.

CONCLUSIÓN

La CPR es una patología rara, subdiagnosticada, asociada frecuentemente a múltiples patologías sistémicas crónicas, las más importantes son DM e IRC. En este caso la única asociación encontrada fue con hipertensión arterial. Frente a un paciente con lesiones de características similares a las descritas, debemos considerar CPR como diagnóstico diferencial, y realizar diagnóstico confirmatorio con biopsia. El objetivo del tratamiento es disminuir la sintomatología.

TIFUS DE LOS MATORRALES COMO INFECCIÓN ENDÉMICA EN CHILE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Catalina Muñoz¹,
Clemente Poblete¹,
Vicente Poblete¹,
Isidora Held¹.

TUTORES

María Carolina Ramírez².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad San
Sebastián, Puerto
Montt, Chile.
2. Médico internista,
Hospital Base de
Puerto Montt, Puerto
Montt, Chile.

PALABRAS CLAVES

Orientia tsutsugamushi,
Enfermedades
transmitidas por vectores,
Tifus por Ácaros

cata.m1598@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El tifus de los matorrales es una enfermedad endémica potencialmente mortal causada por bacterias del género *Orientia*, transmitidas por ácaros. Es endémica de Asia-Pacífico, sin embargo, existen especies bacterianas del género *Orientia* en Chile. Se presentará el caso de un paciente con tifus de los matorrales.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino, 60 años, antecedentes de enfermedad renal crónica en hemodiálisis e hipertensión arterial, residente de Panitao, décima región, trabaja en recolección de leña. Consulta por cuadro de fiebre intermitente de hasta 39°C de 2 semanas, asociado a lesión cutánea tipo escara de 1 cm de diámetro con costra central oscura y halo eritematoso en antebrazo derecho, decaimiento, cefalea y mialgias a lo que se agrega exantema maculopapular en cara, tórax y extremidades, no pruriginoso. Se pesquisa hemoglobina 10.7 g/dL, leucocitos 6.000/mm³, segmentados 58.8% y linfocitos 31.3%, trombocitopenia 84.000/mm³ y proteína C reactiva 12.9 g/dL. Hemocultivos periféricos I y II negativos a los 5 días.

Se sospecha de tifus de los matorrales, se inicia antibiótico empírico con doxiciclina. Se toma muestra de escara y sangre para envío a laboratorio, donde se objetiva Reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) para *Orientia* spp. positivo. Control ambulatorio: Con buena respuesta a tratamiento antibiótico, Asintomático. Con normalización de hemograma y parámetros inflamatorios.

DISCUSIÓN

El tifus de los matorrales es una enfermedad potencialmente mortal transmitida por ácaros, causada por bacterias del género *Orientia*. En Chile existen bacterias del género *Orientia* capaces de generar la enfermedad, lo que vuelve necesario el conocimiento del cuadro clínico por parte del personal médico.

CONCLUSIÓN

Es importante el conocimiento del tifus de los matorrales, enfermedad altamente mortal con incidencia en aumento en Chile para poder ofrecer un tratamiento precoz y oportuno, sobre todo en regiones de mayor riesgo.

BIFOSFONATOS COMO TRATAMIENTO DE Distrofia Ósea en Neurofibromatosis, Reporte de Caso y Revisión de Literatura.

AUTORES

María Isidora Navarro¹,
José Manuel Gutiérrez¹,
Santiago Weinborn¹.

TUTORES

Maritza Lazarraga².

AFILIACIONES

1. Estudiante,
Universidad de
Valparaíso, Valparaíso,
Chile.
2. Médico Cirujano,
Universidad de
Valparaíso, Valparaíso,
Chile.

PALABRAS CLAVES

Neurofibromatosis 1,
Cifosis, Enfermedades
Óseas, Bifosfonatos

maria.navarro@alumnos.uv.c
l



INTRODUCCIÓN

La neurofibromatosis (NF) es un trastorno genético que genera múltiples tumores en los tejidos nerviosos. Existen tres tipos: NF1, NF2 y la schwannomatosis. La NF1 se caracteriza por presentar manifestaciones cutáneas, nerviosas y musculoesqueléticas. La cifosis cervical distrófica relacionada con NF1, si progresa naturalmente sin tratamiento, puede resultar en una mayor progresión de la deformidad y déficits neurológicos graves, incluyendo mielopatía y parálisis potencialmente mortal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 25 años, sexo masculino, con antecedente de NF1 y cirugía de fijación cervical anterior y posterior de C2 a C6 con injertos óseos. Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de control constata adelgazamiento de injerto óseo por posible ectasia dural. Se determina que nueva cirugía de fijación es inviable al no tener puntos de apoyo óseos, por lo que se decide tratamiento experimental con bifosfonatos para tratar de evitar la progresión del adelgazamiento del injerto.

DISCUSIÓN

Las deformidades óseas desarrolladas en NF1 son una manifestación frecuente. El reconocimiento temprano de los signos radiológicos de distrofia ósea es de suma importancia ya que se deben abordar quirúrgicamente para evitar su avance. Sin embargo, es importante explorar opciones farmacológicas en caso de progresión cuando una segunda cirugía no es viable. Se plantea el uso de calcio y vitamina D asociado a bifosfonatos para incrementar la densidad mineral ósea inhibiendo la resorción de hueso. Si bien no hay evidencia de su uso en distrofia ósea en NF1, al no poder realizar un abordaje quirúrgico, estos pueden ser la única alternativa para prevenir el daño óseo progresivo y sus consiguientes consecuencias incluso mortales.

CONCLUSIÓN

La NF1 actualmente no tiene cura, por lo que se presenta un caso para aumentar el conocimiento de distrofia y adelgazamiento óseo en pacientes con NF1 de difícil resolución quirúrgica con terapias farmacológicas alternativas para prevenir su progresión.

MELANOMA MUCOSO EN CAVIDAD ORAL, LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ESTUDIOS ADICIONALES Y SEGUIMIENTO.

AUTORES

Constanza Alarcón¹,
Víctor González²,
Sebastián Astroza²
Felipe Campos³.

TUTORES

Carla Arias⁴.

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Melanoma, Mucosa Bucal, Neoplasias Cutáneas.

conialarcon.a@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El melanoma de la mucosa oral (MMO) es una neoplasia infrecuente, con una prevalencia del 0,2% al 0,8% de todos los melanomas. Su principal localización es en paladar duro. Posee un alto riesgo de morbimortalidad asociado al diagnóstico tardío y expansión o metástasis temprana. También se destaca la dificultad en la resección quirúrgica a nivel de mucosas debido a los márgenes requeridos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta caso de MMO y su manejo, con consentimiento de la paciente. Paciente femenina de 68 años con antecedente de cáncer de mama y melanoma cutáneo. Presentó lesión en cara interna de labio superior de un mes de evolución, 1,5 centímetros de diámetro, nodular, ovalada, parda negruzca, asociada a múltiples lesiones satelitales en paladar. Biopsia incisional: melanoma de la mucosa oral de tipo nodular.

Se realizó resección oncológica, biopsia de linfonodo centinela y mucosectomía de paladar, sin complicaciones. Biopsia excisional: Breslow V, infiltración hasta dermis reticular IV, sin invasión vascular ni linfática, márgenes negativos, pT4b NO. Se continuó seguimiento con PET-CT y controles clínicos seriados, sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

La detección temprana de los MMO juega un papel crucial en la sobrevida. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la sospecha clínica surge ante la presencia de un compromiso extenso local o a distancia. En estos casos, el tratamiento ideal implica la extirpación quirúrgica del tumor con márgenes de resección de al menos 2 centímetros. Además, se recomienda la realización de estudios adicionales para evaluar la necesidad de adyuvancia con el fin de reducir las posibilidades de recidiva.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico precoz y el manejo adecuado por especialidad, marca un precedente en la mortalidad de los pacientes afectados por un MMO. Se recalca que la combinación de la extirpación quirúrgica, el uso de estudios adicionales y el seguimiento a largo plazo, contribuye a mejorar la supervivencia.

NEFROPATÍA ASOCIADA A CILINDROS BILIARES, A PROPÓSITO DE UN CASO DE COLANGITIS AGUDA.

AUTORES

Catalina Solís¹,
Verónica Pulgar¹,
Paulina Zárate¹,
Nicole López¹.

TUTORES

Catalina Fuentes².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Colangitis,
Hiperbilirrubinemia,
Nefropatía.

c.solis05@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La nefropatía por cilindros biliares (NCB) causa injuria renal aguda en contexto de hiperbilirrubinemia, provocando efecto tóxico sobre células túbulorrenales, obstrucción de nefronas con cilindros biliares (CB) e hipoperfusión renal. Existen pocos casos reportados, sin pautas de tratamiento. Se presenta caso de NCB en contexto de colangitis severa, demostrando mejoría clínica con manejo de etiología primaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón 68 años, antecedente de colecistocolitiasis, consultó por dolor en hipocondrio derecho asociado a coluria e ictericia. Al laboratorio destacó bilirrubina total y directa 45/36 mg/dL, parámetros inflamatorios (PI) elevados y función renal normal. Imágenes revelaron colecistocolitiasis obstructiva. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), sin embargo, persistió icterico, presentó hipotensión, oliguria, aumento de PI, bilirrubina estacionaria, creatinina 5,03 mg/dL, sedimento urinario (SU) con uratos amorfos y cristales de bilirrubina. Se inicia terapia con fluidos, nueva ERCP, inserción de prótesis biliar y colecistectomía laparoscópica, respondiendo favorablemente con descenso de bilirrubina, creatinina y PI, SU normal. Se explica importancia del caso y evolución para presentación en comunidad científica.

DISCUSIÓN

La NCB se produce por elevación de niveles de bilirrubina: ictericia obstructiva, hepatitis inducida por fármacos, hepatitis viral aguda, entre otros. La biopsia renal confirma diagnóstico mediante la presencia de CB, otro hallazgo orientador es la presencia de cristales biliares en orina. Identificarla es primordial para lograr objetivo terapéutico: disminuir niveles de bilirrubina. El caso evidencia que la terapia con fluidos asociado al adecuado drenaje de la vía biliar permite la disminución de bilirrubina y mejoría de función renal, sin requerimiento de terapia de reemplazo renal.

CONCLUSIÓN

La sospecha clínica y diagnóstico precoz permiten un manejo oportuno. Niveles de bilirrubinemia, creatininemia y presencia de cristales biliares en SU son de utilidad. No existen pautas de tratamiento establecidas, las terapias de soporte son necesarias, sin embargo, es clave la resolución de etiología primaria para proveer una respuesta favorable.

OSTEOSÍNTESIS DE FÉMUR PROXIMAL MEDIANTE CLAVO INTRAMEDULAR: UN TRATAMIENTO “PROFILÁCTICO” EN DISPLASIA FIBROSA.

AUTORES

Víctor González¹,
Constanza Alarcón¹,
Elías Faúndez¹,
Juan De La Fuente¹.

TUTORES

Francisco Soto².

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Traumatólogo, Servicio de Traumatología Infantil, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

PALABRAS CLAVES

Displasia fibrosa ósea, Fijación intramedular de fracturas, Fracturas proximales del fémur.

vegonzalezg95@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La displasia fibrosa (DF) es una enfermedad del tejido óseo en crecimiento que afecta a uno o más huesos largos, poco frecuente, causada por alteraciones genéticas. Se considera como una lesión pseudotumoral benigna del esqueleto que se presenta causando dolor o fracturas espontáneas. El diagnóstico se realiza mediante radiografía (Rx) con un patrón de vidrio esmerilado o una lesión en “perforación”.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un caso incidental de DF, con consentimiento informado y su manejo quirúrgico preventivo. Paciente femenina, 12 años, sin antecedentes, consultó por cuadro de coxalgia izquierda de 1 año de evolución, que se acentuó posterior a realizar actividad física moderada-severa. Se solicitó Rx anteroposterior de pelvis y Rx cadera anteroposterior y axial: lesión expansiva de la metáfisis izquierda, de aspecto no agresivo de 8 por 5 centímetros. Estudio complementario con resonancia magnética nuclear (RMN): lesión ósea de aspecto no agresivo del fémur proximal izquierdo que ensancha la metáfisis y adelgaza cortical, impresiona DF. Biopsia concluyó lesión compatible con DF. Se realizó osteosíntesis de fémur izquierdo: se instaló clavo TFN Synthes de 235 milímetros (mm) de largo, 10 mm diámetro, 135° ángulo cervicodiafisario y clavo cefálico 90mm, posición adecuada en todas las proyecciones, sin complicaciones y evolución favorable.

DISCUSIÓN

Al presentarse un paciente con DF, su evaluación y manejo se realiza de forma individualizada según el tipo de lesión que presente y las molestias que posea: deformidad evidente, fractura de hueso patológico o dolor excesivo. No obstante, se describe que la gran mayoría de los pacientes no requieren manejo quirúrgico, sino solo seguimiento.

CONCLUSIÓN

En este caso, se describe el manejo de la displasia fibrosa de cadera con fijación interna, como una opción válida y efectiva a considerar para disminuir el riesgo de fractura de cuello y controlar el dolor, permitiendo una rehabilitación temprana asociada a seguimiento a largo plazo.

ELEVACIÓN SIGNIFICATIVA DE TRANSAMINASAS INDUCIDA POR EJERCICIO FÍSICO. REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Diego Echeverría¹,
Martina Morales¹.

TUTORES

Gonzalo Echeverría².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Transaminasas, Ejercicio Físico, Daño Hepático Inducido por Medicamento

m.morales18@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La elevación de transaminasas en pacientes asintomáticos representa un desafío diagnóstico, ya que múltiples etiologías pueden estar involucradas, y aun cuando la causa más frecuente es de origen hepático, es relevante considerar la existencia de otras etiologías extrahepáticas para su estudio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Previo consentimiento informado. Paciente masculino, 22 años de edad, asintomático, con antecedentes de Trastorno por Déficit de Atención tratado con metilfenidato clorhidrato 27 mg/día desde hace tres meses, niega hábitos tóxicos, sin otras comorbilidades. En control de exámenes se evidencia elevación de Aspartato aminotransferasa (GOT) a 355 U/L, Alanina aminotransferasa (GPT) a 238 U/L, Lactato Deshidrogenasa (LDH) a 593 U/L y Creatinina en valores normales (0,97 mg/dL). Se suspende metilfenidato clorhidrato para descartar sospecha de daño hepático inducido por medicamentos, y el ejercicio físico por sospecha de Hipertransaminasemia inducida por ejercicio (HIE), ya que el paciente reporta ejercicio físico intenso días previos a la toma de exámenes. A los tres días se evidencia que la GOT, GPT y LDH disminuyeron significativamente a 71 U/L, 131 U/L y 205 U/L respectivamente, y también valores elevados de Creatinquinasa (CK) a 1765 U/L, respaldando el diagnóstico de HIE; el resto de resultados se mantuvieron en rangos normales.

DISCUSIÓN

Debido a la variedad de causas de la elevación de transaminasas (siendo según la literatura más frecuentes las de origen hepático), este reporte de caso resalta la relevancia de considerar la HIE como una potencial causa de esta elevación en pacientes jóvenes aparentemente sanos sometidos a entrenamientos físicos intensos y el valor diagnóstico de la CK.

CONCLUSIÓN

Frente al hallazgo de hipertransaminasemia se debe realizar una anamnesis exhaustiva en pacientes asintomáticos, en especial sobre la historia de actividad física, y también un seguimiento clínico adecuado con análisis de laboratorio para evitar diagnósticos erróneos y procedimientos innecesarios.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A DEBUT TARDÍO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Rocío Danton¹,
Matías Fica¹,
Freddy Gertner²,
Khatalina Muñoz².

TUTORES

Fernanda Carreño³.

AFILIACIONES

1. Estudiante, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Interno, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
3. Cirujana Pediatra, Universidad de La Frontera/Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Hernias Diafragmáticas Congénitas, Diagnóstico Tardío, Obstrucción Intestinal

m.fica03@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC), se produce por un defecto en la formación del diafragma, el cual permite el ascenso de vísceras abdominales a la cavidad torácica. Su incidencia es de 3-5:10000 recién nacidos vivos. Suele asociarse a hipoplasia pulmonar, pudiendo desencadenar distrés respiratorio severo con potencial mortalidad. A pesar de que en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza de forma prenatal mediante ecografía, un porcentaje variable del 3% al 30% se diagnostican incidentalmente después del periodo neonatal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta caso de paciente de tres meses de edad, masculino, sin antecedentes prenatales, sano. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de vómitos biliosos e irritabilidad. Al examen físico destaca abdomen levemente distendido, ruidos hidroaéreos escasos y murmullo pulmonar disminuido en base izquierda. Exámenes de laboratorio normales, se realiza ecografía abdominal que muestra cámara gástrica distendida, por lo anterior se solicita radiografía de abdomen y tórax que muestra gran cama gástrica con escaso aire en intestino distal y hemitórax izquierdo completamente velado. En este contexto se pide ecografía donde impresionan asas intestinales en hemitórax, se complementa estudio con TAC que muestra obstrucción intestinal secundaria a HDC izquierda. Se realiza laparotomía exploratoria logrando reducción de asas a cavidad abdominal, evidenciando además malrotación intestinal asociada y cierre primario del defecto diafragmático. Paciente evoluciona favorablemente, y es dado de alta al segundo día postoperatorio asintomático.

DISCUSIÓN

Si bien la HDC es un defecto congénito relativamente frecuente dentro de la población quirúrgica pediátrica, comúnmente se presenta con distrés respiratorio en las primeras horas o días de vida, siendo poco frecuente la sola presentación de obstrucción intestinal tardía, como el presente caso.

CONCLUSIÓN

Resulta importante tener en consideración a la HDC dentro los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal del lactante, además de otros cuadros clásicos como invaginación intestinal o estenosis hipertrófica del píloro.

ABSCESO TUBOOVÁRICO EN PACIENTE HISTERECTOMIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Nicole López¹,
Felipe Fariás¹,
Sebastián Fernández¹,
Verónica Pulgar¹.

TUTORES

Juan Espinoza².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Absceso tuboovárico,
Dolor abdominal,
Anexectomía

n.lopez03@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Un absceso tuboovárico (ATO) es una masa inflamatoria que afecta a las tubas uterinas, ovarios y muy ocasionalmente órganos adyacentes. Requiere un diagnóstico precoz y oportuno ya que puede asociarse a complicaciones como sepsis, shock séptico y a largo plazo dolor pélvico crónico e infertilidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 45 años, primípara, hysterectomizada hace 7 años, hipertensa crónica. Consulta en Urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de dolor epigástrico asociado a fiebre y disuria. Ingresa hemodinámicamente estable, taquicárdica, febril, abdomen doloroso, Blumberg esbozado. En exámenes de laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados, anemia leve, sin otras alteraciones. Ecografía transvaginal informa: ovario derecho (OD) con cuerpo lúteo, hacia lateral masa heterogénea que desplaza OD. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis informa: absceso tuboovárico, posible origen anexial, asociado a cambios apendiculares inflamatorios. Ingresa a laparotomía exploradora identificando ciego sano, plastrón anexial derecho con cavidad abscedada, se realiza anexectomía derecha. Es dada de alta posterior a favorable evolución clínica.

Firma consentimiento informado para reportar caso clínico.

DISCUSIÓN

El ATO suele ser una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica causada por ascenso de microorganismos patógenos. Menos frecuentemente se asocia a procesos inflamatorios-infecciosos contiguos (apendicitis, diverticulitis, colitis) o diseminación hematógena. No fue posible identificar ninguna de estas causas en el caso expuesto. El desarrollo de ATO en una mujer hysterectomizada es un hallazgo poco frecuente, sin embargo, existen reportes de casos que describen este diagnóstico hasta 16 años posterior a la hysterectomía. Clínicamente se manifiesta con una masa anexial, fiebre, dolor abdominal-pélvico bajo y/o flujo vaginal; sin embargo, las presentaciones pueden ser muy variables, y presentar síntomas inespecíficos, como fue la presentación de esta paciente.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser poco frecuente, se debe considerar el diagnóstico de ATO como diagnóstico diferencial de una paciente con dolor abdominal, incluso con el antecedente quirúrgico de hysterectomía.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON EMBOLIA SÉPTICA EN PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO.

AUTORES

Francisca Muñoz C.¹,
Francisca Pinto M.¹,
Javiera Guerrero M.¹,
Ignacio Olivares L.².

TUTORES

María Figueroa O³.

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Endocarditis bacterial,
Brain Abscess,
Streptococcus Anginosus.

i.olivares02@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa es la colonización y proliferación de microorganismos en el endocardio, siendo más común de válvulas izquierdas, con una presentación clínica muy variable, inclusive mortal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, 48 años, sin antecedentes, historia de 2 meses, fatiga progresiva, mialgias, sudoración nocturna y baja de peso (12 kgs). Consulta porque últimas dos semanas se agrega compromiso de conciencia cualitativo, un episodio de relajación de esfínter y síncope. Destacaba al examen físico soplo mitral III/VI, I esiones de janeway en dedos de las manos y nódulo de osler en palma derecha, parámetros inflamatorios elevados, hematuria microscópica y ecoscopia con imagen hiperecogénica en velo mitral. Se hospitaliza para manejo antibiótico de endocarditis infecciosa en válvula nativa, toma de hemocultivos positivos a Streptococcus anginosus.

Durante la hospitalización presenta crisis convulsiva, TC de cerebro mostraba múltiples lesiones compatibles con abscesos cerebrales. Además se estudia con TAC TAP con defectos de perfusión renal compatibles con infarto y ecocardiograma compatible con endocarditis de válvula mitral y aurícula izquierda, lo cual es muy infrecuente. Evoluciona con déficit neurológico focal, se realiza RNM; múltiples lesiones sugerentes de abscesos con mínimo componente hemorrágico. Se realiza cirugía de recambio valvular con prótesis biológica. Paciente evoluciona favorablemente manteniendo terapia con neurolépticos y antibióticos por 8 semanas.

DISCUSIÓN

La endocarditis infecciosa subaguda muchas veces no tiene un factor causal claro y en otras ocasiones es causada por cocos grampositivos, entre ellos el grupo Viridans donde pertenece Streptococcus Anginosus. Estos microorganismos se asientan en válvulas con patología previa por más de 6 semanas aunque no suelen embolizar.

CONCLUSIÓN

La endocarditis infecciosa sigue siendo un desafío diagnóstico. En general, se debe considerar el diagnóstico de endocarditis infecciosa en todos los pacientes con sepsis o fiebre de origen desconocido en presencia de factores de riesgo sin embargo también tener alta sospecha ante presentación típica aun en pacientes sin patología cardíaca u otro factor de riesgo previo.

SÍNDROME DE MIRIZZI Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Constanza Colville¹,
Francisca Colville¹,
Benjamín Lobos¹.

TUTORES

Mario Colville².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Oclusión intestinal; íleo
biliar; Fístula
colecistoduodenal;
Síndrome de Mirizzi

c.colville01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación rara de colecistitis, caracterizada por cálculos que impactan en el conducto cístico, asociado a procesos inflamatorios que conducen a la formación de una fístula entre la vesícula y órganos vecinos (duodeno, colon, etc.). En este trabajo presentamos un caso de fístula colecistoduodenal asociada a íleo biliar, es decir, SM tipo Vb resuelto por laparoscopia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 68 años, con antecedentes de colelitiasis y asma, consulta en servicio de urgencia por cuadro compatible con obstrucción intestinal, iniciándose manejo médico y realizándose TAC abdominal, en que impresiona íleo biliar (tríada de Rigler: neumobilia, lito biliar ectópico y dilatación de asas). Por lo que se realiza laparotomía exploratoria infraumbilical con enterotomía, extracción y rafia primaria. Sin cirugía biliar, por ausencia de síntomas en postoperatorio.

Se toma consentimiento informado para caso clínico.

DISCUSIÓN

El SM es una complicación que aparece en el 1% de los pacientes con colelitiasis, pudiendo presentarse asociado a íleo biliar y siendo una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Sin embargo, presenta una tasa de mortalidad 4.5- 25% debido que 50% son diagnosticados durante laparotomía exploradora, aun cuando en este tipo de casos se prefiere realizar el manejo mediante enterotomía (menor morbimortalidad) y con un manejo conservador de fistulas (50% cierran espontáneamente).

La atención debe centrarse en el estado del paciente y el tratamiento médico de la obstrucción intestinal, así como realización de TAC abdominal, ya que, realizado el diagnóstico, se indica exploración.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar secundario a fístula colecistoduodenal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal y requiere de alta sospecha diagnóstica. El Gold standard para diagnóstico es un TAC abdomen; sin embargo, no siempre se identifican signos patognomónicos en este, por lo que es importante reconocer signos sugerentes de oclusión mecánica de manejo quirúrgico, para una intervención oportuna.

SÍNDROME DIARREICO CRÓNICO SECUNDARIO A INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Maximiliano Lagunas¹,
Miguel Calderón²,
Tamara González¹

TUTORES

Marcela Olguín³

AFILIACIONES

1. Interno de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
2. Interno de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
3. Médico cirujana, becada medicina interna, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Inmunodeficiencia común variable, diarrea crónica, inmunodeficiencias

maximilianolagunas@ug.uchile.cl



INTRODUCCIÓN

La inmunodeficiencia común variable (IDCV) se caracteriza por la disfunción de las células B y producción deficiente de inmunoglobulinas. A nivel nacional, la prevalencia de inmunodeficiencias primarias es de 1 cada 58.000 habitantes. “Variable” hace referencia a manifestaciones clínicas diversas, destacándose el síndrome diarreico (SD) crónico, definido como disminución de consistencia y/o aumento de frecuencia de las deposiciones durante cuatro semanas, posee causas infecciosas, autoinmunes o neoplásicas; en la IDCV está presente en el 10-20%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 24 años, con antecedente de IDCV. Cuadro de un año de evolución caracterizado por episodios de diarrea intermitente, sin elementos patológicos, asociado a dolor hipogástrico, que se atenúa con antiespasmódicos. Niega fiebre, pujo y tenesmo rectal, náuseas y vómitos. Agrega palpitations y parestesias de miembros inferiores por lo que consulta. Ingresa hipotenso, taquicárdico y afebril. En estudio inicial destaca hipokalemia severa (1.9 mEq/L), electrocardiograma con onda U y QTc prolongado, parámetros inflamatorios bajos. Se hospitaliza para estudio y manejo. Del estudio etiológico: film array de deposiciones, coprocultivo, parasitológico seriado, toxinas de Clostridium, virus de inmunodeficiencia humana, virus hepatotropos, sífilis, estudio reumatológico, negativos. Leucocitos fecales positivos. Inmunoglobulina A disminuida. Colonoscopia informa proctitis inespecífica, biopsia describe enterocolitis crónica secundaria a inmunodeficiencia. Se realiza manejo acorde, con buena respuesta.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de IDCV es de exclusión, considera infecciones, autoinmunidad o linfoproliferación, junto con inmunoglobulinas disminuidas. En el SD crónico, el estudio etiológico debe considerar las características del cuadro, comenzando con laboratorio general y microbiológico, que de ser negativo, continúa con estudios adicionales tales como la colonoscopia.

CONCLUSIÓN

La IDCV puede manifestarse con el SD, pero es esencial considerar otras etiologías, que puedan requerir enfoques de manejo distintos. Se enfatiza la importancia de una estabilización inicial adecuada y evaluación exhaustiva ordenada, siendo el primer enfoque el diagnóstico sindromático.

MANEJO DE ABSCESO SACRO SECUNDARIO A HIDATIDOSIS INTRARRAQUÍDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Javiera Barahona¹,
Consuelo Mura¹,
Felipe Zambrano¹,
Vicente Casas¹.

TUTORES

Macarena Saavedra².

AFILIACIONES

1. Interno Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico cirujano, Hospital San José, Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Absceso, Sacro, Equinococosis.

javiera.barahona@usach.cl



INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis, enfermedad endémica en nuestro país, es producida por el estado larval de *Echinococcus granulosus* y se establece principalmente en áreas ganaderas. Las cifras notificadas en Chile el año 2004 corresponden a 2/100.000 habitantes. Su localización más frecuente es hepática y pulmonar. La hidatidosis ósea es infrecuente, representando un 0,5 a 2,5% de todos los casos, principalmente a nivel pélvico y espinal. Generalmente es detectada en etapas avanzadas debido a complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 66 años con antecedente de hidatidosis intrarraquídea, consulta por cuadro de 3 días de dolor lumbar y fiebre. Al ingreso se evidencia aumento de volumen fluctuante y eritema en región sacra asociado a parámetros inflamatorios elevados. RMN lumbar informa lesión quística polilobulada del tejido blando que pudiese contener material purulento asociado a compromiso intrarraquídeo. Punción en Urgencias evidencia salida de contenido purulento. Se hospitaliza para aseo quirúrgico con drenaje de absceso. Intraoperatorio evidencia salida de abundante contenido amarillento grumoso y cápsula de 5mm de grosor con numerosas microvesículas transparentes de 0.5mm, compatible con quiste hidatídico. Se decide alta con seguimiento por Neurocirugía y Alivio del dolor. Paciente firma consentimiento informado para presentar caso.

DISCUSIÓN

La hidatidosis ósea es una patología infrecuente y la evidencia con respecto al manejo de sus complicaciones es aún menor. La escasa bibliografía recopilada sobre el manejo de absceso secundario a quiste hidatídico óseo data de hace 40 años y menciona que el tratamiento corresponde a drenaje del absceso con posterior escisión del quiste, o en algunos casos, sólo tratamiento paliativo.

CONCLUSIÓN

Al ser una localización inusual, existe poca evidencia sobre el manejo de sus complicaciones y outcomes asociados, lo que obliga a decidir caso a caso y de manera empírica. Se requiere un mayor reporte de resolución de casos para contar con mayor evidencia.

QUISTE DEL COLÉDOCO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA EN EDAD ADULTA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Consuelo Mura¹,
Javiera Barahona¹,
Felipe Zambrano¹,
Vicente Casas¹.

TUTORES

Macarena Saavedra².

AFILIACIONES

1. Interno Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico cirujano, Hospital San José, Santiago, Chile

PALABRAS CLAVES

Quiste del colédoco,
Colangiocarcinoma,
Colangiopancreatografía
Retrógrada Endoscópica,
Coledocolitiasis.

consuelo.mura@usach.cl



INTRODUCCIÓN

Los quistes de colédoco corresponden a dilataciones congénitas de la vía biliar y comprenden el 1% de las patologías biliares benignas. Generalmente se presentan en edades pediátricas, con una incidencia global estimada en 1 por cada 150.000 nacimientos. Un 20% de los casos se diagnostican en la adultez, con predominio del sexo femenino. Suelen presentarse con cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho asociado a ictericia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años consulta por dolor abdominal tipo cólico de 1 mes de evolución en hipocondrio derecho que no cede a analgesia, asociado a náuseas y vómitos. Acude con ecografía abdominal extrasistema que informa dilatación de la vía biliar. Se hospitaliza y se realiza colangiografía que evidencia coledocolitiasis, coledocolitiasis y quiste del colédoco. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica informa gran quiste del colédoco probablemente tipo IV, se realiza papilotomía e instalación de prótesis biliar. Debido a la gran demanda quirúrgica, se decide alta y se programa reingreso para intervención quirúrgica diferida, resolución aún pendiente. Paciente firma consentimiento informado para presentación de caso clínico.

DISCUSIÓN

El manejo, las complicaciones y el pronóstico difieren entre la presentación en edades pediátricas y adultas. Esta última muestra mayores complicaciones, siendo la más relevante el mayor porcentaje de progreso a colangiocarcinoma, sobre todo los tipos I y IV. Se recalca la importancia de realizar un manejo quirúrgico precoz según el tipo de quiste, sin embargo, en la mayoría el tratamiento de elección es la escisión completa del quiste con hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, lo cual ha demostrado una supervivencia por sobre un 95,5% a los 5 años.

CONCLUSIÓN

Los quistes de colédoco son de diagnóstico infrecuente en la edad adulta, por lo que se requiere un alto nivel de sospecha, diagnóstico con técnicas de imagen adecuadas y un tratamiento quirúrgico precoz.

AVULSIÓN DE LA PLACA VOLAR; COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TRAUMATISMOS DIGITALES.

AUTORES

Víctor González¹,
Florencia Harvey¹,
Antonia Neira¹,
Masiel Salinas¹.

TUTORES

Anita Salas².

AFILIACIONES

1. Interno de medicina,
Universidad Católica
del Maule, Talca, Chile.
2. Médico general,
residente radiología,
Universidad Autónoma
de Talca, Talca, Chile.

PALABRAS CLAVES

Placa volar, Articulación,
Ultrasonografía.

f.harvey.stela@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Las lesiones de la placa volar de los dedos se producen usualmente en pacientes jóvenes en el contexto de traumatismos digitales que involucren hiperextensión.

Se pueden observar esguinces, roturas o fracturas avulsivas en función de la violencia del traumatismo.

Ecográficamente, se observa una pérdida de la morfología triangular y una disminución de la ecogenicidad, asociándose en casos más graves a solución de continuidad de esta o evidencia de fragmentos óseos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes mórbidos, que tras un traumatismo directo en el dedo índice derecho con hiperextensión, se indica estudio con radiología simple, descartando una fractura, tras persistencia de la impotencia funcional, se indica estudio ecográfico por sospecha de esguince del ligamento colateral del dedo, (Anexo 1), donde se identifica una solución de continuidad de la placa volar de la articulación interfalángica (IFP) asociado a engrosamiento sinovial de la articulación. Actualmente, el paciente se encuentra con dificultad para el agarre y engrosamiento del dedo a nivel de la articulación IFP. Dentro de las consideraciones éticas incluidas en este trabajo, el paciente aprobó exponer su caso mediante la firma de un consentimiento informado.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de las lesiones de la placa volar ha aumentado debido a la mayor indicación de ultrasonografía. Esto ha facilitado realizar un tratamiento fisioterapéutico oportuno para prevenir las futuras complicaciones derivadas de esta.

CONCLUSIÓN

Por medio de este reporte de caso, los autores comprenden que la ecotomografía permite estudiar a cabalidad los traumatismos digitales, siendo necesario conocer su amplio abanico de posibilidades diagnósticas, que no solo se limita a fracturas o lesiones tendinosas, para así tomar decisiones oportunas sobre derivación, seguimiento y pronóstico.

PANCOLITIS ASOCIADA A SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTORES

Javier Berrios¹,
Bruno Henriquez¹,
Alejandro Martínez¹,
Carolina Sepulveda².

TUTORES

Gary Obando³.

AFILIACIONES

1. Interno Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Estudiante Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Médico Especialista en Pediatría, Universidad Mayor, Victoria, Chile.

PALABRAS CLAVES

Colitis, Síndrome Hemolítico urémico, Trombocitopenia.

Alejandro.martinezc@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome urémico hemolítico (SHU) es una condición severa caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda (IRA). Habitualmente se asocia a infección bacteriana por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga. Es una de las principales causas de IRA en pacientes pediátricos. Las manifestaciones gastrointestinales suelen ser menos comunes, pero no por eso menos deletéreas y, por lo tanto, pueden cambiar el curso de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 5 años sin antecedentes mórbidos. Vacunas al día. Inicia cuadro caracterizado por fiebre, vómitos y deposiciones líquidas que evolucionan a sanguinolentas en 24 horas. Consulta en urgencia donde es hospitalizado, se realiza Film array en deposiciones (+) para *e. Coli* O157 productora de toxina Shiga. Evoluciona con anemia, trombocitopenia, IRA y oliguria. Se diagnostica SHU. Se decide traslado a centro de salud terciario para eventual terapia de reemplazo renal. Ecografía abdominal informa: pancolitis en progresión y nefropatía bilateral. Se presenta caso a cirugía infantil que decide conducta expectante. Se maneja inicialmente con peritoneodiálisis, antibioticoterapia y medidas de soporte. Paciente evoluciona favorablemente, por lo que previamente se firma consentimiento informado y es dado de alta. Paciente continúa con pancolitis 1 mes post-alta, por lo que se mantuvo en controles con especialidad.

DISCUSIÓN

El 20% de los casos de SHU pueden evolucionar hacia complicaciones extrarrenales, incluyendo patologías gastrointestinales graves como megacolon tóxico, perforación colónica o colitis crónica. En este caso particular, con inflamación intestinal prolongada, se realizó un adecuado seguimiento estricto y continuo para prevenir futuras complicaciones y preservar la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN

Las manifestaciones extrarrenales son comunes en el SHU, dentro de estas las gastrointestinales pueden llevar a un cuadro más severo, además de tener posibles repercusiones a largo plazo, por lo que un manejo adecuado, además de un seguimiento estricto ayuda a mejorar el pronóstico del paciente.

MANEJO MÉDICO EN DISECCIÓN AÓRTICA STANFORD A OLIGOSINTOMÁTICA: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Lene Troncoso¹,
Dayanara Serrano¹,
Gian Pezzolla¹,
Nicolás Marin¹

TUTORES

Diego Osorio²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina
7ºmo año, Universidad
de Chile, Santiago,
Chile.
- 2.² Médico Cirujano,
Universidad de Chile,
Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Dissección aórtica, Manejo,
Diagnóstico temprano.

lenetroncoso@ug.uchile.cl



INTRODUCCIÓN

El síndrome aórtico agudo agrupa enfermedades con características clínicas similares y alto riesgo vital, como la disección aórtica (DA), hematoma intramural y úlcera aterosclerótica penetrante.

El diagnóstico y manejo depende del grado de compromiso aórtico y la ubicación de la lesión. La clasificación más utilizada es la de Stanford, esta distingue los tipos A (aorta ascendente) y B (aorta descendente).

Avances recientes en el tratamiento y técnicas de imagen, han demostrado la importancia del diagnóstico precoz. La mayoría de estos cuadros son infra diagnosticados debido a la inespecificidad de sus síntomas, asociándose a una alta morbi-mortalidad dada su ruptura y a la cirugía misma.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 67 años en situación de calle, antecedentes de DA con resolución quirúrgica en 2010, HTA y DM2. Consulta por una semana de mareos e inestabilidad de la marcha, sin otros síntomas. Al examen físico hipertenso (PA 192/121 mmHg), taquicárdico. Resto sin hallazgos. Laboratorio y electrocardiograma sin alteraciones. Se realizó AngioTC TAP, que evidencia disección aórtica aguda Stanford A, con dilatación aneurismática de la aorta toracoabdominal y extensión del flap a ambas arterias carótidas comunes y aorta abdominal. Se ingresa a UPC, donde se estabiliza y se maneja presión arterial. Equipo de cardiocirugía y cirugía vascular descartan manejo quirúrgico. Se mantiene en controles de policlínico con especialidad y manejo médico antihipertensivo, actualmente con losartán, carvedilol y amlodipino, con buena evolución.

DISCUSIÓN

La disección aórtica Stanford A se considera una urgencia quirúrgica dada su alta mortalidad. Se ha descrito que, sin tratamiento quirúrgico inmediato, la mortalidad alcanza el 20% a las 24 horas y 50% a los 30 días.

CONCLUSIÓN

En este paciente se contraindicó la cirugía dada la extensión del compromiso aórtico y el contexto social, manejándose con tratamiento médico exclusivo antihipertensivo, sin registrarse efectos adversos al seguimiento a 30 días.

CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLICÉMICA, UN CASO ILUSTRATIVO.

AUTORES

Valeria Cortés¹,
Belén Allendes¹,
Simón Muñoz¹,
María José Casassas¹.

TUTORES

José Magna².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Cetoacidosis Diabética, Inhibidores del Cotransportador de Sodio-Glucosa 2, Complicaciones de la Diabetes.

valeriacortes@ug.uchile.cl



INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética (CAD) euglicémica se define como acidosis ($\text{pH} < 7.3$ o bicarbonato sérico < 18), cetonuria o cetonemia, en presencia de glicemia < 250 mg/dL. Su incidencia ha ido en aumento desde la introducción de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 44 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial y policonsumo (alcohol y drogas), en tratamiento con losartán, metformina y empaglifozina. Consultó en el servicio de urgencias por presentar 1 semana de vómitos y dolor abdominal, al examen físico destaca taquicardia hasta 130 lpm y Blumberg esbozado. Al estudio resulta glicemia 166, hemograma, PCR y creatinina en rango normal, TC de abdomen y pelvis sin hallazgos de relevancia, por lo que es dado de alta. Reconsultó tras 12 horas por persistencia de sintomatología asociado a compromiso de conciencia en Glasgow 13, se amplía estudio en que destaca cetonuria positiva y acidosis metabólica. Se hospitaliza en UCI, inicialmente con BIC de insulina cristalina con posterior traslape a esquema basal-bolo, logrando normalización de cetonemia y un adecuado control metabólico. Se decide alta con ajuste terapéutico a insulina Lantus + vildagliptina, suspendiendo metformina y empaglifozina.

DISCUSIÓN

En la literatura se identifican diversos factores de riesgo para el desarrollo de cetoacidosis euglicémica, tales como, uso de ISGLT2, consumo de alcohol, ayuno prolongado, ejercicio físico extenuante, cirugía y trauma. Es necesario ponderar el beneficio de indicar ISGLT2 en pacientes con tales factores concomitantes para desarrollar CAD euglicémica.

CONCLUSIÓN

Este caso ilustrativo subraya la necesidad de una evolución clínica completa en usuarios de estos medicamentos, manteniendo una alta sospecha clínica de esta complicación en la presencia de los factores de riesgo descritos, para permitir un tratamiento oportuno y reducir la morbimortalidad asociada a la latencia diagnóstica de esta entidad.

INFARTO ESPLÉNICO, UNA CAUSA ATÍPICA DE DOLOR ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

AUTORES

Thomas Rudolph¹,
Valentina Contreras¹,
Pablo Aravena¹,
Constanza Carrera¹.

TUTORES

Klaus Rudolph².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Infarto esplénico, Pérdida de peso, Trastornos linfoproliferativos.

thomas.rudolph@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

El infarto esplénico corresponde al compromiso de la irrigación del bazo por oclusión arterial o venosa que conduce a isquemia y eventual necrosis, sea esta parcial o global. Comprende una causa infrecuente de dolor abdominal y hasta la actualidad su prevalencia es desconocida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 59 años sin antecedente, consultó por un cuadro de dolor abdominal en el hipocondrio izquierdo y distensión abdominal de 1 día de evolución, refractario al tratamiento analgésico ambulatorio; añadiéndose una historia de diaforesis nocturna y baja de peso significativa en el último mes, destacando en el examen físico la palpación de esplenomegalia. Se decidió estudiar con Tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que informó: Gran esplenomegalia con signos de infarto esplénico focal. Múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas, posiblemente en contexto de enfermedad linfoproliferativa. Hospitalizándose para la realización de una biopsia con intención diagnóstica, confirmándose el diagnóstico de Linfoma reticular.

DISCUSIÓN

En el abordaje del dolor abdominal, es importante considerar la posibilidad diagnóstica del infarto esplénico, porque frecuentemente puede ser la presentación de enfermedades potencialmente mortales, así como el caso del paciente quien dentro de la anamnesis refirió una historia concordante con síntomas constitucionales, que obligan a descartar una patología neoplásica subyacente, que luego fue confirmada histológicamente, y así como se describe en la literatura corresponde a uno de los factores de riesgo más frecuentes de este cuadro.

CONCLUSIÓN

El enfrentamiento de un abdomen agudo en el servicio de urgencia es siempre un desafío para el clínico, sin embargo, el mantener un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, favorecerá el ser capaz de detectar aquellas etiologías en que el lograr un diagnóstico en estadios tempranos favorecerá para instaurar un tratamiento con intención curativa y obtener los mejores resultados posibles en cuanto a pronóstico y calidad de vida del paciente.

EL INVIERNO SE ACERCA: INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR METAPNEUMOVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Javier Berrios¹,
Bruno Henriquez¹,
Alejandro Martínez¹,
Carolina Sepulveda².

TUTORES

Gary Obando³.

AFILIACIONES

1. Interno Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Estudiante Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Médico Especialista en Pediatría, Universidad Mayor, Victoria, Chile.”

PALABRAS CLAVES

INFECCION VIRAL,
INSUFICIENCIA
RESPIRATORIA,
METAPNEUMOVIRUS.

javier.berrios@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

Cada invierno, la consulta por Infecciones respiratorias agudas (IRA) suele ser el principal motivo de consulta en las urgencias del país, siendo la etiología viral la causa más común. En pacientes con cuadros severos, lograr un diagnóstico e identificación del patógeno puede en gran parte cambiar el curso del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 2 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por decaimiento, fiebre, evaluado en consultorio el cual indica tratamiento sintomático. Evoluciona con deterioro respiratorio, por lo que se traslada a centro terciario. Se decide ingreso a UTI pediátrica, se conecta a CNAF, se maneja con hidrocortisona + aerosolterapia + kinesioterapia. Cuadro persiste, por lo que se decide conectar a BIPAP con parámetros bajos, al cual se acopla de buena manera y se logra disminuir FiO₂ hasta 40%. Se realiza radiografía que impresiona infiltrados intersticiales bilaterales, sin claro foco de condensación, exámenes de laboratorio: leve leucocitosis, PCR 49, Pro-Calcitonina 0.31. Panel Viral Positivo para Rinovirus y Metaneumovirus. Debido a sospecha de sobreinfección se decide agregar Penicilina sódica. Paciente comienza a mejorar parámetros, actualmente ventilando espontaneo a FiO₂ ambiental, se decide alta a domicilio, previo a este se firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

Las IRA representan una problemática para la salud pública debido a su morbimortalidad, a pesar de que existe un gran espectro de presentaciones clínicas de estos cuadros, en general los cuadros son autolimitados y la identificación del patógeno no cambia la conducta. Al contrario, en presentaciones severas, una adecuada identificación del patógeno, además de un manejo precoz y agresivo puede disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

CONCLUSIÓN

La identificación temprana de patógenos en pacientes con IRA graves, junto a un enfoque terapéutico adecuado, puede marcar una gran diferencia en el curso de la enfermedad, y por lo tanto, en el pronóstico del paciente.

ERITRODERMIA CRÓNICA SECUNDARIA A LINFOMA T CUTÁNEO: REPORTE DE CASO.

AUTORES

María Macarena Schmitz Buschmann¹,
Valentina Burckhardt Bravo¹.

TUTORES

Rodrigo Funes Ferrada².

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

PALABRAS CLAVES

Eritrodermia, Linfoma cutáneo de células T; dermatosis

mmschmitz@miuandes.cl



INTRODUCCIÓN

La eritrodermia es un síndrome cutáneo inflamatorio grave, que se caracteriza por eritema y descamación de la piel que compromete más del 90% de la superficie corporal. Habitualmente es causada por afecciones cutáneas como psoriasis, eczema, dermatitis atópica, infecciones, neoplasias, entre otros. Se asocia a complicaciones como alteraciones electrolíticas, de termorregulación y sepsis. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de eritrodermia crónica secundaria a linfoma cutáneo de células T y se expone su abordaje diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 59 años con antecedente de linfoma no Hodgkin T en etapa IV B, en quimioterapia. Refiere historia de lesiones cutáneas persistentes de 2 años de evolución, que progresan a eritrodermia. Cuenta con biopsias cutáneas inespecíficas, múltiples hospitalizaciones por este cuadro, y en exámenes destaca eosinofilia con buena respuesta a corticoides. Consulta nuevamente por progresión del cuadro. Al examen físico se observa compromiso de más del 90% de su superficie corporal total, con zonas de liquenificación, placas de descamación, alopecia, ectropión y distrofia ungueal generalizada. Estudio histológico, reumatológico y citometría de flujo negativas, cariotipo de médula ósea normal. Estudio de re-arreglos clonales del receptor de células T sugerente de linfoma cutáneo, por lo que se diagnostica eritrodermia paraneoplásica, secundaria a síndrome linfoproliferativo.

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios señalan que la eritrodermia suele asociarse a una exacerbación de una dermatosis preexistente; es por esto que el historial médico resulta crucial para su diagnóstico. La etiología neoplásica o paraneoplásica representan el 1% de los casos, siendo frecuentes las neoplasias hematológicas y linfoma cutáneo de células T. En este contexto la citometría de flujo y la biopsia permiten establecer la causa subyacente.

CONCLUSIÓN

La eritrodermia es una enfermedad grave que requiere de un reconocimiento rápido por su alta morbimortalidad. Se debe buscar neoplasias malignas ocultas en pacientes con eritrodermia persistente sin causa conocida.

SEPSIS DE FOCO CUTÁNEO CON ORINA PÚRPURA.

AUTORES

Karol Soto¹,
Javier Díaz,¹
Melanie Romero¹,
Camila Vásquez¹.

TUTORES

Gabriel Solórzano².

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico General, Jefe Urgencias Hospital Parroquial, San Bernardo, Chile

PALABRAS CLAVES

Sepsis, Úlceras por presión, Proteobacteria

karolsotoc99@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El “síndrome de la bolsa de orina púrpura” es una entidad poco frecuente e interesante por su presentación clínica. Ocurre frente a determinados contextos como pacientes pluripatológicos, portadores de sonda vesical o por infección del tracto urinario por determinados microorganismos

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 73 años con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus II no insulino requiriente, enfermedad renal crónica etapa V en diálisis, daño hepático crónico, fibrilación auricular paroxística en anticoagulación, demencia, dependencia severa y hospitalización previa con uso de ventilación invasiva prolongada. Es traída por familiar en condiciones de aparente abandono con compromiso general, letárgica y bolsa recolectora de sonda Foley con orina morada. Al examen físico px con hipotensión, crépitos leves bibasales, úlcera por presión de 10 cm estadio IV en zona sacra y ambos talones, y estadio II en zona lumbar y codo izquierdo, sin cuidados y de mal olor, sin otros hallazgos patológicos. Por lo que se inició manejo en reanimador con drogas vasoactivas y morfina.

Tras solicitar una amplia batería de exámenes se pesquisa sepsis de foco cutáneo con presencia de *S. aureus* y *K. pneumoniae*.

DISCUSIÓN

La distintiva coloración se produce cuando el sulfato de indoxil (derivado del triptófano) de la orina normal es metabolizado por bacterias patógenas productoras de sulfatasas y fosfatasas, generando indirrubina (rojo) e índigo (azul).

Dentro de los principales factores de riesgo está la elevación del pH urinario que se produce en contexto de una infección por microorganismos productores de sulfatasas y fosfatasas, p ej, *E. coli*, *P. vulgaris*, *M. morgani*, *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa*.

CONCLUSIÓN

Este síndrome es una entidad benigna que no suele cursar con complicaciones graves, pero se considera sumamente útil conocer esta patología para identificar las posibles causas del cambio de coloración y dar un tratamiento adecuado.

TENOSINOVITIS FLEXORA PIÓGENA POR MORDEDURA DE GATO.

AUTORES

Gianfranco Cavaletto¹,
Pilar Jiménez¹,
Martín Jara¹,
Gonzalo Fernández¹.

TUTORES

David Dastres^{2,3}.

AFILIACIONES

1. Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
3. Traumatología y Ortopedia, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Infección Kanavel,
Urgencias, Tenosinovitis,
Traumatología.

giancavaletto@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La tenosinovitis flexora piógena (PFT) es una infección bacteriana grave que ocurre dentro del espacio cerrado de las vainas de los tendones flexores digitales. Esta patología corresponde a una emergencia traumatológica dado riesgo de necrosis, abscesedación y necesidad de amputación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 46 años, sin antecedentes mórbidos, consulta a servicio de urgencias por aumento de volumen en mano posterior a mordedura de gato hace 6 días. Refiere haber consultado hace 4 días en consultorio donde se inició tratamiento antibiótico bajo sospecha de celulitis infecciosa, evolucionando tórpidamente, con compromiso del estado general. Al examen físico se evidenció importante edema de mano y dedos, estos en semiflexión y dolor a la extensión pasiva. Cumpliendo 3 criterios de Kanavel se realiza eco donde se evidencia líquido con relación a tendones flexores. Finalmente se deriva a de urgencia a traumatología para manejo quirúrgico por especialista.

DISCUSIÓN

Este caso resalta la importancia de la identificación y manejo precoz de la PFT. En este caso como una complicación grave de una celulitis causada por mordedura de animal. La refractariedad al tratamiento antibiótico junto a una evolución tórpida obliga a mantener un alto índice de sospecha y pensar en diferenciales al diagnóstico inicial (celulitis). Los criterios de Kanavel (edema simétrico en dedos, posición semiflectada, dolor a la extensión pasiva) y la ecografía fueron fundamentales para confirmar el diagnóstico.

El manejo quirúrgico urgente y así prevenir complicaciones, dado que PFT puede llevar a la pérdida de la función o amputación de los dedos si no se trata adecuadamente.

CONCLUSIÓN

Se debe estar alerta a los signos de PFT en pacientes con heridas en la mano y considerarla como un diagnóstico diferencial a la celulitis. El abordaje oportuno es crucial para prevenir complicaciones graves y garantizar la recuperación del paciente.

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN UN PACIENTE SIN INMUNOSUPRESIÓN EVIDENTE, REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Francisco Acuña¹,
Javier Berríos¹,
Javiera Rojas²,
Sofía Torres¹.

TUTORES

Eliezer Salinas³.

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
3. Médico Neurólogo, Servicio de Neurología Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

PALABRAS CLAVES

Encefalitis,
Leucoencefalopatías,
Virus JC

javiera.rojasro@mayor.cl



INTRODUCCIÓN

La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LEMP) es una enfermedad progresiva causada por el virus John Cunningham (JCV) que compromete los oligodendrocitos de la sustancia blanca (SB). Principalmente asociada a pacientes inmunocomprometidos. Tiene una incidencia de 0.3 por 100.000 personas y una mortalidad al año del diagnóstico de 20%.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 35 años, refiere disminución de fuerza muscular en miembro inferior izquierdo de 3 meses de evolución, sin otro antecedente. Consultó en urgencias por progresión de debilidad a hemicuerpo ipsilateral más disartria e inestabilidad de la marcha. Se solicita resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral destacando extensa leucoencefalopatía supratentorial que compromete ganglios basales, tálamos y troncoencéfalo con atrofia cerebelosa. Se realizaron estudios inmunológicos con resultados negativos, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) negativo, panel viral negativo. Exámenes de sangre normales. Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos que demostraran un estado de inmunosupresión. Se estudió líquido cefalorraquídeo (LCR) arrojando serología positiva para JCV. La paciente accede a presentar su caso por medio del consentimiento informado.

DISCUSIÓN

Los síntomas abarcan hemiparesias o tetraparesias, afasia, demencia, alteraciones visuales, alteración de la marcha. Se diagnostica mediante clínica sugerente, RMN cerebral compatible con lesiones multifocales de SB y serología positiva para JCV en LCR. Su tratamiento es la restauración inmunológica.

CONCLUSIÓN

La LEMP se asocia fuertemente con VIH y cánceres hematológicos. Este caso destaca por la falta de hallazgos de inmunosupresión. Como se vió en este caso la LEMP puede ocurrir en pacientes que clínicamente no se diagnostican como inmunocomprometidos y son previamente sanos, por lo que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en compromiso motor subagudo.

ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REPORTE DE CASO.

AUTORES

María Macarena Schmitz¹,
María Constanza Soffia¹,
María Gracia Airola¹.

TUTORES

Rodrigo Ignacio Barrera
Morelli².

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina,
Universidad de los
Andes, Santiago de
Chile.
2. Médico Cirujano,
Universidad de los
Andes, Santiago de
Chile.

PALABRAS CLAVES

Enfermedad de Still del
Adulto, Fiebre, Artritis,
Exantema

mmschmitz@miauandes.cl



INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Still del Adulto (ESA), es una enfermedad inflamatoria sistémica poco frecuente, de etiología desconocida. Afecta a adultos jóvenes, con una aparición bimodal entre los 16–25 años y 36–46 años. Se caracteriza típicamente por una triada de fiebre, artritis y erupción cutánea.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre, rash eritematoso en tronco, extremidades y rostro, compromiso del estado general y artritis oligoarticular asimétrica y migratoria. Ingresa hemodinámicamente estable y febril. Al examen físico destaca rash maculopapular confluyente en tronco, extremidades y rostro, sinovitis en muñeca derecha y derrame articular en rodilla izquierda. Al estudio presenta leucocitosis en 17.000 10³/uL, 80% Neutrófilos, Hb 10 g/dL, plaquetas 589.000 10³/uL, VHS 104, PCR 159, Ferritina 2232 ng/mL, elevación de GGT y FA. Tras estudio reumatológico negativo, se solicita biopsia de piel que informa posible mesenquimopatía del tipo Enfermedad de Still.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la enfermedad de Still del adulto es de exclusión. En el diagnóstico diferencial se encuentran las vasculitis, enfermedades del tejido conectivo, neoplasias hematológicas y enfermedades granulomatosas. Se han propuesto varios factores implicados en su etiología, como la genética, infecciones, y un sistema inmunológico desregulado.

El estudio de un paciente con ESA presenta leucocitosis con neutrofilia, elevación de PCR, VHS, enzimas hepáticas y ferritina. Si bien, se considera una afección benigna, dentro de sus complicaciones se encuentra el síndrome de activación macrofágica, cuya aparición se asocia a reducción en la tasa de supervivencia.

CONCLUSIÓN

La ESA es una enfermedad multisistémica poco frecuente, que presenta síntomas inespecíficos, lo cual dificulta su diagnóstico. El retraso en el diagnóstico puede provocar hospitalizaciones prolongadas y altos costos, además de complicaciones potencialmente mortales. Por lo tanto, es necesario un alto índice de sospecha con el fin de lograr un tratamiento oportuno.

INSUFICIENCIA CARDÍACA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A MASA CARDÍACA VENTRICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Nicolás Gatica¹,
Vicente Quezada¹,
Nicolás Diener¹,
Pablo Navarrete¹.

TUTORES

Karen Yáñez²,
Gonzalo Henríquez².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Neoplasias Cardíacas,
Linfoma, Sarcoma

n.gatica07@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos son un desafío diagnóstico debido a la baja frecuencia y la inespecificidad de los síntomas. El estudio inicial de elección es la ecocardiografía la cual se puede complementar con tomografía computarizada o resonancia magnética.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia. Consultó por cuadro de 2 meses de evolución de disnea de pequeños esfuerzos, sin precordialgia. Inició estudio ambulatorio con electrocardiograma con resultados inespecíficos, ecocardiograma que informó fracción de eyección conservada, ventrículo derecho severamente dilatado con imagen de aspecto tumoral trilobulada, móvil (compatible con trombo), que compromete la pared libre desde la base al ápex con aspecto infiltrativo, alcanzando la aurícula derecha, septo interventricular, interauricular y velo lateral de la válvula tricúspide. Estudio con cardioponencia y tomografía computada mostró resultados similares y estudio paraneoplásico negativo. Se solicita consentimiento para seguimiento. Durante la hospitalización sufre deterioro clínico febril. Se descartó tromboembolismo pulmonar y lesiones cerebrales, pero se describen nódulos pulmonares bilaterales compatibles con compromiso secundario. Es evaluado por cardiología por posibilidad de biopsia, sin embargo, en el contexto clínico de paciente inestable con mal pronóstico, se difiere procedimiento y fallece en días posteriores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Está descrito que los tumores cardíacos pueden presentarse con un rápido deterioro hemodinámico del paciente, siendo un diagnóstico etiológico tardío. Dentro de los tumores cardíacos primarios malignos se encuentran en mayor frecuencia los sarcomas, descritos como masas infiltrantes que afectan principalmente a la aurícula derecha y que tienden a la necrosis miocárdica, en cambio los linfomas cardíacos, menos frecuentes, caracterizados como masas infiltrativas multicavitarias de lado derecho que no presentan necrosis. En general la sobrevida es baja a pesar del tratamiento médico y quirúrgico. En el presente trabajo se detallarán distintos aspectos de estas patologías haciendo énfasis principalmente en la sospecha y enfoque diagnóstico.

EXTRAÑA VARIANTE GENÉTICA EN SÍNDROME ZELLWEGER, REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Diego Herrera¹,
Francisca Figueroa¹,
Valentina Espejo¹,
Vicente Quezada¹

TUTORES

María Jara²,
Fernando Tapia²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Zellweger,
Hipotonía, Hipotonía
muscular

d.herrera04@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El espectro Zellweger es un trastorno genético raro y grave donde falla la biogénesis de los peroxisomas, estando ausente o alterando su función.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacida de término con RCIU etapa I con dismorfias faciales e hipotonía. Antecedente de hermana hospitalizada al nacimiento por síndrome convulsivo, posible Prader Willi vs Zellweger; estudio metabólico destaca acumulación de ácidos grasos de cadena muy larga, ácido pristánico y fitánico. Fallece al año y medio por COVID-19.

Paciente se hospitaliza en UCI por crisis epilépticas refractarias. Resonancia describe polimicrogiria perisilviana, electroencefalograma sin patrón epileptiforme categórico. Examen físico y ecografía abdominal compatible con hepatomegalia, laboratorio con patrón colestásico. Potenciales evocados evidencian hipoacusia severa. Se deteriora clínicamente debido a hipoventilación por colapso de vía aérea; requiriendo ventilación mecánica invasiva y posteriormente uso de CNAF por necesidad de presión positiva. Ante el cuadro clínico y antecedente familiar, se sospecha Zellweger. Se realiza estudio genético compatible con homocigosis de variante patogénica del gen HSD17B4, confirmándose el diagnóstico de enfermedad peroxisomal. Se logra retiro de CNAF y posteriormente se da de alta con seguimiento ambulatorio mientras espera gastrostomía.

DISCUSIÓN

Mutación se asocia a deficiencia de proteína D-bifuncional, enzima que participa en la metabolización peroxisomal de ácidos grasos de cadena larga y muy larga. Esto produce su acumulación, generando trastornos metabólicos y falla en la migración neuronal. La incidencia en Europa es de 1/5000 nacimientos. No hay registro de incidencia en nuestro país. Dentro de los fallos, los más frecuente del Sd de Zellweger son la adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X, deficiencias de la acil-CoA oxidasa, de la proteína D-bifuncional (como nuestro caso), etc. La mayoría de los pacientes fallece en el primer año de vida.

CONCLUSIÓN

Si bien el Síndrome Zellweger es raro, conocerlo ayuda a ampliar nuestros diagnósticos diferenciales en casos con clínica compatible.

HEPATITIS COMO PRIMERA PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Valentina Espejo¹,
Diego Herrera¹,
Francisca Figueroa¹,
Leonardo Acuña¹.

TUTORES

María Jara²,
Fernando Tapia².

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Lupus eritematoso,
Hepatitis, Autoinmune,
Adolescente.

v.espejo01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune multiorgánica. Aunque el compromiso hepático no se encuentra dentro de los criterios diagnósticos del LES, es importante reconocer esta asociación para tener un entendimiento más completo de esta enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 12 años, sin antecedentes, cursa con ictericia clínica sin síntomas asociados, siendo manejado empíricamente como hepatitis viral. Se suma malestar abdominal difuso; en control con exámenes se detecta elevación de enzimas hepáticas, bilirrubina alta y pancitopenia. Se complementa con: serologías para hepatitis A, B, C y Parvovirus negativo, IgA e IgG elevadas, C3 Y C4 disminuidos, ANA (+) patrón nuclear y citoplasmático. Se decide hospitalizar en HHA para estudio. Se realiza RNM que describe daño hepático crónico, hipertensión portal y como hallazgo un Quiste hidatídico hepático. Con anti-DNA elevados se confirma LES, indicando pulsos de metilprednisolona y luego prednisona. Evolucionando positivamente, con mejoría en parámetros de laboratorio, se decide alta con estudio de actividad de enzima tiopurina-metiltransferasa, previo inicio de Azatioprina, además de controles ambulatorios.

DISCUSIÓN

En la literatura se ha descrito una frecuencia del compromiso hepático en LES relativamente bajo, que varía entre un 3-23% según distintas fuentes. No se encontró información estadística local. La presentación clínica suele ser asintomática, en raras ocasiones puede asemejar una hepatitis viral, como es nuestro caso. La hepatitis lúpica suele responder bien a corticoides, con un curso benigno. Lim et al describió que la progresión grave con carcinoma hepatocelular y necesidad de trasplante ocurre en pacientes con hepatitis autoinmune, otra entidad distinta a la asociación con LES.

CONCLUSIÓN

Pese a que el compromiso hepático en LES no es lo más reconocido, es importante considerar su presencia para llegar a un diagnóstico oportuno y ofrecer el mejor tratamiento a nuestros pacientes.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIA A LEPTOSPIROSIS: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Maria Macarena Schmitz¹,
Sebastián Alejandro
Rojas¹

TUTORES

Tomás Torres Pumarino²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina,
Universidad de los
Andes, Santiago de
Chile.
2. Médico Cirujano,
Universidad de los
Andes, Santiago de
Chile.

PALABRAS CLAVES

Leptospirosis, Falla
orgánica múltiple,
Zoonosis

mmschmitz@miuandes.cl



II JCEM 2023

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una infección zoonótica causada por las especies patógenas de la bacteria espiroqueta *Leptospira*. La infección se produce principalmente a través del contacto con agua o suelo contaminado con orina de animales, siendo los perros y equinos agentes portadores importante dentro de la epidemiología local como se ha señalado en algunos estudios. Esta entidad presenta un amplio espectro de síntomas, desde un cuadro febril hasta una enfermedad multisistémica con elevada mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 47 años, con antecedentes de espondilitis anquilosante, HTA e insulinoresistencia. Presenta cuadro de 5 días de mialgias y decaimiento, evolucionando con dificultad respiratoria y fiebre. Se rescata antecedente de accidente automovilístico hace 2 semanas con caída a noria de agua, donde refiere ingesta accidental. Ingres a servicio de urgencia inestable hemodinámicamente, requiriendo soporte con VMI y DVA. En el laboratorio de ingreso destaca trombocitopenia, AKI KDIGO III, enzimas cardiacas elevadas, CK total elevada y estudio viral negativo.

Posterior al inicio de antibioticoterapia presenta deterioro clínico, se sospecha posible reacción Jarisch-Herxheimer, se ajusta antibioticoterapia considerando posible leptospirosis, agente posteriormente confirmado por el ISP. Desde el punto de vista infeccioso, evoluciona de manera favorable con parámetros inflamatorios a la baja y finalmente, resolución en cuanto a cuadro de falla multiorgánica.

DISCUSIÓN

El ser humano se considera un huésped incidental de la leptospira. La gravedad de los síntomas varía según condiciones epidemiológicas, susceptibilidad del individuo y virulencia bacteriana. El diagnóstico es un desafío, ya que las pruebas de diagnóstico representan un alto costo, su disponibilidad es limitada y poseen una moderada sensibilidad y especificidad.

CONCLUSIÓN

La leptospirosis ocurre por contacto directo con la orina, tejidos infectados y exposición a organismos presentes en la tierra o agua. Se puede presentar como un cuadro letal de falla orgánica múltiple, por lo que es fundamental tener un alto índice de sospecha.

INJURIA AGUDA PULMONAR POST TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, REPORTE DE CASO.

AUTORES

Mirko Sepúlveda Nina¹,
Tamara Contreras Ayca¹,
Sofía Carrillo Marchioni²

TUTORES

Francisco González
Jimenez³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica-Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Temuco-Chile.
3. Médico Cirujano, Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani, Arica-Chile.

PALABRAS CLAVES

TRALI, Lupus eritematoso sistémico, Ventilación no-invasiva

m.sepulveda.med@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury), constituye un síndrome infrecuente caracterizado por insuficiencia respiratoria aguda y edema pulmonar no cardiogénico relacionado a una transfusión sanguínea, se estima una incidencia de 1:5000 transfusiones. Su etiopatogenia se desconoce y su tratamiento es soporte en función de la gravedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 43 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de astenia, adinamia, aumento de volumen cervical e inguinal de 2 semanas de evolución. Se sospecha síndrome linfoproliferativo, en paraclínicos destaca Hb-6.6g/dL, hematocrito-19.4%, leucocitos-1620x mm^3 : segmentados-3% linfocitos-70% monocitos-26%, plaquetas-6000x mm^3 , PCR>200mg/L, LDH-338UI/L. Tomografía de cuello-tórax-abdomen-pelviscontrastada, informa presencia de múltiples adenopatías supra-infra diafragmáticas asociadas a hepatomegalia. Se hospitaliza para manejo con pulsos de metilprednisolona continuado por prednisona 1mg/Kg/día. Dada pancitopenia severa se inicia aislamiento protector y múltiples transfusiones de hematíes y plaquetas. Al control, C3-62mg/dL, C4- 6mg/dL, VHS-23mm/hr, Coombs directo positivo, ANA-1/1280 patrón nuclear, perfil-ENA DNAds+. Se diagnostica lupus eritematoso sistémico (LES). Posterior a última transfusión, inicia falla ventilatoria desaturando 82%, radiografía de tórax compatible con TRALI. Se inicia ventilación mecánica no invasiva (VMNI) por 48 horas, logrando destete de soporte, depleción con buena respuesta. Se inicia rituximab semanal logrando buena respuesta terapéutica. Una vez lograda la mejoría clínica, se solicita consentimiento informado para presentación de caso clínico. Al alta seguimiento de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

La pancitopenia en el LES es una manifestación frecuente y con ello la necesidad de transfusiones, sin embargo, el TRALI es una complicación inhabitual de la que existen muy pocos reportes en la literatura, entre ellos el resultado principal es que el pronóstico tiene relación inversa con el tiempo en ventilación artificial.

CONCLUSIÓN

Se presenta un LES que debutó con linfadenopatías y pancitopenia transfundida, que se complicó con un TRALI, el cual respondió favorablemente a los corticoides e inmunoterapia como manejo de la causa y a la VMNI como manejo de la complicación.

ANGIOLIPOMA RENAL IZQUIERDO COMO HALLAZGO EN ESTUDIO DE TUMOR RENAL: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Susi Hevia Orostica¹,
Antonio Marchioni Yañez¹,
Lucas Bravo Ortiz²,
Tamara González
Salgado³

TUTORES

Fernando Benavides Alba⁴

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
4. Cirujano torácico, Servicio de Cirugía, Hospital Base de Linares, Linares, Chile

PALABRAS CLAVES

Angiomiolipoma,
Neoplasia benigna,
Hematuria

susiheviac@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los angiomiolipomas (AML) son un tipo de tumor benigno que puede presentarse en cualquier parte del organismo, siendo el riñón el órgano con más frecuencia debido a su histología. Los AML representan actualmente entre el 1 y 3% de todos los tumores renales. Son infrecuentes y se presentan generalmente en mujeres. Si bien, las lesiones con material graso en el riñón suelen ser AML, es importante descartar sus diagnósticos diferenciales debido al potencial de malignidad. A continuación, se abordará un caso de AML presentado en el Hospital Base de Linares (HBL).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 59 años en estudio por infección de tracto urinario recurrente y hematuria. Se realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC) que informa masa renal izquierda de 12.5 centímetros de largo y 6.9 de ancho sugerente de angiomiolipoma, sin embargo dicho estudio no permite descartar neoplasia renal. Si bien el diagnóstico de AML mediante TAC se realiza con la demostración de grasa macroscópica, en aquellos casos donde existe hemorragia o lesiones con poca grasa, puede tornarse más complejo realizar una adecuada diferenciación con el carcinoma de células renales. Se complementa estudio con biopsia renal que concluye angiomiolipoma, sin signos de malignidad. Actualmente en control con equipo de Urología en HBL. Durante su estudio, se solicita consentimiento informado a la paciente, quien acepta sin inconvenientes.

DISCUSIÓN

Frente a un AML, lo más importante es descartar el riesgo de complicaciones, y de malignidad. Si bien la TAC es uno de los estudios más eficaces para su diferenciación, en el caso presentado, debido a sus características (densidad, forma, tamaño anómalo), no fue posible descartar neoplasia renal, por lo que se optó por estudio histológico. Según la literatura, el manejo en aquellos tumores menores a 6 centímetros es conservador, mientras que en los AML de mayor tamaño, se recomienda intervención quirúrgica o embolización.

CONCLUSIÓN

Los AML son tumores infrecuentes, para los cuales el estudio imagenológico e histológico, es uno de los más eficaces para su diagnóstico y tratamiento, permitiendo diferenciar de lesiones malignas, así como también guiar en la elección del tratamiento más oportuno para cada paciente.

TUMOR NEUROENDOCRINO DE APÉNDICE CECAL EN CONTEXTO DE APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE CASO.

AUTORES

Susi Hevia Orostica¹,
Antonio Marchioni Yañez¹,
Lucas Bravo Ortiz²

TUTORES

Francisco González
Jimenez³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca Chile.
3. Cirujano torácico, Servicio de Cirugía, Hospital Base de Linares, Linares, Chile

PALABRAS CLAVES

Apendicectomía, Tumor carcinoide, Apendicitis

susiheviac@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos (TNEs) en general, pueden surgir en cualquier parte en donde existan células neuroendocrinas. Los tumores neuroendocrinos del apéndice (TNEA) o carcinoides del apéndice aparecen en las células neuroendocrinas subepiteliales y tienen un curso indolente, siendo los síntomas indistinguibles de una apendicitis aguda. El hallazgo de estos suele ser incidental, encontrándose en el 0,3–0,9% de todas las muestras de apendicectomía. A continuación, se presenta un caso de un TNEA en el contexto de una apendicitis aguda en el Hospital Base de Linares (HBL).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 27 años, con antecedente de apendicectomía, cuya biopsia concluye neoplasia neuroendocrina bien diferenciada, de bajo grado (G1), localizado en tercio distal del apéndice, de 0,1 centímetros, sin permeación tumoral linfovascular ni perineural, asociado a apendicitis aguda supurada con necrosis transmural y peritonitis concomitante. Se realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis que impresiona sin signos de diseminación. Se realiza también colonoscopia, la cual impresiona sin hallazgos de importancia. Por lo antes mencionado, la paciente es presentada al comité oncológico y actualmente permanece en seguimiento con TAC y colonoscopia en HBL. Paciente firma consentimiento informado.

DISCUSIÓN

Los TNEs habitualmente son de buen pronóstico. El tamaño del tumor es el indicador más confiable para evaluar el potencial de malignidad. En el caso mencionado, el tumor tenía un tamaño <1 centímetro, para lo cual la apendicectomía por sí sola resulta suficiente, pues rara vez desarrollan metástasis. Si bien en el caso presentado la paciente se mantiene en seguimiento con equipo de cirugía, las guías internacionales actuales indican que no es necesario continuar con seguimiento a largo plazo.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de los TNEA es en su mayoría, hallazgos incidentales en el contexto de una apendicectomía, es por esto que resulta fundamental recalcar la importancia de la biopsia, la cual nunca debe dejarse de lado, ya que la pesquisa precoz disminuye complicaciones asociadas.

TUMOR NEUROENDOCRINO COMO HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTE CON APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO.

AUTORES

Javiera Paz Ulloa Köster¹,
Ana María García Gomez¹,
Sandra Belén Muñoz
Villagrán¹

TUTORES

Paulette Fernanda Abriego
Ibáñez²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
2. Médico General de Zona, Servicio de salud Concepción, Chile

PALABRAS CLAVES

Tumor neuroendocrino, Apendicitis, Hallazgo incidental.

javierapuk@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas primarias del apéndice se consideran una enfermedad infrecuente. Corresponden a menos del 1% de todos los tumores del tracto gastrointestinal. Dentro de ellos, el tumor neuroendocrino es el más frecuente, un tumor maligno de crecimiento lento que habitualmente se diagnostica posterior a una apendicectomía como hallazgo histopatológico de la pieza quirúrgica. Al ser una enfermedad de progresión silente, plantea un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes mórbidos. Ingresó a urgencias con el diagnóstico de apendicitis aguda. Se tomaron exámenes de laboratorio y TC de abdomen, donde se confirmó el diagnóstico. Se realizó una apendicectomía de urgencia, sin incidentes. Posteriormente, el resultado de la biopsia del apéndice cecal informó la presencia de un tumor neuroendocrino bien diferenciado, Grado 1, de tamaño 1 cm que compromete hasta la subserosa, ubicado en el tercio medio del apéndice a 3 cm del borde quirúrgico libre, por tanto, la cirugía previamente realizada se consideró resolutoria. El paciente fue seguido con colonoscopia a los 3 meses y TC abdominal a los 6 meses, ambos sin hallazgos patológicos. Fue dado de alta a los 6 meses sin necesidad de más estudios. Se solicitó al paciente firmar un consentimiento informado para la presentación del caso.

DISCUSIÓN

Los tumores apendiculares se presentan en menos del 2% de los pacientes sometidos a apendicectomía. Hasta en el 50% de los casos corresponde a un tumor neuroendocrino bien diferenciado. Su poder de metástasis o la presencia de un tumor sincrónico hasta en el 25% de los casos hace que sea relevante su diagnóstico oportuno y seguimiento posterior. Importante recalcar que, si bien el riesgo de padecerlo puede aumentar con la presencia de un antecedente familiar, no tiene relación con la edad, presencia de antecedentes mórbidos o estilo de vida, como ocurrió en nuestro caso: un paciente joven, deportista, sin antecedentes patológicos.

CONCLUSIÓN

A pesar del buen pronóstico de los tumores neuroendocrinos, son una enfermedad silente de difícil diagnóstico prequirúrgico, lo que aumenta el riesgo de mayor compromiso intestinal e incluso de metástasis, que se puede presentar tanto en pacientes jóvenes como adultos, mujeres u hombres, sanos y con un adecuado estilo de vida.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LINFOADENOPATÍA EN PEDIATRÍA.

AUTORES

Valentina Contreras¹,
Thomas Rudolph¹,
José Junod¹,
Natalia Hernández¹

TUTORES

Klaus Rudolph²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Anamnesis,
Linfoadenopatía, Zoonosis

valentina.contreras@mayor.c
l



INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) corresponde a una enfermedad infecciosa aguda generalmente benigna y autolimitada, relativamente común en su forma típica de presentación, causada por la bacteria *Bartonella henselae* (BH), sin embargo, de los casos descritos en la literatura existe una pequeña proporción que se presenta con compromiso extranodal en su forma atípica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 10 años sin antecedentes mórbidos, que consultó por un aumento de volumen cervical derecho de aproximadamente 72 horas de evolución asociado a dolor, sin fiebre, destacando en la anamnesis dirigida el antecedente de un arañazo de gato hace 2 meses. Hospitalizándose para estudio etiológico. Entre sus exámenes destacó una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para BH, se instaura tratamiento antibiótico con Azitromicina, evolucionando con dolor abdominal y compromiso del estado general, por lo que se solicitó una ecografía abdominal que reveló un granuloma hepático, decidiéndose la extensión de la terapia antibiótica y control imagenológico al alta. Para la realización del trabajo se obtuvo consentimiento informado ejercido por la madre.

DISCUSIÓN

La EAG es una enfermedad zoonótica producida por la bacteria BH cuya severidad depende del estado inmunológico del paciente. Afecta principalmente a los grupos etarios menores, y como el caso de la paciente la presentación atípica caracterizada por una infección diseminada se desarrolla en el 5-14% de los pacientes.

CONCLUSIÓN

En consideración de que la linfoadenopatía en pediatría es una consulta frecuente radica la importancia de una anamnesis prolija de manera de acotar los diagnósticos diferenciales que son amplios, para realizar un tratamiento etiológico y prevenir el desarrollo de las complicaciones y secuelas asociadas.

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EN LACTANTE MENOR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTORES

Karen Gübelin¹,
Gabriel Muñoz¹,
Tirza Valenzuela²

TUTORES

Cristian Gübelin³

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Síndrome de Stevens-
Johnson, exantema,
pediatría.

Karen.liliangs@gmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una reacción cutánea severa caracterizada por necrosis epidérmica y afección de mucosas, con compromiso cutáneo menor al 10%. Su incidencia varía de 1-2 casos en 1000000 habitantes, siendo rara en niños. La causa más frecuente es farmacológica, siendo menos frecuente secundario a agentes infecciosos como mycoplasma pneumoniae o virus herpes simple (VHS). El siguiente caso se presenta para enfatizar el alto nivel de sospecha requerido para el diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Este caso es presentado con consentimiento del tutor responsable del menor. Lactante masculino, 1 año, con antecedente de Síndrome de Down, inició cuadro febril asociado a exantema maculo-papular, con placas solevantadas, confluyente y generalizado, se diagnosticó exantema viral y se trató sintomáticamente, con regular respuesta. Exámenes de laboratorio sin elevación de parámetros inflamatorios, film array positivo para virus respiratorio sincicial. Paciente evoluciona con mayor exantema confluyente en ambas piernas y rostro, desprendimiento de piel, enantema descamativo en paladar y compromiso de mucosa rectal. Dada progresión de exantema con compromiso mucoso y descamación (menor al 10%) se diagnosticó SSJ tratándose con gammaglobulina por 3 días, terapia tópica con corticoides y profilaxis antibiótica. Se realizaron exámenes etiológicos resultando inmunoglobulina M positiva para VHS tipo 2, resto de estudio serológico negativo. Paciente evolucionó favorablemente, a las 2 semanas con resolución completa de lesiones.

DISCUSIÓN

El SSJ es un cuadro poco frecuente en pediatría por lo que su diagnóstico requiere de alta sospecha clínica. En este caso la primera impresión diagnóstica fue un exantema viral, pero la tórpida evolución clínica y posterior compromiso de mucosas permitió la sospecha de SSJ. Si bien la causa infecciosa es aún menos frecuente, la sospecha y diagnóstico clínico son claves para su manejo precoz.

CONCLUSIÓN

Es importante la alta sospecha clínica en estos casos para prevenir la elevada morbimortalidad asociada.

DISTENSIÓN ABDOMINAL, VÓMITOS Y AUSENCIA DE MECONIO, TRES PUNTOS CLAVES EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.

AUTORES

Gabriel Muñoz¹,
Karen Gübelin¹,
Tirza Valenzuela²

TUTORES

Cristian Gübelin³

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Enfermedad de Hirschsprung, Vómito, Meconio, Neonato.

g.munoz17@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una malformación congénita, caracterizada por falta de células ganglionares en el plexo submucoso y mientérico que provoca una aperistalsis del intestino, causando obstrucción intestinal. Es una patología de baja incidencia (1/5000), afectando generalmente a recién nacidos de término (RNT) y sexo masculino. 80% de los casos se demuestra como EH corto, comprometiendo la región recto-sigmoidea. Este caso busca demostrar lo importante de la sospecha y diagnóstico precoz para disminuir la morbimortalidad asociada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Este caso es presentado con consentimiento del tutor responsable del menor. RNT, embarazo fisiológico, adecuado a edad gestacional, al tercer día de vida presentó vómitos alimentarios, distensión abdominal y escaso meconio; examen físico: destacó abdomen distendido. Se indicó régimen cero y se estudió con radiografía de abdomen simple: distensión de asas y ausencia de aire en ampolla rectal, ecografía abdominal: abundante meteorismo intestinal, peristalsis conservada, se intentó irrigación rectal con escasa respuesta. Enema baritado resultó compatible con EH, que se confirmó con estudio inmunohistoquímico. Paciente recibió nutrición parenteral e irrigaciones rectales. A los 2 meses de edad se realizó resección intestinal e ileostomía, biopsia confirmó plexo mientérico y submucoso de intestino grueso aganglionar. Actualmente paciente de 5 meses de edad, iniciando progresivamente alimentación oral satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas descritas en el paciente son las clásicas observadas en pacientes con EH. La no expulsión de meconio se presenta solo en el 60% de los casos y no es patognomónico de la enfermedad, como lo observado en este caso. Se deben establecer medidas generales como régimen cero vía oral e irrigaciones rectales para el alivio sintomático a la espera de manejo quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Es importante la sospecha clínica de EH ante un recién nacido de término con sintomatología de obstrucción intestinal baja para lograr un manejo precoz evitando complicaciones como enterocolitis necrotizante y perforación intestinal.

ARTRITIS REUMATOIDE CON TROMBOCITOSIS REACTIVA Y ESTUDIO MOLECULAR NEGATIVO EN PACIENTE MASCULINO, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.

AUTORES

Bastián Madrid¹,
Benjamín Lobos²,
Constanza Colville²,
Verónica Pulgar¹

TUTORES

Francisco Cerda³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de la Frontera
3. Médico Internista, Hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

PALABRAS CLAVES

Artritis reumatoide, Trombocitosis, Factor Reumatoide, Productos Biológicos

b.madrid01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica, autoinmune e inflamatoria de etiología desconocida que afecta principalmente articulaciones sinoviales, sin embargo, puede presentar compromiso extraarticular. Más frecuente en mujeres. Clínicamente es simétrica, predominio en articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas. En general conduce, sin tratamiento, a destrucción de articulaciones debido a erosión de cartílago y hueso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 46 años, soldador, antecedentes de tabaquismo crónico, alcoholismo y cocaína suspendida hace 1 mes. Es hospitalizado en Servicio de Medicina Interna por múltiples consultas en atención primaria de poliartalgias. Refiere hace un mes dolor articular que inicia en ambas manos, predominio matutino, mayor a 30 minutos con posterior gonalgia bilateral asociado a rigidez. Al examen físico artritis, sinovitis en articulaciones radiocarpianas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y metatarsofalángicas. Evaluado en policlínico de Medicina Interna se decide hospitalizar para estudio por clínica persistente y laboratorio alterado: Factor Reumatoideo (FR) 1096.4, Anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado (anti-CCP) 349, plaquetas 1.126.000, leucocitos 16.260, Proteína C Reactiva 108.1 y Velocidad de Hemosedimentación 120.

DISCUSIÓN

La AR presenta clínica tanto articular como extra articular; y al estar presentes el FR y Anti-CCP existe valor predictivo de casi 100%. La trombocitosis refleja el nivel de actividad, correlacionando un cuadro grave. Existen pacientes refractarios al tratamiento habitual con fármacos modificadores de enfermedad (FARMEs) que, en nuestro medio, tienen acceso a terapia biológica.

CONCLUSIÓN

La AR puede tener presentaciones atípicas como el caso descrito. El compromiso hematológico, ya sea, anemia normocítica normocrómica y/o trombocitosis es un hallazgo no poco frecuente en AR. Esta última asociada al nivel de actividad de la enfermedad. Con el tratamiento FARME y hematológico suele haber remisión de la clínica y mejoría de exámenes, no obstante, se continúa el seguimiento de no tener una respuesta favorable.

VÓLVULO DEL SIGMOIDES COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

AUTORES

Constanza Colville¹,
Francisca Colville¹,
Benjamín Lobos¹.

TUTORES

Mario Colville²

AFILIACIONES

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

PALABRAS CLAVES

Enfermedad inflamatoria intestinal, Vólvulo intestinal, Enfermedad de Crohn

b.lobos01@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), es un trastorno caracterizado por la inflamación crónica del tubo digestivo. La mayoría de los pacientes presentan inicialmente diarrea, dolor abdominal, tenesmo rectal y hematoquecia, mientras que una pequeña población puede debutar con sintomatología atípica como una obstrucción intestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 21 años consulta por episodio de tres días de deposiciones líquidas sin hallazgos patológicos, asociadas a dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal. Niega fiebre y sangrado. Al examen físico destaca abdomen sensible a la palpación, sin signos de irritación y con ruidos hidroaéreos presentes. Se realiza scanner que revela un vólvulo del sigmoide con una severa dilatación del colon proximal y engrosamiento del recto sigmoide. Paciente es trasladada a hospital de referencia para resolución mediante colonoscopia. En procedimiento se describió colitis segmentaria severa, además de confirmación de vólvulo, el cual se resuelve satisfactoriamente mediante desvolvulación endoscópica. Biopsias realizadas compatibles con EC. Paciente inicia tratamiento con Azatioprina 100mg y mantiene controles con gastroenterología. Se toma consentimiento informado para presentación de caso.

DISCUSIÓN

Un pequeño número de casos vólvulos se ha reportado en EII, no superando la docena en la literatura. En la mayoría de los casos se menciona como una complicación avanzada, más que como un debut de la misma. No existe evidencia que un debut atípico conlleve un peor pronóstico, ni que se requiera un manejo inicial diferente para el vólvulo, manteniéndose como gold standard la desvolvulación endoscópica.

CONCLUSIÓN

Aunque infrecuente, este tipo de presentación no parece asociarse con un peor pronóstico y el abordaje estándar mediante colonoscopia sigue siendo el método de elección. Esto destaca la importancia de considerar presentaciones inusuales de EII en el diagnóstico y tratamiento clínico.

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

PET-PSMA EN CÁNCER DE PRÓSTATA: ROL EN ETAPIFICACIÓN PRIMARIA Y RECUPERACIÓN BIOQUÍMICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORES

Sofía Itziar Ascorra
Hormaechea¹,
Francisca Merino Vial²

TUTORES

Nicolas Piñats Diaz³

AFILIACIONES

1. Interna de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2. Interna de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
3. Médico Cirujano, Residente Urología Hospital DIPRECA, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Etapificación; Cáncer de Próstata; Imagenología.

sofiascorra@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata corresponde al segundo cáncer más frecuente en hombres, siendo la quinta causa de muerte. Dentro del estudio de esta patología encontramos el antígeno prostático, resonancia multiparamétrica de próstata y biopsia. Para etapificación se utiliza cintigrama óseo y tomografía de tórax. El PET-PSMA (tomografía por emisión de positrones) utiliza radioligandos afines a molécula de PSMA (glicoproteína de membrana específica del tejido prostático), este examen ha cobrado gran relevancia en la clínica por su alta sensibilidad (77%) y especificidad (97%).

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo principal es la descripción de la bibliografía actual sobre el rol del PET-PSMA en etapificación primaria y recurrencia bioquímica del cáncer de próstata. Se realiza revisión bibliográfica desde 2018 y 2023 utilizando buscador PubMed. Los términos buscados fueron “cáncer próstata”, “PET-PSMA”. Fueron elegidos 6 estudios de tipo metaanálisis, en los cuales se realiza análisis de indicación de uso de imágenes, tasas de positividad y rol en diferentes etapas del avance de la enfermedad.

RESULTADOS

Se evidenció que el PET-PSMA tiene impacto en la etapificación primaria, reportándose un cambio de conducta en hasta 21% de los pacientes, con rol no solamente en la detección precoz de enfermedad diseminada, sino que en el Up-Staging de pacientes previamente etapificados.

DISCUSIÓN

Estudios reportan que PET PSMA presenta mejor sensibilidad (65,9% vs 44,9%) y especificidad (98,9% vs 85,4%) al comparar con RM y TAC en pacientes de riesgo intermedio- alto. En recurrencia bioquímica, bibliografía reporta cambio de conducta en 62% de los pacientes, detectando y localizando enfermedad oculta en hombres con recurrencia bioquímica con imágenes convencionales negativas, cumpliendo un rol especialmente importante en enfermedad avanzada

CONCLUSIÓN

Según nuestra revisión bibliográfica el PET- PSMA presenta gran utilidad en la etapificación primaria de pacientes de alto grado con mejor tasa de detección de enfermedad nodal al comparar con técnicas convencionales, además gran utilidad en recurrencia bioquímica.

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN EL USO DE PANTALLA EN POBLACIÓN CHILENA. REVISIÓN DE LITERATURA 2013–2023.

AUTORES

Martín Sánchez¹,
José Villena¹,
Nicolás Gatica¹,
Vicente Quezada¹

TUTORES

Gonzalo Salinas²

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. EDF en Tercer Año, Subdirector Médico Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisne, Chile.

PALABRAS CLAVES

Tiempo de pantalla, Salud mental, Chile.

m.sanchez07@ufromail.cl



INTRODUCCIÓN

Con el auge tecnológico, nuestra sociedad se ha sometido a mayor exposiciones a tiempo de pantalla (TP) con consecuencias negativas, incluyendo disminución de actividad física y aumento del riesgo cardiovascular. Esto toma mayor relevancia en los tiempos actuales dado la adquisición de nuevos hábitos producto de la pandemia y su implicancia en la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo de esta revisión es recopilar literatura disponible acerca de las repercusiones de la pandemia y cuarentena en el TP en la población chilena. Enfatizando en los cambios actitudinales y en la administración del tiempo en cuarentena. Revisión bibliográfica. La búsqueda se realizó durante agosto del 2023 en la base de datos Pubmed. Los términos utilizados fueron tiempo de pantalla/screen time, Chile y Pandemia/Covid. 6 Artículos cumplieron con los criterios iniciales de selección, sin existir duplicados. Todos pertinentes a la búsqueda en cuestión.

RESULTADOS

Sobre el 80% de los estudios en la población chilena están centrados en la población infantil, edades entre 8–14 años. Solamente el 25% de los individuos estudiados cumplían las recomendaciones de TP y tiempo sentado. Destaca la disminución de actividad física vigorosa y moderada en 32.7% durante la pandemia y aumento del TP (63%), sin diferencias significativas entre ambos sexos. Perjudicando principalmente a residentes urbanos (65.7%) sobre rurales (34.3%).

DISCUSIÓN

Informes estadounidenses refieren un aumento de TP en un 67%, similar a estudios nacionales. Al igual que datos obtenidos de países europeos (España y Portugal) y de sudamérica (Argentina y Perú), constituyéndose así un fenómeno de carácter global, no limitado a nuestro país.

CONCLUSIÓN

Las investigaciones realizadas hasta el momento en población nacional, que han abordado esta temática demuestran que el excesivo TP es perjudicial en múltiples dimensiones para la población (salud cardiovascular, mental, etcétera). Esta es una actualización que engloba diversas consecuencias en población chilena y su asociación durante el período de pandemia.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CONTRA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL EN UROLOGÍA, ¿CUÁL PREFERIR?

AUTORES

Sebastián Gárate¹,
Camila Bravo²

TUTORES

Luis Durán³

AFILIACIONES

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
3. Residente de Urología, Hospital Dipreca, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Cirugía Asistida por Robot, Laparoscopia, Urología.

sebastian.garate1@mail.udp.cl



INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años las técnicas mínimamente invasivas han desplazado la cirugía abierta posicionándose como el gold standard. Desde hace 10 años ha comenzado un auge mundial de la cirugía laparoscópica asistida por robot (RALP). Por excelencia el sistema robótico más utilizado es el Da Vinci®. Hoy en día se mantiene la discusión sobre la superioridad de esta técnica sobre la laparoscopia convencional. Es necesario comparar los resultados quirúrgicos entre laparoscopia y RALP de ese modo podremos elegir la alternativa más costo efectiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo corresponde a un artículo de revisión, se realizó una búsqueda bibliográfica con máximo 5 años de antigüedad en revistas especializadas en Urología con menciones en laparoscopia y cirugía robótica. Se seleccionaron un total de 22 artículos considerados de relevancia, 7 artículos eran chilenos.

RESULTADOS

Los estudios permiten establecer que no se ha demostrado una diferencia significativa entre laparoscopia convencional y RALP. Ambas presentan una disminución en cuanto al dolor, pérdida de sangrado y días cama, comparado con la cirugía abierta.

DISCUSIÓN

La técnica laparoscópica es útil en las principales intervenciones en Urología, como la prostatectomía radical, cistectomía, nefrectomía, etc. Si bien la laparoscopia convencional tiene iguales ventajas que RALP, esta última es poco accesible dado su alto costo. Sin embargo, en la actualidad se encuentran en desarrollo nuevos robots, así como el recientemente lanzado sistema HUGO RAS®, con un costo 20% menor que el Da Vinci®.

CONCLUSIÓN

Debido a la similitud de resultados, se sugiere el uso de la laparoscopia convencional, dando énfasis en el entrenamiento de los Urólogos para el correcto desarrollo de esta técnica. Por otro lado, aunque el robot tiene una curva de aprendizaje menor, tiene costos elevados, por lo que habría que esperar a la masificación de los nuevos sistemas robóticos, volviendo esta tecnología accesible para la población.

HERIDA PENETRANTE ABDOMINAL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORES

Juan Manuel de la Barra Osorio¹,
Nicolás Ignacio de la Barra Osorio²,
Cristóbal José Vidaurre Winter³

TUTORES

Dra. Pascuala Ebner Rodríguez⁴

AFILIACIONES

1. Interno 5° año
Medicina Pontificia
Universidad Católica
de Chile, Santiago,
Chile.
2. Interno 7° año
Medicina Universidad
del Desarrollo,
Santiago, Chile.
3. Alumno 4° año
Medicina Universidad
de Los Andes,
Santiago, Chile.
4. Becada de
Ginecología y
Obstetricia
Universidad de Chile,
Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Laparoscopia,
Laparotomía, Abdomen

cjvidaurre@miuandes.cl



II JCEM 2023

INTRODUCCIÓN

Las Heridas Penetrantes Abdominales (HPA) son un tipo de trauma abdominal abierto donde hay una pérdida de continuidad del peritoneo parietal. En general, son causadas por heridas de arma blanca o fuego, pudiendo causar sangrado que pone en peligro la vida o contaminación de la cavidad abdominal. Las HPA se evalúan y manejan mediante protocolos actualizados y efectivos debido a la variedad de lesiones posibles. La evaluación y manejo de las HPA han sufrido cambios significativos en las últimas décadas, incluida la introducción del concepto "conservadurismo selectivo", el diagnóstico y tratamiento laparoscópico y el manejo no operatorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo de esta revisión es describir y analizar publicaciones nacionales e internacionales actualizadas sobre el manejo de las HPA. Se realizó una búsqueda en plataformas virtuales, como PubMed, Liliacs, ClinicalKey, Willey, Elsevier y Google Scholar, utilizando palabras clave como trauma abdominal, lesión penetrante abdominal, diagnóstico y tratamiento laparoscópico y manejo no operatorio.

RESULTADOS

Todos los estudios analizados coinciden en que los pacientes inestables requieren una laparotomía inmediata, mientras que los pacientes estables pueden someterse a laparoscopia diagnóstica y terapéutica o manejo no operatorio.

DISCUSIÓN

El texto discute dos escenarios para pacientes con HPA, según estabilidad clínica y hemodinámica. Según la literatura, en pacientes hemodinámicamente inestables, es esencial la laparotomía exploradora, mientras que en pacientes hemodinámicamente estables, existen opciones menos invasivas como la laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica o el manejo selectivo no operatorio, gracias a los avances en estudios de imagenología no invasivos.

CONCLUSIÓN

La evaluación y manejo de las HPA han cambiado con el tiempo y se ha podido confirmar que existen varias alternativas para su control. En el presente trabajo se ha observado que un manejo más conservador, junto al adecuado uso del estudio imagenológico y algoritmos de tratamiento estandarizados, han disminuido la intervención quirúrgica en pacientes hemodinámicamente estables, abaratando costos, y morbilidad y mortalidad.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR DISECCIÓN AÓRTICA EN CHILE DURANTE EL 2019–2022.

AUTORES

Ignacio Almazán¹,
Diego Ramos²,
Sarai Espinoza²,
Elena Montt²

TUTORES

Paula Aldunate³

AFILIACIONES

1. Interno de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
3. Médica cirujana, Hospital el Carmen, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Disección aórtica,
Mortalidad, Epidemiología,
Chile

sarai.espinoza707@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DA) es una emergencia, poco frecuente, pero altamente fatal. Es importante conocer la descripción demográfica de esta patología entregando información actualizada a la salud pública chilena.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre tasa de mortalidad (TM) por DA en el periodo 2019–2022 en Chile, según sexo y grupo etario. Se identificará el sexo con mayor TM en la población estudiada (n=799), índice de sobremortalidad y grupo etario con mayor TM en el periodo. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS

La TM por DA en el periodo fue de 1,56/100.000 habitantes. El sexo con mayor TM en el periodo fue el masculino con 2,06. El índice de sobremortalidad general fue de 1,89. El grupo etario de 80 y más años presentó la mayor TM con 31,22 por cada 100.000 habitantes.

DISCUSIÓN

El sexo con mayor TM en el periodo en Chile difiere de estudios internacionales, donde la TM es mayor en mujeres, probablemente secundario a influencias hormonales y mecánicas cuyos procesos fisiopatológicos continúan en estudio. La mayor TM en el grupo etario de 80 y más años puede estar relacionada con una menor reserva fisiológica y mayor prevalencia de enfermedades crónicas, especialmente hipertensión arterial, registrada en 73,3% de la población sobre 65 años en Chile.

CONCLUSIÓN

Siendo identificado el grupo etario de riesgo, es necesario evaluar políticas públicas enfocadas en prevención y promoción en salud con el objetivo de disminuir los factores de riesgo atribuidos a la DA. Debido a que no es posible realizar asociaciones en estudios descriptivos, es necesario profundizar los hallazgos mediante estudios prospectivos.

ANÁLISIS DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO EN EL PERÍODO 2018-2021 EN CHILE.

AUTORES

Valentina Muñoz¹,
Haylin Vilches²,
Carolina Barría³,
Gonzalo Monroy¹

TUTORES

Paula Aldunate⁴

AFILIACIONES

1. Estudiante de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.
2. Interna de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
3. Médica Cirujana, Hospital Dr. Carlos Cisternas, Calama, Chile.
4. Médica Cirujana, Hospital El Carmen, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Alta Hospitalaria, Chile, Trastorno, Esquizoafectivo.

valentina.munozc@alumnos.uv.cl



INTRODUCCIÓN

El Trastorno Esquizoafectivo (TE) implica tanto síntomas afectivos como propios de la esquizofrenia. La evidencia disponible con respecto a este trastorno es escasa. En algunos casos requiere manejo intrahospitalario. El objetivo de este trabajo es describir la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por TE en el periodo 2018-2021 en Chile según sexo y grupo etario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal. Sobre egresos hospitalarios por TE en el periodo 2018-2021 en Chile, según sexo y grupo etario (n=1917) datos recolectados desde el Departamento de Estadística e Información de Salud, con un análisis estadístico descriptivo, cálculo de TEH. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS

TEH general del periodo de 37,43/1000.000 de habitantes. Se evidenció una disminución de 31% en la TEH 2020 respecto al 2019, con 43,03 y 29,67 respectivamente. Según sexo se encontró un leve predominio de la TEH del sexo femenino con 31,98. El grupo etario predominante fue de 20-44 años con 36,00/100.000 habitantes.

DISCUSIÓN

La disminución de TEH evidenciada entre el año 2019-2020 se podría explicar por la pandemia por COVID-19, reportándose una reconversión de camas a camas respiratorias. El sexo femenino presentó mayor TEH, esto podría relacionarse a características biológicas, psicológicas y sociales asociadas a sexo y género. Según estudios existirían diferencias en respuestas al estrés crónico según sexo aumentando en el sexo femenino. El grupo con mayor TEH se condice con literatura internacional.

CONCLUSIÓN

En conclusión se evidencia un grupo de riesgo de hospitalización por TE, es por lo anterior, que se aconseja tener especial énfasis en las consultas de salud mental, con controles seriados frecuentes por parte de los profesionales de atención primaria y/o secundaria, con el objetivo de evaluar la adherencia al tratamiento y sintomatología de riesgo presente en esta población.

UNA ACTUALIZACIÓN: TASA DE MORTALIDAD POR CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS, PERIODO 2017-2021 EN CHILE.

AUTORES

Paula Hidalgo¹,
Vicente Pereda¹,
Nicolás Rauld²,
Natali Angel³

TUTORES

Paula Aldunate⁴

AFILIACIONES

1. Estudiante de medicina, Universidad de la frontera, Temuco, Chile
2. Interno de medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile
3. Interna de medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile
4. Médica Cirujana, Hospital El Carmen, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVES

Diabetes, Cetoacidosis diabética, Mortalidad, Chile

paulaisabella.he@gmail.com



INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética (CAD) es una crisis hiperglucémica común de la diabetes mellitus (DM). Alcanzando hasta un 13% de mortalidad en países en vías de desarrollo. El objetivo de este trabajo es identificar la tasa de mortalidad (TM) por CAD en pacientes con DM, en el periodo 2017-2021 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional, transversal, sobre defunciones por CAD en pacientes con DM en el periodo 2017-2021 en Chile según año, sexo y grupo etario (n= 227). Datos del Departamento de Estadística e Información en Salud, se calculó TM. No fue requerido comité de ética.

RESULTADOS

La TM del periodo estudiado fue de 0.26/100.000 habitantes. Siendo el año 2020 el año con mayor TM con 0,28. La mayor TM se presentó en el sexo femenino con 0,688. El grupo etario de 80 y más años, presentó la mayor TM con 13,3/100.000 habitantes de ese grupo etario.

DISCUSIÓN

El aumento de TM el año 2020 tiene relación a la pandemia de COVID-19, enfermedad la cual se descubrió que puede inducir estados hiperglucémicos, reportándose que el SARS-CoV-2 tiene la capacidad de infectar células β pancreáticas humanas en pacientes que padecieron COVID-19. La mayor tasa de mortalidad femenina y las diferencias de defunción en ambos sexos y grupos etarios pudiesen ser relacionadas a factores hormonales ligados al envejecimiento, como también a hábitos y conductas que influyen en la prevalencia del estado hiperglucémico.

CONCLUSIÓN

Se identificó un grupo de riesgo que presenta mayor TM por CAD, es importante seguir realizando estudios epidemiológicos para conocer la realidad local de esta patología y poder actualizar al personal médico sobre pacientes de riesgo.



ACEM-UFRO

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



REVISTA *de* ESTUDIANTES *de*
MEDICINA DEL SUR

TEMUCO, DICIEMBRE 2023