

COMPETENCIA CIENTÍFICA

DESAFÍOS DE LA URGENCIA

LIBRO DE RESÚMENES

JULIO 2023



**ACADEMIA DE CIRUGÍA,
URGENCIAS Y TRAUMA**
de estudiantes de medicina



UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA



**ACADEMIA DE CIRUGÍA,
URGENCIAS Y TRAUMA**
de estudiantes de medicina

COMPETENCIA CIENTÍFICA

**DESAFÍOS DE
LA URGENCIA**

CARTA DE AGRADECIMIENTOS

Temuco, julio 2023.

Estimados participantes, colaboradores y docentes,

En nombre del Comité Organizador de la **Competencia Científica "Desafíos de la Urgencia"**, organizada por la **Academia de Cirugía, Urgencia y Trauma de Estudiantes de Medicina (ACUTEM UFRO)**, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento por su participación y apoyo en esta actividad.

Este evento no habría sido posible sin la dedicación y el esfuerzo de todos los que han contribuido a su éxito. Agradecemos a los estudiantes que presentaron sus investigaciones y proyectos, demostrando un alto nivel de compromiso y excelencia en las distintas especialidades quirúrgicas y médico-quirúrgicas. Sus contribuciones no solo enriquecen la competencia, sino que también impulsan el avance en la atención médica.

Queremos agradecer especialmente a nuestros colaboradores, cuyo apoyo logístico ha sido fundamental para la realización de esta actividad. También extendemos nuestro agradecimiento a los miembros del equipo docente, que, con su experiencia y conocimiento, han añadido un alto nivel de rigor académico al evento. Su tiempo y esfuerzo en evaluar cada presentación son fundamentales para el éxito de la competencia.

Finalmente, pero no menos importante, agradecemos a todos los asistentes que se tomaron el tiempo para participar enviando sus trabajos, los que próximamente estarán disponibles en nuestro sitio web para su visualización.

Esperamos que esta competencia haya sido una experiencia enriquecedora para todos y que continúe siendo un foro para la discusión y el avance en el campo de la cirugía, la urgencia y el trauma.

Atentamente,

ABDÍAS COFRÉ MORALES
Presidente ACUTEM UFRO

CAMILA DÍAZ HERMOSILLA
Organizadora Competencia Científica



**ACADEMIA DE CIRUGÍA,
URGENCIAS Y TRAUMA**
de estudiantes de medicina

COMPETENCIA CIENTÍFICA

**DESAFÍOS DE
LA URGENCIA**

CARTA A COMISIÓN EVALUADORA (CONISS, CONE-APS U OTROS)

Temuco, agosto 2023

Estimada Comisión Evaluadora:

La Academia de Cirugía, Urgencias y Trauma de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera (ACUTEM UFRO), con el respaldo de la Carrera de Medicina y la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, realizó de manera exitosa la Competencia Científica en el contexto del Curso Desafíos de la Urgencia, desarrollada en modalidad virtual, donde fueron presentados 125 trabajos científicos de especialidades quirúrgicas y médico-quirúrgicas, correspondientes a reportes de caso y trabajos de investigación, por estudiantes, internos y egresados de medicina de distintas universidades chilenas ante un jurado de médicos especialistas y académicos provenientes de distintas casas de estudio.

Los reportes de caso y trabajos de investigación aceptados y presentados fueron plasmados en un Libro de Resúmenes, que está publicado en nuestra página web acutem.cl, de acceso público, lugar donde también se encuentra cada una de las presentaciones en formato video. Cada participante cuenta con su certificado de autor en formato digital, con 3 firmas digitales, además de contar en éste con un código QR como método de verificación.

Saludan atentamente a ustedes,

ABDÍAS COFRÉ MORALES
Presidente ACUTEM UFRO

CAMILA DÍAZ HERMOSILLA
Organizadora Competencia Científica



Dr. Wilfried Diener Ojeda
Decano Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera



ÍNDICE

ANESTESIOLOGÍA

1

SÍNDROME DE HORNER ASOCIADO A ANALGESIA PERIDURAL EN TRABAJO DE PARTO.

CIENCIAS PRECLÍNICAS

2

DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD DE CROHN EN CHILE: ANÁLISIS POR REGIONES ENTRE 2019 Y 2022.

CIENCIAS BÁSICAS

3

LESIONES DESMIELINIZANTES EN EL CEREBELO: UN MODELO PRECLÍNICO PARA EL ESTUDIO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
(MENCIÓN HONROSA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN)

CIRUGÍA GENERAL

4 - 45

ACTUALIZACIÓN: MORTALIDAD POR ÚLCERA POR PRESIÓN EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2018-2021.

VARICES ESOFÁGICAS CON HEMORRAGIA: TASA DE MORTALIDAD ENTRE EL 2018-2022 EN CHILE, UN ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.

ESTUDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ABSCESO HEPÁTICO, ENTRE LOS AÑOS 2017-2021 EN CHILE.

TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMOTÓRAX EN CHILE: UNA REVISIÓN DE DATOS DISPONIBLES EN EL PERIODO 2018 - 2021.

NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO EN CHILE EN EL PERÍODO 2018-2021.

CÁNCER DE ESÓFAGO: ANÁLISIS DE EGRESOS HOSPITALARIOS ENTRE LOS AÑOS 2018 - 2021 EN CHILE

MORTALIDAD POR COLECISTITIS AGUDA EN LA POBLACIÓN ADULTA EN EL PERÍODO 2018-2022 EN CHILE: UNA ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATODUODENECTOMÍA, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, COHORTE HISTÓRICA DURANTE EL PERIODO 2018-2023. (PRIMER LUGAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN)

SÍNDROME COMPARTIMENTAL, COMO COMPLICACIÓN TEMPRANA DE UNA CATETERIZACIÓN CARDIACA POR ABORDAJE RADIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

HERNIA DE GARENGEOT CON DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO.

ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: PERFORACIÓN INTESTINAL POR CORTICOIDES. (SEGUNDO LUGAR CASOS CLÍNICOS)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A PLASTRÓN APENDICULAR EN PACIENTE SOMETIDA A APENDICECTOMÍA ABIERTA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

VÓLVULO DE SIGMOIDES A REPETICIÓN SECUNDARIO A MEGACOLON CHAGÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DIVERTÍCULO ILEAL: REPORTE DE CASO.

APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

DIVERTÍCULO TRAQUEAL: UN RETO DIAGNÓSTICO.

CÁNCER DE TIROIDES EN QUISTE TIROGLOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA SECUNDARIA A SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO, EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.

QUISTE HIDATÍDICO PERITONEAL ROTO COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE SHOCK ANAFILÁCTICO

HALLAZGO INCIDENTAL DE ENFERMEDAD DE CROHN DUODENAL EN PACIENTE CON COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A COLEDOCOLITIASIS.

URGENCIA QUIRÚRGICA: PERFORACIÓN GÁSTRICA DE ÚLCERA PÉPTICA EN ADULTO JOVEN. REPORTE DE CASO.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÍLEO BILIAR POR FÍSTULA COLECISTODUODENAL. REPORTE DE CASO.

MIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE HELLER EN PACIENTE CON ACALASIA TIPO 2; UNA FORMA DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

HERNIA INTERNA COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

FÍSTULA ESÓFAGO-YEYUNAL COMO COMPLICACIÓN DE GASTRECTOMÍA TOTAL.

TUMOR EN PROCESO UNCINADO DEL PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO, CON COMPROMISO DE ARTERIA Y VENA MESENTÉRICA SUPERIOR.

SÍNDROME DE MIRIZZI UNA CAUSA RARA DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA POR DIVERTICULITIS EN ÁNGULO HEPÁTICO DEL COLON

SÍNDROME DE LEMMEL, UNA CAUSA INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

FÍSTULA COLECISTODUODENAL COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE COLELITIASIS A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

NO TODO ES LITIASIS: COLANGITIS SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN MALIGNA.

ENFERMEDAD DE CAROLI: UN DIAGNÓSTICO INUSUAL.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A TRAUMA DE APARICIÓN TARDÍA: REPORTE DE UN CASO.

CONSECUENCIAS INESPERADAS DE UN TRAUMA: HERNIA INTERCOSTAL LUMBAR ADQUIRIDA CON PROTRUSIÓN HEPÁTICA.

HEMATOMA SUPRARRENAL DERECHO SECUNDARIO A TRAUMA ABDOMINAL CERRADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

TRAUMA DE URGENCIAS: MANEJO DE HERIDA PENETRANTE TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA

TRAUMA VASCULAR DE ARTERIA Y VENA POPLÍTEA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL DE ARTERIA Y VENA POPLÍTEA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A KOCURIA ROSEA EN PACIENTE DIABÉTICA MELLITUS TIPO 2 DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLEGMASIA CERÚLEA DOLOROSA, UNA PRESENTACIÓN SEVERA DEL SÍNDROME DE MAY- THURNER, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MANEJO INTEGRAL DE PIE DIABÉTICO: COLABORACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL CON CIRUGÍA PLÁSTICA.

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA SECUNDARIA A TROMBOSIS MESENTÉRICA Y PORTAL: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA MANIFESTACIÓN DE TROMBOFILIA. REPORTE DE UN CASO.

ICTERICIA COMO SIGNO DE MALIGNIDAD, REPORTE DE UN CASO.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

46 - 52

PSEUDOTUMOR CEREBRI: REPORTE DE UN CASO EN PEDIATRÍA.

CONDUCTO URACO PERSISTENTE, UN CASO EXCEPCIONAL DE OMBLIGO HÚMEDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.



CIRUGÍA CONSERVADORA DE PARÉNQUIMA COMO MANEJO DE EQUINOCOSIS PULMONAR BILATERAL SINTOMÁTICA EN PREESCOLAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE ATRESIA YEYUNAL TIPO CÁSCARA DE MANZANA EN UNA RECIÉN NACIDA PREMATURA.

ABSCESO RETROFARÍNGEO, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MANEJO DE ANOMALÍA DE EBSTEIN EN NEONATOLOGÍA, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO. (MENCIÓN HONROSA CASOS CLÍNICOS)

ABDOMEN AGUDO: NO TODO ES APENDICITIS. LINFANGIOMATOSIS INTRAABDOMINAL RECIDIVADA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

DERMATOLOGÍA

53 - 58

PÉNFIGO VULGAR REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL: UN CASO CRÍTICO EN MEDICINA INTENSIVA Y LA IMPORTANCIA DEL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

ERITEMA MULTIFORME POR CONSUMO DE IBUPROFENO EN ADULTA JOVEN.

LENTIGINOSIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN ÁREAS DE PLACAS PSORIÁSICAS RESUELTAS. REPORTE DE UN CASO.

CAUSAS DE ERITRODERMIA A CONSIDERAR EN LA URGENCIA: PITIRIASIS RUBRA PILARIS VARIANTE ATÍPICA DEL ADULTO.

HIPERSENSIBILIDAD TARDÍA INDUCIDA POR NAPROXENO: REPORTE DE CASO.

APARICIÓN PROGRESIVA DE LESIONES TUMORALES CUTÁNEAS EN ADULTOS: MELANOMA Y LOS MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES A CONSIDERAR.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

59 – 73

PARTO PREMATURO EN CHILE: UN ANÁLISIS DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO DURANTE EL PERIODO 2018-2021.

CÁNCER DE ENDOMETRIO: TASA DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CHILENA ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2021.

VARIACIÓN DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO Y EDAD EN MUJERES DEL CESFAM VIOLETA PARRA, ENTRE 2018 y 2022. (SEGUNDO LUGAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN)

HALLAZGO ECOGRÁFICO PRENATAL DE ARCO AÓRTICO DERECHO Y ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA ABERRANTE, REPORTE DE UN CASO. (MENCIÓN HONROSA CASOS CLÍNICOS)

DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR TRAUMÁTICO NO OBSTÉTRICO CON Sonda PEZZER, REPORTE DE UN CASO.

TIROTOXICOSIS POR ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: REPORTE DE UN CASO

INFARTO ENCEFÁLICO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN EL PUERPERIO MEDIATO COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

ABSCESO TUBO-OVÁRICO EN ADOLESCENTE SIN INICIO DE VIDA SEXUAL, UN HALLAZGO INESPERADO.

MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL CON POTENCIAL MALIGNO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

ABSCESO TUBO-OVÁRICO DERECHO CON PLASTRÓN APENDICULAR Y PELVIPERITONITIS CONFIRMADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA.

IMPORTANCIA DE SOSPECHAR UN EMBARAZO ECTÓPICO ROTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE UN CASO.

HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

ROTURA PREMATURA DE PRETÉRMINO DE MEMBRANAS PREVIALE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MALFORMACIONES MÜLLERIANAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO. REPORTE DE CASO.



PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE SEVERO DE DIFÍCIL MANEJO EN EL EMBARAZO.

MEDICINA DE URGENCIA E INTENSIVA

74 - 103

ULTRASONIDO CLÍNICO POR MÉDICOS DE URGENCIA PARA DESCARTAR COLECISTITIS AGUDA. (TERCER LUGAR TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN)

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. TENDENCIA AL AUMENTO EN ATENCIONES DE URGENCIA A NIVEL NACIONAL DURANTE EL PERIODO 2018-2022.

SÍNDROME FEBRIL COMO PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE DISECCIÓN AÓRTICA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO.

ACIDOSIS LÁCTICA POR USO DE METFORMINA ASOCIADO A DELIRIUM EN MUJER DE 82 AÑOS.

FIBRILACIÓN AURICULAR PREEXCITADA EN URGENCIAS COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME WOLFF-PARKINSON-WHITE EN JÓVEN DE 15 AÑOS.

TAKO-TSUBO: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

TORMENTA ELÉCTRICA SECUNDARIA A SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO. MÁS ALLÁ DE LA ELECTRICIDAD Y EL MAGNESIO.

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: URGENCIA DERMATOLÓGICA POCO FRECUENTE SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

INSULINOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

UNA RARA PRESENTACIÓN CLÍNICA, CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA CONCOMITANTE A UNA CRISIS SUPRARRENAL: REPORTE DE UN CASO.

ENFERMEDAD CELIACA EN LA URGENCIA: CHOQUE HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A CRISIS CELÍACA. REPORTE DE CASO.

LOXOSCELISMO CUTÁNEO DE UBICACIÓN POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

MIGRAÑA CON AURA AFÁSICA PROLONGADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN URGENCIAS.

SÍNDROME MENINGOENCEFÁLICO SUBAGUDO SECUNDARIO A VIRUS HERPES HUMANO 7 EN PACIENTE ADULTO INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO.

HEMINEGLIGENCIA Y HEMIANOPSIA SECUNDARIA A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE CASO.

SÍNDROME DE PERCHERÓN Y COMPROMISO DE CONSCIENCIA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

NEURITIS ÓPTICA POR BARTONELLA HENSELAE EN PEDIATRÍA: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE VISUALIZAR.

DE NIÑO SANO A PACIENTE CRÍTICO: UN CASO DE SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO.

ENFRENTAMIENTO DE SÍNDROME PURPÚRICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE CON CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN, REPORTE DE UN CASO.

EPISODIO PSICÓTICO EN TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

SEROSITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

ARTERITIS DE TAKAYASU ¿DESAFÍO DIAGNÓSTICO?

REACTIVACIÓN DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: UN IMITADOR INESPECÍFICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO A COTRIMOXAZOL, A PROPÓSITO DE UN CASO. (PRIMER LUGAR CASOS CLÍNICOS)

HEPATITIS POR CITOMEGALOVIRUS

SÍNDROME DE SUSAC PRESENTADO COMO CEFALEA EN CONTEXTO DE EMERGENCIA HIPERTENSIVA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INUSITADO. REPORTE DE CASO.



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, SECUNDARIO A EMBOLIA SÉPTICA EN CONTEXTO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA AÓRTICA. REPORTE DE CASO.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA, DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AXONAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO, CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

SECCIÓN MEDULAR ALTA POR HERIDA CON ARMA DE FUEGO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

NEUROCIRUGÍA

104 - 106

HEMATOMA SUBDURAL ESPINAL EN PACIENTE USUARIA DE RIVAROXABÁN.

TRAUMATISMO ENCÉFALO-CRANEANO EN PEDIATRÍA DE RESOLUCIÓN NEUROQUIRÚRGICA: CUANDO LA UBICACIÓN Y LA GRAVEDAD NO SON LO QUE APARENTAN.

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: REPORTE DE UN CASO.

OFTALMOLOGÍA

107

MELANOMA DE COROIDES, UNA INFRECUENTE NEOPLASIA MALIGNA OCULAR COMO CAUSA DE PÉRDIDA DE LA VISIÓN, REPORTE DE UN CASO.

OTORRINOLARINGOLOGIA

108 - 112

PANSINUSITIS COMPLICADA CON ABSCESO ORBITARIO CAUSADO POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS EN ADOLESCENTE DE 12 AÑOS.

SÍNDROME DE MOBIUS, UN INFRECUENTE SÍNDROME GENÉTICO, REPORTE DE UN CASO EN EDAD PEDIÁTRICA, Y COMPLICACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS ASOCIADAS.

MASTOIDECTOMÍA EN PACIENTE CON OTITIS MEDIA CRÓNICA COLESTEATOMATOSA COMPLICADA, CON COMPLICACIÓN DE ABSCESO CEREBRAL, REPORTE DE UN CASO.

OSTEOMA DEL OÍDO MEDIO ASINTOMÁTICO: REPORTE DE UN CASO.

SÍNDROME DE LEMIERRE: TROMBOFLEBITIS SÉPTICA COMO COMPLICACIÓN GRAVE DE UNA PATOLOGÍA SIMPLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

113 - 128

DESCRIPCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRAUMATISMOS DE LA RODILLA Y DE LA PIERNA EN REGIONES DE CHILE: PERÍODO 2019 - 2022.

CARACTERIZACIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR LUXACIÓN RECIDIVANTE DE RÓTULA EN EL PERÍODO 2018-2021, EN CHILE.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR EN EL PERÍODO 2018-2021 EN CHILE.

COMPARACIÓN DESCRIPTIVA DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR DESGARRO DE MENISCOS EN EL PERÍODO 2018-2021 EN CHILE.

TRANSFERENCIA DE TRAPECIO INFERIOR EN LESIÓN IRREPARABLE DEL MANGUITO ROTADOR POSTEROSUPERIOR, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO. (TERCER LUGAR CASOS CLÍNICOS)

REPORTE DE UN CASO: LUXOFRATURA DE TALO BILATERAL.

REPORTE DE UN CASO: BURSITIS SÉPTICA PREPATELAR.

REPORTE DE UN CASO: FRACTURA ACETABULAR TRANSVERSA CON COMPROMISO DE PARED POSTERIOR.

FRACTURA VERTEBRAL DESAPERCIBIDA COMO DEBUT DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTE JÓVEN.



DETECCIÓN PRECOZ DE LESIÓN VASCULAR TRAS LUXACIÓN DE RODILLA.

TRANSFERENCIA TENDINOSA DE TIBIAL POSTERIOR COMO SOLUCIÓN A PIE EQUINO NEUROLÓGICO POR IMPACTO BALÍSTICO

MANEJO CON SISTEMA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VAC) Y FIJADORES EXTERNOS PARA PRESERVACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA GRAVEMENTE LESIONADA.

EPIFISIOLISIS FEMORAL PROXIMAL BILATERAL COMO PRESENTACION ATIPICA DE UNA EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA, A PROPOSITO DE UN CASO.

CARPECTOMIA DE FILA PROXIMAL COMO TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE KIENBÖCK, A PROPÓSITO DE UN CASO.

ESPONDILODISCITIS EN UN PACIENTE DIABÉTICO: IMPORTANCIA DEL MANEJO PRECOZ.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: REPORTE DE CASO DE COXOARTRITIS INDUCIDA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS.

UROLOGÍA

129 – 132

POLIKUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE: REPORTE DE UN CASO.

ADENOCARCINOMA DE VEJIGA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

ABSCESO CORTICAL RENAL ROTO SECUNDARIO A PIELONEFRITIS NO TRATADA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPATO RENAL POLIQUÍSTICA.

CARCINOMA PRIMARIO DE PRÓSTATA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-042 | CASO CLÍNICO | ANESTESIOLOGÍA

Autores: Soto Hernández, C.¹; Spano Guajardo, A.¹; Serri López, I.¹; Sepúlveda Melo, P.¹

Tutor/es: Néstor Nicolás Pino Soto²

Afiliaciones:

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

² Médico Anestesiólogo, Servicio Pabellón Central y Post operados, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. La anestesia peridural es una práctica habitual en obstetricia. Sus complicaciones más frecuentes son náuseas, cefalea e hipotensión. En 1972 se reporta por primera vez como complicación el Síndrome de Horner. Consiste en ptosis, miosis, anhidrosis y enrojecimiento facial. Su incidencia en anestesia peridural durante el trabajo de parto oscila entre 0.4 y 1.3 %. Es un fenómeno benigno autolimitado que mayoritariamente no genera repercusión en la madre ni en el feto.

Presentación del caso. Mujer de 32 años, multípara, 89 kg de peso y 165 cm de altura. Ingresó de 39 semanas de gestación al servicio de urgencias del Hospital las Higueras con dinámica de parto y 4 cm de dilatación cervical. Solicitó analgesia peridural. Tras comprobar exámenes de laboratorio normales, se realizó punción en L3 – L4 con aguja de Tuohy número 16 Gauge. Se halló el espacio peridural a 6.5 cm. Se ingresó catéter a 12 cm de la piel, sin incidentes. Se administró refuerzo: bupivacaina 0.5 % 25 mg y lidocaína 100 mg con signos vitales maternos normales. Transcurridos 5 minutos la paciente presentó miosis, ptosis y enrojecimiento facial del lado izquierdo de la cara. La paciente permaneció hemodinámicamente estable. El cuadro revirtió después de 3 horas. A las 7 horas de la peridural nace el neonato sano.

Discusión y conclusiones. Debido a cambios anatomofisiológicos inducidos por el embarazo y su repercusión sobre la anestesia local, es importante tener en conocimiento esta complicación, así poder advertir a la paciente y de presentarse disminuir su ansiedad como la del anestesiólogo, evitando procedimientos diagnósticos innecesarios.

Palabras claves. Anestesia epidural, Anestesia obstétrica, Síndrome de Horner

Referencias

1. Leguizamón Stevenson A. Síndrome de Horner durante anestesia neuroaxial en anestesia obstétrica – revisión de la literatura. Rev Chil Anest [Internet]. 2020;49(2):217–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25237/revchilanestv49n02.06>
2. Castilla Peinado G, García Saura PL, Parrilla Ruiz El, Hijona Elósegui JJ, Contreras Rodríguez A, Torres Martí JM. Síndrome de Horner después de analgesia epidural para el trabajo del parto. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2009;36(6):223–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2008.06.006>
3. Rodríguez-Sánchez E, Vadillo JM, Herrera-Calo P, Marengo de la Fuente ML. Síndrome de Horner tras analgesia epidural para el parto. Informe de 3 casos. Colomb J Anesthesiol [Internet]. 2016;44(2):170–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.01.004>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Catalina Soto Hernández (casoto2017@udec.cl)

DISTRIBUCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD DE CROHN EN CHILE: ANÁLISIS POR REGIONES ENTRE 2019 Y 2022.

TI-CB-151 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | EPIDEMIOLOGÍA

Autores: Machuca Encina, V.¹; González Aja, V.¹; Romero Chaparro, F.²; Quevedo Ramírez, D.²; Aguilera Navarrete, G.²; Herrera Espinoza, S.²

Tutor/es: César Acuña García

Afiliaciones:

¹Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

²Interno de Medicina, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile.

³Médico Cirujano, Servicio de Salud Ñuble, CESFAM Violeta Parra, Chillán, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo. Su incidencia mundial es de 8-12/100.000 habitantes/año. En Chile no existen estudios epidemiológicamente significativos. Se sospecha en cuadros de diarrea prolongada, dolor abdominal, fístulas, y obstrucción intestinal. La confirmación diagnóstica se realiza con una colonoscopia y toma de biopsias. El tratamiento consiste en nutrición adecuada, corticoides, antibióticos y/o inmunomoduladores. La cirugía se reserva en complicaciones y falla del tratamiento médico. El objetivo de esta investigación es describir la distribución de egresos hospitalarios anuales por EC en Chile por regiones entre 2019 y 2022.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal, ecológico. Se recopilaban datos de la plataforma DEIS, seleccionando y comparando los egresos hospitalarios anuales con el diagnóstico de EC por regiones en Chile entre los años 2019 y 2022.

Resultados. Los egresos hospitalarios por EC han disminuido en 2020 y 2021 en comparación con 2019, pero han aumentado en 2022. Valparaíso y Aysén presentaron la tasa más alta de egresos hospitalarios por EC en los últimos cuatro años, mientras que Atacama fue la región con la tasa más baja en 2019 y 2020, pero fue reemplazada por Tarapacá y Maule en 2021 y 2022 respectivamente.

Discusión y conclusiones. La disminución de los egresos hospitalarios por EC en 2020 y 2021, y su aumento de los egresos en 2022 podría relacionarse con la pandemia por SARS-COV 2. Las tasas de egresos varían por regiones, siendo más altas en Valparaíso y Aysén y más bajas en Atacama, posiblemente debido a factores como acceso a atención médica especializada, diagnóstico precoz y prevalencia de la enfermedad en distintas poblaciones. Se necesita continuar analizando los datos y factores asociados para entender mejor estas tendencias observadas.

Palabras claves. Chile, Enfermedad De Crohn, Epidemiología Descriptiva.

Referencias

1. Bewtra M, Kaiser LM, TenHave T, Lewis JD. La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa se asocian con tasas de mortalidad estandarizadas elevadas: un metanálisis. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* [Internet]. 2013 [citado el 14 de mayo de 2023];19(3):599–613. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23388544/>
2. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. Guía clínica ACG: Manejo de la enfermedad de Crohn en adultos. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2018 [citado el 14 de mayo de 2023];113(4):481–517. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29610508/>
3. de Jong MJ, Huibregtse R, Masclee AAM, Jonkers DMAE, Pierik MJ. Medidas de resultado informadas por el paciente para su uso en ensayos clínicos y práctica clínica en enfermedades inflamatorias intestinales: una revisión sistemática. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2018 [citado el 14 de mayo de 2023];16(5):648–663.e3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29074448/>
4. Abegunde AT, Muhammad BH, Bhatti O, Ali T. Factores de riesgo ambientales para las enfermedades inflamatorias del intestino: revisión de la literatura basada en la evidencia. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2016 [citado el 14 de mayo de 2023];22(27):6296–317. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27468219/>
5. Feuerstein JD, Ho EY, Shmidt E, Singh H, Falck-Ytter Y, Sultan S, et al. Guías de práctica clínica de la AGA sobre el tratamiento médico de la enfermedad de Crohn fistulizante perianal y luminal de moderada a grave. *Gastroenterología* [Internet]. 2021 [citado el 14 de mayo de 2023];160(7):2496–508. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34051983/>
6. Rieder F, Zimmermann EM, Remzi FH, Sandborn WJ. Enfermedad de Crohn complicada por estenosis: una revisión sistemática. *Intestino* [Internet]. 2013 [citado el 14 de mayo de 2023];62(7):1072–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23626373/>
7. Sandborn WJ. Evaluación y tratamiento de la enfermedad de Crohn: herramienta de decisión clínica. *Gastroenterología* [Internet]. 2014 [citado el 14 de mayo de 2023];147(3):702–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25046160/>

AUTOR CORRESPONSAL: Valentina Machuca Encina (vmachuca@medicina.ucsc.cl)

LESIONES DESMIELINIZANTES EN EL CEREBELO: UN MODELO PRECLÍNICO PARA EL ESTUDIO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

TI-CB-086 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | NEUROCIENCIAS

Autores: Polit Muñoz, A.¹; Núñez Ibáñez, A.¹; Vejar Contuliano, S.²; Ortiz Cisternas, F.³

Tutor/es: Fernando Andrés Ortiz Cisternas³

Afiliaciones:

¹ Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago.

² Bioquímico, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

³ Biólogo, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Doctorado en ciencia fisiológicas, Pontificia universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La esclerosis múltiple es una enfermedad neurodegenerativa la cual afecta al sistema nervioso central, caracterizada por la pérdida de mielina en las neuronas. Las terapias en la actualidad solo apuntan a la disminución del proceso inflamatorio, pero ninguna logra regenerar la mielina a su estado inicial. Es por esto que nace la necesidad de crear nuevos modelos para estudiar esta enfermedad. Nuestro proyecto consta de realizar un modelo in vivo que reproduzca la sintomatología de la enfermedad y así estudiar los mecanismos fisiopatológicos implicados.

Materiales y métodos. Para esto realizamos un protocolo de inyecciones estereotáxicas de lisolectina en el cerebelo de ratones adultos. Sustancia la cual elimina los oligodendrocitos de la zona, generando lesiones desmielinizantes en el cerebelo. Posterior a esta inyección se evaluó la capacidad motriz y respiratoria.

Resultados. Los ratones demostraron un patrón respiratorio irregular, disminución de la ventilación y una disminución del equilibrio. Finalmente, existe una recuperación parcial de estos parámetros en el tiempo, observación consistente con la remielinización parcial que se espera en el modelo.

Discusión y conclusiones. En conclusión, se realizó un modelo experimental in vivo donde podemos comparar los parámetros clínicos antes y posterior a las lesiones desmielinizantes, siendo una aproximación de futuros modelos preclínicos para el estudio de los mecanismos celulares de esta enfermedad.

Palabras claves. Enfermedades Neuroinflamatorias, Esclerosis múltiple, Remielinización.

Referencias

1. Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. Multiple sclerosis. N Engl J Med [Internet]. 2018;378(2):169–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmra1401483>
2. Meca-Lallana V, Berenguer-Ruiz L, Carreres-Polo J, Eichau-Madueño S, Ferrer-Lozano J, Forero L, et al. Deciphering multiple sclerosis progression. Front Neurol [Internet]. 2021; 12:608491. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2021.608491>
3. Kipp M, Nyamoya S, Hochstrasser T, Amor S. Multiple sclerosis animal models: a clinical and histopathological perspective: Multiple sclerosis animal models. Brain Pathol [Internet]. 2017;27(2):123–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bpa.12454>
4. Magyari M, Sorensen PS. Comorbidity in Multiple Sclerosis. Front Neurol [Internet]. 2020;11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2020.00851>
5. Abboud H, Hill E, Siddiqui J, Serra A, Walter B. Neuromodulation in multiple sclerosis. Mult Scler [Internet]. 2017;23(13):1663–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1352458517736150>

UFRO

AUTOR CORRESPONSAL: Andrés Polit Muñoz (andres.munoz@cloud.uaautonoma.cl)

ACTUALIZACIÓN: MORTALIDAD POR ÚLCERA POR PRESIÓN EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2018-2021.

TI-EQ-118 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - PLÁSTICA

Autores: Bórquez Quintana, C.¹; Farias Elfernan, I.²; Gómez Bobadilla, C.¹; Quiroz Flores, M.¹

Tutor/es: Paula Aldunate González

Afiliaciones:

¹Estudiante de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

²Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

³Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las úlceras por presión (UPP), definidas como regiones de daño localizado en la piel. Estas están asociadas con mayores tasas de mortalidad, costos y estadías hospitalarias más prolongadas. El objetivo del estudio es calcular la tasa de mortalidad (TM) por UPP en Chile entre los años 2018-2021.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo ecológico, sobre la mortalidad en mayores a 15 años por UPP, periodo 2018-2021 en Chile, según sexo y edad (n=1805). Datos obtenidos del departamento de estadística e información en salud. Se aplicó estadística descriptiva y cálculo de TM. No se requirió comité de ética.

Resultados. TM total del periodo de 3,21/100.000 habitantes. La TM aumentó de 3,16 a 3,53 entre el año 2020-2021. El sexo femenino presentó una mayor TM con respecto al masculino con 3,93. El grupo etario de mayores de 80 años concentró las mayores TM del periodo con 68,2.

Discusión y conclusiones. El aumento de la TM entre los años 2020-2021 podría asociarse al alza de pacientes hospitalizados por el virus SARS-COV 2, aumentando las hospitalizaciones en Unidad de Cuidados Intensivos, en las cuales se reporta un mayor desarrollo de UPP y a su vez la mortalidad intrahospitalaria. El sexo con mayor TM podría relacionarse a la alta prevalencia de comorbilidades y estilo de vida más sedentario, lo cual concuerda con otros estudios hispánicos. El grupo etario con mayor TM podría deberse a la presencia de más discapacidades físicas y comorbilidades, factores de riesgo, como diabetes e hipertensión para el desarrollo de UPP. En conclusión, este trabajo extiende la posibilidad de indagar en investigaciones acerca de los FR involucrados en el desarrollo de UPP y el impacto de la pandemia por el virus SARS-COV 2, enriqueciendo la literatura actual y determinando el grupo que presentaría mayor riesgo de morir a causa de UPP.

Palabras claves. Chile, Mortalidad, Úlcera por presión.

Referencias

1. Machaín GM, Aldana CA, Larroza W, Capdevila D, Páez LI, Cáceres ME. Úlceras por presión en el Servicio de Urgencias de Adultos del Hospital de Clínicas en el periodo 2014-2019. An. Fac. Cienc. Méd (Asunción) [Internet]. 2021 [Consultado el 21 abr 2023]; 54(2):103-10. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/2343>
2. Mervis JS, Phillips TJ. Úlceras por presión: Fisiopatología, epidemiología, factores de riesgo y presentación. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2019 [Consultado el 21 abr 2023]; 81(4):881-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30664905/>
3. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Sistema revisado de estadificación de lesiones por presión del Panel Nacional Asesor sobre Úlceras por Presión: Sistema revisado de estadificación de lesiones por presión. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2016 [Consultado el 21 abr 2023]; 43(6):585-97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27749790/>
4. Garcia S, Alòs J, Guallar J, Viu M, Serra-Prat M. Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de las úlceras por presión en el pie en ancianos hospitalizados. Un estudio observacional y prospectivo. J Healthc Qual Res [Internet]. 2021 [Consultado el 21 abr 2023];36(1):27-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33342758/>
5. Díaz-Caro I, García Gómez-Heras S. Incidencia de úlceras por presión adquiridas en el hospital en pacientes con “riesgo mínimo” según la escala “Norton-M”. PLoS One [Internet]. 2020 [Consultado el 21 abr 2023];15(1):e0227052. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31914154/>
6. Real López L, Díez Estébanez ME, Serrano Hernantes M, Iglesia García E de la, Blasco Romero I, Capa Santamaría S, et al. Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. Gerokomos [Internet]. 2017 [Consultado el 20 abr 2023];28(2):103-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200103
7. Leiva-Caro JA, Gutiérrez Parada NA, Vidal Reyes MP, Rivera Torres CME, Luengo Martínez C. Úlceras por presión en pacientes de un hospital de alta complejidad en Chile. BENESSERE-Revista de Enfermería [Internet]. 2019 [Consultado el 20 abr 2023];4(1). Disponible en: <https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/2303>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Camila Gómez Bobadilla (camilagomezbobadillaa@gmail.com)

VARICES ESOFÁGICAS CON HEMORRAGIA: TASA DE MORTALIDAD ENTRE EL 2018-2022 EN CHILE, UN ANÁLISIS DEMOGRÁFICO.

TI-EQ-135 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Gomez Torin, P.¹; Espinoza Molina, S.²; Sanzana Ruiz, P.³; Barraza Vega, J.⁴

Tutor/es: Paula Aldunate González⁵

Afiliaciones:

- ¹ Médico cirujano, CESFAM Dr. Raúl Cuevas Palma, Santiago, Chile.
- ² Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
- ³ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
- ⁴ Interna de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
- ⁵ Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las várices esofágicas (VE) son venas anormalmente dilatadas generadas por hipertensión portal. Su principal complicación es el sangrado digestivo, asociado a alta mortalidad. Por esto, el objetivo de este trabajo es calcular la tasa de mortalidad (TM) por VE en el periodo 2018-2022 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo observacional, sobre defunciones por VE con hemorragia entre 2018-2022, según sexo y grupo etario. Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, se realizó cálculo de TM e índice de sobremortalidad. No se requirió comité de ética.

Resultados. Durante el periodo estudiado se reportó una mayor TM durante el año 2021 con 0,53/100.000 habitantes, El sexo con mayor TM fue el masculino con 0,57/100.000 habitantes de ese sexo, con respecto al índice de sobremortalidad por cada 2,96 hombres muere 1 mujer; El grupo etario de 80 y más años presenta la mayor TM en el periodo de estudio con 5,73 por cada 100.000 habitantes.

Discusión y conclusiones. Al analizar por año los resultados obtenidos, difieren de diferentes estudios realizados, lo cual se puede deber a la congestión constante que existe en el sistema de salud pública. El alcohol es uno de los principales factores que aumenta la TM por VE, donde el 20.5% de los hombres presenta consumo riesgoso de alcohol en el país, lo que podría explicar la mayor TM obtenida en este estudio en el sexo masculino. Así mismo, un estudio realizado por la Universidad de Cuba es coincidente con una mayor TM a medida que aumenta el grupo etario, como evidencia este estudio. En conclusión se observa un grupo con mayor TM y se evidencia escasa información epidemiológica en Chile de VE. Es necesario la realización de más estudios a nivel nacional para profundizar en las posibles causas de los resultados encontrados.

Palabras claves. Chile, Epidemiología, Várices esofágicas y gástricas

Referencias

1. Beltrán-Campos EG, Zamorano-Orozco Y, Huete-Sandoval G, Ramírez-Ramírez MÁ, Martínez-Camacho C, Mejía-Cuán LÁ, et al. Factores asociados para el desarrollo de várices gástricas. Endoscopia [Internet]. 2019 [citado el 10 de mayo de 2023];31:477–80. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-64832019000600477&script=sci_arttext
2. Moreira Barinaga OM, Rodríguez Fernández Z, Manzano Horta E, Rodríguez Hung S, Nazario Dols AM, Martínez Pinillo IM. Conocimientos vigentes en torno a la hemorragia digestiva alta varicosa. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2018 [citado el 10 de mayo de 2023];47(3):1–14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572018000300014
3. Meseeha M, Attia M. Várices esofágicas. StatPearls [Internet]. 2023 [citado el 07 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448078/?report=classic>
4. Pinto C, Parra P, Magna J, Gajardo A, Berger Z, Montenegro C, et al. Hemorragia digestiva alta variceal y no varicela: Mortalidad intrahospitalaria y características clínicas en un hospital universitario (2015-2017). Rev. Med. Chile [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n3/0717-6163-rmc-148-03-0288.pdf>
5. Martínez Salinas GA, Figueroa Navarro PP, Toro Perez JI, García Carrasco C, Csendes Juhasz A. Conducta actual frente a la Hemorragia Digestiva Alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Cirugia [Internet]. 2021 [citado el 13 de mayo de 2023];73(6):728–43. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492021000600728&script=sci_arttext
6. Durán H. Lapidario informe sobre las listas de espera en la salud pública: 20 mil muertos, 2 millones de cirugías y consultas pendientes y hasta 600 días de retraso. Ex Ante [Internet]. 2022 [citado el 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ex-ante.cl/la-cruda-realidad-de-las-listas-de-espera-en-la-salud-publica-20-mil-muertos-2-millones-de-cirugias-y-consultas-pendientes-y-hasta-600-dias-de-retraso/>
7. Moreira-Barinaga O, Rodríguez-Fernández Z, Manzano-Horta E, Rodríguez-Hung S, Romero-García L, Maurelo-Martínez-Pinillo I. Factores asociados a la mortalidad por sangrado digestivo alto variceal. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado 13 May 2023]; 17 (6) :[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2354>
8. Minsal.cl. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/ACTUALIZACION-SITUACION-DE-SALUD-DE-ADOLESCENTES-PROGRAMA-NACIONAL-DE-SALUD-INTEGRAL-DE-ADOLESCENTES-Y-JOVENES.pdf>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Sarai Espinoza Molina (sarai.espinoza707@gmail.com)

ESTUDIO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR ABSCESO HEPÁTICO, ENTRE LOS AÑOS 2017-2021 EN CHILE.

TI-EQ-080 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Luman Briones, E.¹; Parraguez Delgado, B.¹; Echaiz Ibarra, K.¹

Tutor/es: Paula Aldunate González²

Afiliaciones:

¹Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.

²Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. El absceso hepático es una masa causada por la invasión de microorganismos en el parénquima hepático sano. Se asocia a una mayor mortalidad en pacientes inmunodeprimidos, adultos mayores, abscesos múltiples, ictericia, hipoalbuminemia y leucocitosis. El objetivo del presente estudio es describir la Tasa de mortalidad (TM) por Absceso Hepático, entre los años 2017-2021 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo y transversal sobre las defunciones por Absceso Hepático entre los años 2017-2021 en Chile (n=181), según sexo y grupo etario. Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, por lo que no se requirió comité de ética. Se realizó estadística descriptiva y cálculo de TM.

Resultados. La TM presentó un aumento para el año 2020 con 0,28/100.000 habitantes, respecto a los años de estudio. El sexo femenino presentó mayor TM con 0,29/100.000 habitantes en el periodo de estudio, con un índice de sobremortalidad de 1,07. El grupo etario con mayor TM fue en mayores de 80 años con un 2,25/100.000 habitantes.

Discusión y conclusiones. El aumento de TM el año 2020, podría deberse a la pandemia por el virus COVID-19, se reportan series de casos de absceso hepático en pacientes que han tenido infección por COVID-19. Con respecto al sexo con mayor TM, los principales factores de riesgo que lleva a una defunción por absceso hepático son las patologías biliares, y este tipo de patologías presentan una mayor prevalencia en el sexo femenino en el territorio nacional. El grupo etario de 80 y más años, presenta mayor cantidad de comorbilidades, las cuales pueden conllevar una mayor mortalidad por esta patología. En conclusión, es importante conocer la epidemiología local del absceso hepático como es la mortalidad, para informar o trabajar en la prevención de grupos de riesgo, se invita a continuar investigando sobre la epidemiología local.

Palabras claves. Absceso hepático, Chile, Mortalidad

Referencias

1. Roediger R, Lisker-Melman M. Pyogenic and amebic infections of the liver. Gastroenterol Clin North Am [Internet]. 2020;49(2):361–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2020.01.013>
2. Losie JA, Lam JC, Gregson DB, Parkins MD. Epidemiology and risk factors for pyogenic liver abscess in the Calgary Health Zone revisited: a population-based study. BMC Infect Dis [Internet]. 2021;21(1):939. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-021-06649-9>
3. Martínez LC, García YJ, del Carmen Trevin Licea M, Blanco DIG. Absceso hepático roto. Rev cienc médicas Pinar Río [Internet]. 2022 [citado el 6 de enero de 2023];26(4):5490. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5490>
4. Zimmermann L, Wendt S, Lübbert C, Karlas T. Epidemiology of pyogenic liver abscesses in Germany: Analysis of incidence, risk factors and mortality rate based on routine data from statutory health insurance. United European Gastroenterol J [Internet]. 2021;9(9):1039–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.12132>
5. Yoo J-J, Lee TK, Kyoung D-S, Park M-A, Kim SG, Kim YS. A population-based study of pyogenic liver abscess in Korea: Incidence, mortality and temporal trends during 2007-2017. Liver Int [Internet]. 2021;41(11):2747–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/liv.15034>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Brayan Felipe Parraguez Delgado (bray.parra98@gmail.com)

TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR HEMOTÓRAX EN CHILE: UNA REVISIÓN DE DATOS
DISPONIBLES EN EL PERIODO 2018 - 2021.

TI-EQ-084 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - TRAUMA

Autores: Vergara leal, F.¹; Soto Franco, A.¹; Aravena Woldarsky, C.²; Sepúlveda Puga, F.²

Tutor/es: Paula Aldunate González

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Estudiante de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

³ Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. El hemotórax es una acumulación de sangre entre la pleura visceral y parietal que tiene un 50% o más del hematocrito de la sangre periférica. La etiología traumática es la más frecuente y principal causa de hospitalización. El objetivo de este trabajo es calcular la tasa de egreso hospitalario (TEH) por hemotórax en Chile entre 2018 a 2021.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, observacional sobre egresos hospitalarios por hemotórax entre 2018-2021 en Chile, datos obtenidos del departamento de estadísticas e información en salud. Se calculo la TEH según sexo y edad. No se requirió de aprobación del comité de ética.

Resultados. La TEH del periodo de estudio fue de 1,22 por cada 100.000 habitantes, con una TEH para el año 2020 de 1,41 y una baja de 1,15 para el año 2021. El sexo masculino presentó la mayor TEH con 2,10/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TEH, con 3,08/100.000 habitantes, fue el de 80 y más años.

Discusión y conclusiones. Las TEH obtenidas anteriormente en cada año, muestran una tendencia creciente hasta el año 2020 y una disminución el 2021, lo cual probablemente se debió al confinamiento dada la pandemia de COVID-19, disminuyendo posiblemente etiologías traumáticas de hemotórax. El hemotórax predomina en el sexo masculino, lo que es concordante con lo reportado internacionalmente, esto probablemente se debe a que los hombres sufren más traumatismos. Por grupo etario destacan los egresos en pacientes mayores de 80 años, lo que posiblemente es debido a características morfológicas y fisiológicas propias del envejecimiento que implican una mayor necesidad de hospitalización. Se evidencia grupos de riesgo como es el sexo masculino y a mayores grupos etarios, es importante conocer los grupos de riesgo para aplicar medidas preventivas. Se invita a continuar la realización de estudios de esta patología de gran importancia.

Palabras claves. Chile, Epidemiología, Hemotórax.

Referencias

1. Patel NJ, Dultz L, Ladhani HA, Cullinane DC, Klein E, McNickle AG, et al. Management of simple and retained hemothorax: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. Am J Surg [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2023];221(5):873–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33487403/>
2. Dogrul BN, Kiliccalan I, Asci ES, Peker SC. Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. Chin J Traumatol [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2023];23(3):125–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32417043/>
3. Zeiler J, Idell S, Norwood S, Cook A. Hemothorax: A review of the literature. Clin Pulm Med [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2023];27(1):1–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33437141/>
4. González L. R, Barra M. S, Riquelme U. A, Reyes M. R, Alarcón O. F, Seguel S. E, et al. TRAUMATISMO TORÁCICO: ANÁLISIS DE HOSPITALIZACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO. Rev Cirugia [Internet]. 2021 [citado el 1 de mayo de 2023];73(4):410–9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492021000400410&script=sci_arttext
5. Lundin A, Akram SK, Berg L, Göransson KE, Enocson A. Thoracic injuries in trauma patients: epidemiology and its influence on mortality. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2022 [citado el 1 de mayo de 2023];30(1):69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36503613/>
6. Dennis BM, Bellister SA, Guillaumondegui OD. Thoracic trauma. Surg Clin North Am [Internet]. 2017;97(5):1047–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2017.06.009>
7. González L. R, Riquelme U. A, Toloza A. C, Reyes M. R, Seguel S. E, Stockins L. A, et al. HEMOTÓRAX MASIVO POR TRAUMATISMO TORÁCICO EN PACIENTES TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE. Rev Cirugia [Internet]. 2020;72(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020005655>
8. Melo ASA de, Moreira LBM, Pessoa FMC, Saint-Martin N, Ancilotti Filho R, Souza AS Jr, et al. Tomographic aspects of penetrating thoracic trauma: injuries from firearms and other weapons. Radiol Bras [Internet]. 2017 [citado el 1 de mayo de 2023];50(6):372–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29307927/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Fabián Ignacio Vergara leal (fabianvergara1a@gmail.com)

NEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO EN CHILE EN EL PERÍODO 2018-2021.

TI-EQ-087 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - TRAUMA

Autores: Almazán Brito, I.¹; Araya Retamal, J.¹; Arévalo Navarro, R.¹; Chirino Letelier, C.¹

Tutor/es: Paula Aldunate González

Afiliaciones:

¹ Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.

² Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. El neumotórax traumático (NT) corresponde al colapso pulmonar parcial o completo donde existe aire en el espacio pleural secundario a trauma. El objetivo es calcular la tasa de egreso hospitalario (TEH) por NT en el periodo 2018-2021 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio observacional, transversal y descriptivo, sobre TEH por NT en Chile en el periodo 2018–2021 (N=3.821). Se utilizaron las variables sexo, grupo etario y días promedio de hospitalización. Los datos fueron obtenidos del Departamento de Estadísticas e Instituto Nacional de Estadísticas. No requirió comité de ética.

Resultados. La TEH más alta fue el 2020 con 7,50/100.000 habitantes. El sexo masculino obtuvo la TEH mayor con 12,62/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TEH fue entre 20-44 años con 11,14/100.000 habitantes. Al comparar el promedio de días de hospitalización según sexo existe mayor cantidad en mujeres que hombres. Al comparar la TEH según sexo y grupo etario durante 2018–2021, la mayor tasa de egresos corresponde al 2020 en hombres entre los 20–44 años.

Discusión y conclusiones. Existe un predominio de NT en hombres entre los 20-40 años en todo el periodo analizado, posiblemente relacionado con su alta prevalencia en accidentes automovilísticos. Por otra parte, las TEH pudieran estar relacionadas con el manejo intrahospitalario de estos pacientes. Considerar la falta de información epidemiológica de datos analizados que dificulta su estudio. Se evidenció un mayor predominio de TEH por NT en hombres jóvenes entre 20-40 años, siendo concordante con la literatura internacional. Se requieren más estudios nacionales para profundizar los hallazgos encontrados.

Palabras claves. Chile, Epidemiología, Neumotórax.

Referencias

1. Tran J, Haussner W, Shah K. Traumatic pneumothorax: A review of current diagnostic practices and evolving management. J Emerg Med [Internet]. 2021 [citado el 18 de mayo de 2023];61(5):517–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34470716/>
2. Anderson DE, Kocik VI, Rizzo JA, Fisher AD, Mould-Millman N-K, April MD, et al. A Narrative Review of Traumatic Pneumothorax Diagnoses and Management. Medical Journal (Fort Sam Houston, Tex) [Internet]. 2023 [citado 12 Feb 2023];(Per 23-1/2/3):3–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36607292/>
3. McKnight CL, Burns B. Pneumothorax. En: StatPearls[Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Enero 2023-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441885/>
4. González L. R, Riquelme U. A, Fuentes E. A, Saldías F. R, Reyes M. R, Seguel S. E, et al. Traumatismo torácico: caracterización de hospitalizaciones durante tres décadas. Revista médica de Chile [Internet]. 1 Febrero 2018 [citado 18 Junio 2022];146(2):196–205. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018000200196&script=sci_arttext
5. Sarıçam M, Özkan B, Türk Y. Management of traumatic pneumothorax in isolated blunt chest trauma. Eur Res J [Internet]. 2018; Disponible en: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/478623>
6. Chrysou K, Halat G, Hokschi B, Schmid RA, Kocher GJ. Lessons from a large trauma center: impact of blunt chest trauma in polytrauma patients—still a relevant problem? Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2017;25(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-017-0384-y>
7. Banks KC, Mooney CM, Mazzolini K, Browder TD, Victorino GP. Comparison of outcomes between observation and tube thoracostomy for small traumatic pneumothoraces. The American Journal of Emergency Medicine [Internet]. 1 Abril 2023 [citado 12 Feb 2023];66:36–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675723000189?via%3Dihub>
8. González L. R, Fuentes E. A, Riquelme U. A, Reyes M. R, Seguel S. E, Stockins L. A, et al. TRAUMATISMO TORÁCICO EN EL ADULTO MAYOR. Rev Cirugía [Internet]. 2020;72(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020003543>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Ignacio Almazán Brito (in.almazan@gmail.com)

TI-EQ-136 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Aguilera Mancilla, M.¹; Espinosa Rivera, A.²; Aliaga Espinoza, N.³; Baier Contreras, M.⁴

Tutor/es: Paula Aldunate González⁵

Afiliaciones:

¹ Estudiante de medicina, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

² Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del mar, Chile.

³ Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.

⁴ Estudiante de medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

⁵ Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. El cáncer esofágico (CE), es una neoplasia maligna que se origina en el revestimiento interno del esófago. El diagnóstico es tardío y con escasos resultados terapéuticos. En ocasiones requiere manejo intrahospitalario. En Chile ocupa el 12º lugar como causa de mortalidad. El objetivo de este trabajo es calcular la tasa de egreso hospitalario (TEH) por CE entre los años 2018 - 2021 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio de tipo descriptivo, observacional, sobre egresos hospitalarios por CE en el periodo 2018-2021 en Chile según sexo y grupo etario, datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Se calculó TEH, no se requirió comité de ética.

Resultados. La TEH del periodo de estudio fue de 7,01/100.000 habitantes, la menor fue el año 2021 con 6,26/100.000 habitantes. Se observó mayor cantidad de egresos en el sexo masculino con 9,29; y en el grupo etario de mayores de 80 años con 44,45 por cada 100.000 habitantes de ese grupo etario.

Discusión y conclusiones. Las TEH más bajas se produjeron durante los años 2020-2021, cuando se desarrolló la pandemia de COVID-19 posiblemente relacionado al subdiagnóstico al bajar la asistencia a centros médicos por parte de la población. El sexo masculino, quienes presentan mayor TEH pareciera estar explicado por la mayor prevalencia de obesidad abdominal, reflujo gastroesofágico y la asociación de testosterona en hombres. El grupo etario de 80 y más se reporta como un grupo etario con mayor incidencia de cáncer, pudiendo explicar una mayor TEH en ese grupo.

En conclusión es importante conocer la situación epidemiológica del CE en Chile, pues permite planificar intervenciones respecto a esta misma, como en el grupo masculino el cual presenta mayor TEH. Siendo fundamental complementar este estudio con otros que muestren más indicadores de esta patología.

Palabras claves. Epidemiología, Hospitalización, Neoplasia Esofágica.

Referencias

1. Liu CQ, Ma YL, Qin Q, Wang PH, Luo Y, Xu PF, et al. Epidemiology of esophageal cancer in 2020 and projections to 2030 and 2040. Thorac Cancer [Internet]. 2023;14(1):3–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1759-7714.14745>
2. Uhlenhopp DJ, Then EO, Sunkara T, Gaduputi V. Epidemiology of esophageal cancer: update in global trends, etiology and risk factors. Clin J Gastroenterol [Internet]. 2020;13(6):1010–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12328-020-01237-x>
3. Monier Martínez Yurislina, León Columbié Anely Rosalia, Díaz Fondén Jesús, Despaigne Guillot Odalis, Rojas Columbié Yoilán. Aspectos clinicoepidemiológicos, endoscópicos e histológicos en ancianos con cáncer de esófago. MEDISAN [Internet]. 2022 Jun [citado 2023 Mayo 11] ; 26(3): e4146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000300003&lng=es. Epub 23-Mayo-2022.
4. Feuereisen A, López R, Lüer MI, Mir V, Solano S, Ticozzi B. Cáncer de esófago, análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Confluencia [Internet]. 30 de diciembre de 2020; 3(2):47-51. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/459>
5. Jáuregui-Francia FT, Jáuregui-Caycho L, del Rosario Figueroa-Bejarano M, del Rosario Jáuregui-Figueroa M, Purilla-Janto JM. Updated management surgical treatment of esophageal cancer. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2018 [citado el 12 de mayo de 2023];18(4):1–1. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1732>.
6. Mesa Izquierdo Orlando, Martínez Martínez Tania, Macías Ochoa Yaimara, Ramos Rodríguez Ana Olivia, Escalona Ferro Onelia. Characterization and Chances for Surgical Treatment in Patients with Esophageal Cancer. Rev Cubana Cir [Internet]. 2021 Sep [citado 2023 Mayo 11] ; 60(3): e1074. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000300001&lng=es. Epub 01-Sep-2021.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Matías Aguilera Mancilla (mnaguilera@uc.cl)

MORTALIDAD POR COLECISTITIS AGUDA EN LA POBLACIÓN ADULTA EN EL PERÍODO 2018-2022 EN CHILE: UNA ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

TI-EQ-148 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Gomez Torin, P.¹; Rojas Mella, C.²; Aguilera Mancilla, M.³; Rodríguez Flores, J.⁴

Tutor/es: Paula Aldunate González⁵

Afiliaciones:

¹ Médico Cirujano, CESFAM Dr. Raúl Cuevas Palma, Santiago, Chile.

² Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

³ Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

⁵ Médica Cirujana, Hospital el Carmen, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La colecistitis aguda (CA) es una inflamación de la vesícula biliar que representa una urgencia quirúrgica mundial, presentando una mortalidad global por complicaciones cercana al 20%. El objetivo del presente estudio consiste en calcular la tasa de mortalidad (TM) por CA en el período 2018-2022 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal. Los datos de defunciones por CA en Chile entre 2018-2022 (n=669) según sexo y grupo etario se obtuvieron del Departamento de Estadísticas de Información en Salud. Se calculó la TM. No se requirió comité de ética.

Resultados. Se determinó una TM por CA de 1,04/100.000 habitantes en el período 2018-2022, siendo el año 2022 la mayor con 1,09. El sexo masculino presentó la mayor TM con 1,12/100.000 habitantes. El grupo etario de 80 años y más obtuvo la mayor TM con un valor de 14,23.

Discusión y conclusiones. La TM por CA en Chile durante el período 2018-2022 es bastante menor que la reportada en la literatura internacional. Esta ha ido al alza en los últimos años, posiblemente por un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología producto de la pandemia. La mayor TM en hombres en el período de estudio podría deberse a la asociación del sexo masculino a consultas más tardías con una presentación del cuadro más grave. Se plantea que la mayor TM en el grupo etario de 80 años y más sería consecuencia de una mayor presencia de comorbilidades a dicha edad, y una menor reserva fisiológica. En conclusión se evidencia un grupo de riesgo, por lo tanto, es de vital importancia que los profesionales médicos estén alerta y capacitados para identificar y tratar esta afección de manera oportuna, con el objetivo de reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves. Chile; Colecistitis Aguda; Tasa de Mortalidad.

Referencias

1. Ramos C, Mendoza J, Ponce J. Aplicación de la Guía de Tokio en Colecistitis Aguda Litiásica. Rev Méd La Paz. 2018;24(1):19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es&nrm=iso.
2. Lara B, Flisfisch H. Complicaciones de la colecistitis aguda. Revista de Medicina y Humanidades Médicas. 2019;10(1):25-29. Disponible en: https://revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2019/numero_unico/05_Complicaciones%20de%20la%20colecistitis%20aguda.pdf.
3. Gallaher J, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. JAMA. 2022;327(10):965-975. Disponible en: doi:10.1001/jama.2022.2350.
4. Ludovica M, D'Andrea V, Lauro A, Bellini MI. Acute Cholecystitis from Biliary Lithiasis: Diagnosis, Management and Treatment. Antibiotics. 2023;12(3):482-499. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antibiotics12030482>.
5. Zarate A, Torrealba A, Patiño B, Alvarez M, Raue M. Colelitiasis: Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. 2018;1(1):35-40. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/colelitiasis.pdf>.
6. González A, Sancho J, Miguel M, Morera J, Membrilla E, Pons MJ, Pera M, Grande L. Mortality risk estimation in acute calculous cholecystitis: beyond the Tokyo Guidelines. World J Emerg Surg. 2021;16(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00368-x>.
7. Maddu K, Phadke S, Hoff C. Complications of cholecystitis: a comprehensive contemporary imaging review. Emerg Radiol. 2021;28(5):1011-1027. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10140-021-01944-z>.
8. Tufo A, Pisano M, Ansaloni L, de Reuver P, Laarhoven K, Davidson B, Selvan K. Risk Prediction in Acute Calculous Cholecystitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Prognostic Factors and Predictive Models. 2020;31(1):41-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/lap.2020.0151>.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Constanza Rojas Mella (corojas@ug.uchile.cl)

**RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATODUODENECTOMÍA,
HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, COHORTE HISTÓRICA DURANTE EL PERIODO 2018-
2023.**

TI-EQ-078 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Montoya Espinoza, R.¹; Segovia Pérez, X.¹; Huerta Fernández, B.¹; Cerda Chaparro, M.¹

Tutor/es: Bárbara Carreño Manríquez²

Afiliaciones:

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

² Médica Cirujana, Especialidad Cirugía General.

RESUMEN

Introducción. La pancreatoduodenectomía (PDD) es un procedimiento quirúrgico de alta complejidad. Se describen dos técnicas de anastomosis: pancreatogástrica (PG) o pancreatoyeyunal (PY). La mortalidad es de un 3%, con una morbilidad postoperatoria de 30 a 50%. La complicación más frecuente es la fístula pancreática posoperatoria (FPP). Se define centros de alto volumen aquellas unidades de cirugía hepatopancreatobiliar que realicen 12 PDD anuales. En Chile, pocos centros han comunicado resultados quirúrgicos con un número significativo de pacientes. El objetivo de este trabajo es caracterizar el escenario perioperatorio de las PDD en la unidad local.

Materiales y métodos. Estudio de tipo transversal, observacional, de cohorte retrospectivo. Se consideraron los adultos sometidos a PDD en los periodos de 2018 a marzo de 2023 en el Hospital Regional de Antofagasta (HRA), Chile (n = 44). Se obtuvo la información de la base de datos "Siclope", sistema informático de gestión de atención hospitalaria de la unidad.

Resultados. Durante el periodo se realizaron 44 PDD. Según técnica quirúrgica, la PG se realizó en un 59,1%. Ocurrieron en un 82% complicaciones postoperatorias (n = 36) principalmente FPP con un 56,8% (OR de 1.35 (IC 0.40 - 4.57) para PY). La mortalidad fue principalmente por shock hipovolémico en un 53,8% (n = 7). La mortalidad respecto a técnica quirúrgica fue de un 61,50% para PY (OR de 3.36 (IC 0.87 - 12.93)).

Discusión y conclusiones. El HRA es un centro de alto volumen y principal referente de derivación de la macrozona norte. La mayoría de los pacientes sometidos fueron hombres, con edad promedio de 63 años. Las tasas de mortalidad por PDD han descendido en un 12.5%, llegando a ser comparables con las pautas internacionales. Al comparar la mortalidad según anastomosis empleada entre PY y PG no representaron una diferencia estadística significativa. No es posible plantear asociaciones en este estudio, siendo necesario más estudios prospectivos.

Palabras claves. Complicaciones Posoperatorias, Fístula Pancreática, Pancreaticoduodenectomía.

Referencias

1. D'Cruz JR, Misra S, Shamsudeen S. Pancreaticoduodenectomy. StatPearls Publishing; 2022.
2. Kawaida H, Kono H, Hosomura N, Amemiya H, Itakura J, Fujii H, Ichikawa D. Surgical techniques and postoperative management to prevent postoperative pancreatic fistula after pancreatic surgery. World J Gastroenterol 2019; 25(28): 3722-3737 URL: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v25/i28/3722.htm>. DOI: <https://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i28.3722>
3. Robert Simon, Complications After Pancreaticoduodenectomy, Surgical Clinics of North America, Volume 101, Issue 5, 2021, Pages 865-874, ISSN 0039-6109, ISBN 9780323813617, <https://doi.org/10.1016/j.suc.2021.06.011>
4. Cheng Y, Briarava M, Lai M, Wang X, Tu B, Cheng N, Gong J, Yuan Y, Pilati P, Mocellin S. Pancreaticojejunostomy versus pancreaticogastrostomy reconstruction for the prevention of postoperative pancreatic fistula following pancreaticoduodenectomy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD012257. DOI: 10.1002/14651858.CD012257.pub2
5. MINSAL. Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS)
6. Zubair AB, Khan Sherwani IAR, Ahmad M, Tahir MA, Khalil MI, Bukhari MM, et al. The spectrum of postoperative complications and outcomes after pancreaticoduodenectomy: A retrospective outlook from a developing country. Cureus [Internet]. 2022;14(2):e22218. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.22218>
7. Kuemmerli C, Tschuor C, Kasai M, Alseidi AA, Balzano G, Bouwense S, et al. Impact of enhanced recovery protocols after pancreatoduodenectomy: meta-analysis. Br J Surg [Internet]. 2022;109(3):256–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/bjs/znab436>
8. Lee B, Han H-S, Yoon Y-S, Cho JY, Lee JS. Impact of preoperative malnutrition, based on albumin level and body mass index, on operative outcomes in patients with pancreatic head cancer. J Hepatobiliary Pancreat Sci [Internet]. 2021;28(12):1069–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jhbp.858>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Rodrigo Montoya Espinoza (rodrigo.montoya.espinoza@gmail.com)

SÍNDROME COMPARTIMENTAL, COMO COMPLICACIÓN TEMPRANA DE UNA CATETERIZACIÓN CARDIACA POR ABORDAJE RADIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-066 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - CARDIOVASCULAR

Autores: Rudolph Oppliger, T.¹; Contreras Prado, V.¹; Acuña Arévalo, F.¹; Toledo Boggie, P.¹

Tutor/es: David Edison Rioseco Montecino²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

² Cirujano General, Servicio de Cirugía, Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Síndrome Compartimental Agudo (SCA) corresponde a un aumento de la presión al interior de un compartimento fascial. Ocurre mayormente como consecuencia de lesiones traumáticas debido a una fractura, alcanzando su mayor incidencia en las fracturas de las extremidades inferiores con importante compromiso de las partes blandas.

Presentación del caso. Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, trasladado vía ambulancia por dolor torácico opresivo, con posterior síncope y recuperación ad integrum de conciencia. En el servicio de urgencias el electrocardiograma reveló elevación del segmento ST en DII-DIII. Se presentó caso a hemodinamista del centro de referencia, quien acepta traslado para Angioplastia. En su centro de origen, el paciente evolucionó con un cuadro de dolor importante del sitio de cateterización radial, asociado a endurecimiento y parestesia del antebrazo, con llene capilar enlentecido, y pulsos ausentes. A la evaluación por cirujano de turno se plantea el diagnóstico de SCA. Se decidió realización de fasciotomía descompresiva del antebrazo en pabellón, que culminó con la recuperación del pulso de la extremidad, confirmando el diagnóstico.

Discusión y conclusiones. La literatura actual indica que la incidencia del SCA en el antebrazo o la mano, después del cateterismo transradial, sería inferior al 0.01%. Sin embargo, este abordaje para la Angioplastia suele preferirse al transfemoral, debido a menores riesgos de complicaciones vasculares, morbilidad y costo. No obstante, la elevada frecuencia de este procedimiento y las consecuencias de no sospecharlo son relevantes, así como sus secuelas a largo plazo.

Palabras claves. Angioplastia, Fasciotomía, Síndromes Compartimentales.

Referencias

1. Goirigolzarri-Artaza J, Casado-Álvarez R, Benítez-Peyrat J, León-Aliz E, Goicolea J, García-Touchard A. Síndrome compartimental agudo de la mano tras cateterismo transradial: Revista Española de Cardiología [Internet]. Revista Española de Cardiología (Edición en inglés). Elsevier; 2017 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/en-acute-compartment-syndrome-hand-after-articulo-S1885585716304030>
2. Gergoudis M, Raizman N. Síndrome compartimental agudo como complicación de la arteria radial. [Internet]. Revista de Cirugía de Mano Global en Línea; 2022 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.jhsgo.org/article/S2589-5141\(22\)00030-5/fulltext](https://www.jhsgo.org/article/S2589-5141(22)00030-5/fulltext)
3. O'Donohoe TJ, Schrale RG. Síndrome compartimental agudo: una complicación rara pero importante del cateterismo cardíaco transradial [Internet]. Revista de casos de cardiología. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU.; 2017 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6149288/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Thomas Rudolph Oppliger (thomas.rudolph@mayor.cl)

CC-EQ-007 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - COLOPROCTOLOGÍA

Autores: Jobet Scheel, J.¹; Cáceres Pradenas, L.¹; Cornejo Muñoz, A.¹; Bravo Pozo, I.¹

Tutor/es: Natalia Beatriz Soto Valdés²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Cirujano General, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

RESUMEN

Introducción. La hernia de Garegeot (HG) es una hernia crural (HC) con apéndice vermiforme como contenido. Es muy rara, de incidencia < 1% de las hernias inguinocrurales (HIC) y alrededor del 0.1% de los casos de apendicitis, siendo muy difícil su diagnóstico preoperatorio. El propósito es conocer una patología infrecuente.

Presentación del caso. Paciente masculino de 71 años, consultó por dolor en zona inguinal (ZI) derecha de dos días de evolución. Al examen físico con aumento de volumen en zona ZI, impresionó bajo cintilla inguinal, con eritema local, poco doloroso a la palpación e irreductible. En exámenes de laboratorio destacó elevación de parámetros inflamatorios. La tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis evidenció una HC derecha con contenido de apéndice cecal en su interior y cambios inflamatorios sugerentes de apendicitis aguda perforada, por lo que se decidió resolución quirúrgica.

En cirugía se describió HC derecha extensa que contenía apéndice con inflamación en su punta, meso estrangulado y cambios inflamatorios locales. Se resolvió sin incidentes.

Discusión y conclusiones. Las HG habitualmente no se sospechan y son un hallazgo quirúrgico. La apendicitis en una HC puede ser consecuencia de la incarceration y estrangulamiento del apéndice cecal. Su clínica abarca los signos y síntomas de apendicitis aguda y de HIC. El TAC es de utilidad para el diagnóstico preoperatorio.

La HG si bien es una patología rara, debe considerarse como posible diagnóstico previo a la resolución quirúrgica, para esto se debe conocer la clínica y la utilidad del TAC en el diagnóstico.

Palabras claves. Apendicectomía, Apendicitis, Hernia Femoral.

Referencias

1. Raysy Sardiñas Ponce, Obel Alcides Guerra Leal. Las hernias de Amyand y Garegeot como expresión del apéndice cecal en la región inguinofemoral. Rev cubana cir [Internet]. 2019 [Consultado 27 Abril 2023]; vol 58: no 4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932019000400008
2. Dr. Noslen Martínez Valenzuela, Dr. C. Lázaro Alfonso Alfonso, Dr. José Gimel Sosa Martín. Hernia de Garegeot. Rev cub med mil [Internet]. 2013 [Consultado 27 Abril 2023]; vol 42: no 1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000100014
3. Natalia González Alcolea, José Luis Lucena de la Poza. Hernia de Garegeot: hernia crural incarcerada conteniendo el apéndice. Revisión de la literatura a propósito de 2 casos. Elsevier [Internet]. 2017 [Consultado 27 Abril 2023]; vol 95: páginas 177-178. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-hernia-garegeot-hernia-crural-incarcerada-S0009739X16301397>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Josefina Paz Jobet Scheel (josejobet@gmail.com)

ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL: PERFORACIÓN INTESTINAL POR CORTICOIDES.

CC-EQ-036 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - COLOPROCTOLOGÍA

Autores: Erazo Neira, J.¹; Arriagada Valdés, F.¹; Cendoya Ferrada, M.¹; Durán Reyes, C.¹

Tutor/es: Cristian Cancino Bustos²

Afiliaciones:

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

² Médico Urólogo, Servicio Urología, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. Los corticosteroides, junto con inhibidores de la calcineurina y antimetabolitos son utilizados para prevenir el rechazo del órgano trasplantado. La perforación intestinal es una complicación rara pero grave en pacientes trasplantados renales tratados con corticoides, la cual debe considerarse como posible etiología de abdomen agudo.

Presentación del caso. Paciente femenina 33 años, trasplantada renal, técnica quirúrgica retroperitoneal y tratamiento inmunosupresor establecido por protocolo, en 8to día postoperatorio cursó cuadro de 48 horas de evolución de distensión y dolor abdominal. Impresionó perforación de víscera hueca a la tomografía axial computada de abdomen y pelvis (TAC AP) realizándose laparotomía exploratoria sin evidencia de alteraciones. Evolucionó con clínica de abdomen agudo por lo que se solicitó TAC AP, programándose pabellón. Se evidencio dos perforaciones en borde mesentérico de colon ascendente y hemoperitoneo 1 litro, realizándose ileostomía y fistula mucosa. Paciente evolucionó favorablemente, realizándose reconstrucción de tránsito intestinal en segundo tiempo, 11 meses después. Actualmente en seguimiento policlínico de Nefrología.

Discusión y conclusiones. La sintomatología de perforación intestinal en trasplantados renales puede ser inespecífica, presentándose inicialmente desde íleo mecánico prolongado a clínica de abdomen agudo. Su pesquisa precoz es fundamental para el pronóstico del paciente, incluyendo la realización imágenes, laboratorio y procedimientos, aun cuando sean invasivos, en busca de un pronóstico favorable para el paciente.

Los pacientes trasplantados renales deben ser monitoreados para pesquisar tempranamente complicaciones relacionadas con el tratamiento inmunosupresor, incluyendo la perforación intestinal. El seguimiento riguroso, manejo y estudio proactivo son clave para prevenir complicaciones graves en estos pacientes.

Palabras claves. Perforación Intestinal, Terapia de Inmunosupresión, Trasplante de Riñón.

Referencias

1. González Guardiola P, Díez Ares JÁ, Peris Tomás N, Sebastián Tomás JC, Navarro Martínez S. Perforación intestinal en paciente COVID-19 en tratamiento con tocilizumab y corticoides. A propósito de un caso. Cir Esp [Internet]. 2021;99(2):156–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X20301676>,
2. Ahmad Kamboh U, Ashraf M. Steroid induced gastrointestinal perforation in a traumatic injury. Atypical complication to a common drug. Pak J Neurol Surg [Internet]. 2019;23(3):243–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36552/pjns.v23i3.367>,
3. He J-N, Tian Z, Yao X, Li H-Y, Yu Y, Liu Y, et al. Multiple perforations and fistula formation following corticosteroid administration: A case report. World J Clin Cases [Internet]. 2017;5(2):67–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v5.i2.67>,
4. Kaya B, Aras O, Bat O, Bulut NE, Memisoglu K. Steroid-induced sigmoid diverticular perforation in a patient with temporal arteritis: a rare clinical pathology. Clin Med Insights Pathol [Internet]. 2012;5:11–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4137/CPath.S7924>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Josefa Erazo Neira (jerazo2016@udec.cl)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS ASOCIADAS A PLASTRÓN APENDICULAR EN PACIENTE
SOMETIDA A APENDICECTOMÍA ABIERTA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-047 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - COLOPROCTOLOGÍA

Autores: Brito Escudero, N.¹; Guzmán Molteni, N.¹; Cisterna Vega, J.¹; Martínez Fuentealba, I.¹

Tutor/es: Nicolás Sebastián Meza Araneda²

Afiliaciones:

¹ Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar, Chile.

² Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Manuel Lucero, Olmué, Chile.

RESUMEN

Introducción. El plastrón apendicular es una tumoración inflamatoria cuya resolución quirúrgica es controversial, ya que puede conllevar diversas complicaciones tales como lesión de otras vísceras, infección de herida operatoria, absceso pélvico y necesidad de reintervención quirúrgica.

Presentación del caso. Femenina de 52 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipidemia y obesidad, consulta por cuadro de 2 días de dolor abdominal. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) que evidencia signos de apendicitis aguda, por lo que se realiza apendicectomía abierta donde se objetiva plastrón apendicular abscedado. Se efectúa extirpación del mismo y se coloca drenaje abdominal. Paciente evoluciona tórpidamente, con salida de contenido fecaloideo por drenaje, dolor abdominal y aumento súbito de parámetros inflamatorios. Se decide laparotomía exploratoria de urgencia donde se verifica dehiscencia del muñón apendicular y fístula cecal, se realiza aseo quirúrgico y cierre de polo cecal. Se decide alta hospitalaria dado buen estado general.

Discusión y conclusiones. El tratamiento del plastrón apendicular no está definido actualmente. Existe preferencia por el manejo médico versus el quirúrgico, debido a que el proceso inflamatorio ya estaría localizado y la cirugía no está exenta de complicaciones. No obstante, queda la duda sobre el manejo cuando el plastrón es un hallazgo intraoperatorio, tal como ocurrió en el caso descrito, teniendo en cuenta la evolución tórpida y el surgimiento de complicaciones tras haber realizado una cirugía de urgencia, como la dehiscencia del muñón apendicular y fístula cecal. En conclusión, resulta necesario que a la hora de decidir el manejo se consideren las distintas presentaciones clínicas del plastrón.

Palabras claves. Apendicitis, Complicaciones Posoperatorias, Fístula.

Referencias

1. Cehua Alvarez E, Delgado Garro AM, Virú Flores HM, Roque Quezada JC, Valdiglesias Ochoa DJ, Nieves Cordova LE, et al. Epidemiological- clinical characteristics and results of appendiceal plastron management in adult patients from a reference hospital in Peru. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2023;23(1):79–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v23i1.5538>
2. Clouet-Huerta DE, Guerrero B. C, Gómez L. E. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. Rev Chil Cir [Internet]. 2017 [citado el 18 de abril de 2023];69(1):65–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-plastron-apendicular-manejo-clinico-actual-S0379389316300990>
3. Fernández ZR. Consideraciones actuales concernientes al tratamiento del plastrón apendicular. Rev Cuba Cir [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2023];60(3):1–18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109646>
4. Barriga Reyes NM, Ganan Macías HA, Patiño Andrade RP, Ganchozo Pincay MM. Falla en la cicatrización post operatoria en apendicitis. RECIAMUC [Internet]. 2019 [citado el 1 de mayo de 2023];3(3):789–916. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/304>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Noelia Brito Escudero (noe.britto7@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

VÓLVULO DE SIGMOIDES A REPETICIÓN SECUNDARIO A MEGACOLON CHAGÁSICO: A
PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-113 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - COLOPROCTOLOGÍA

Autores: Zambrano Vargas, F. ¹; Morales Araya, N. ¹; Mura Peralta, C. ¹; Avello Medrano, M. ¹

Tutor/es: Iván Felipe Ruiz Figueroa²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El vólvulo de sigmoides (VS) es una patología caracterizada por torsión sobre su propio eje, pudiendo provocar obstrucción intestinal (OI) e isquemia. Es causa frecuente de emergencia en hospitales andinos de Sudamérica, representando más del 50% de todas las OI, siendo la enfermedad de Chagas (ECh) una de sus etiologías. Esta infección parasitaria causada por el protozoo Trypanosoma cruzi es endémica en América Latina y tiene entre sus manifestaciones la miocardiopatía y la enfermedad gastrointestinal, siendo el megacolon chagásico una complicación potencialmente mortal. El diagnóstico y tratamiento precoz de la ECh es fundamental para prevenir la morbilidad y mortalidad asociada.

Presentación del caso. Hombre de 77 años, hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna, enfermedad de Parkinson, megacolon y 2 episodios de OI por VS. Consulta por nuevo episodio de OI. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis que describe disminución abrupta en el calibre en sigmoides compatible con OI aguda secundaria a VS. Manejado con sonda rectal y dado de alta. Reingresa para realización de sigmoidectomía y colostomía terminal. Hallazgos intraoperatorios destacan dolicomegasigma parcialmente volvulado. Biopsia con hallazgos compatibles con VS, estudio etiológico IgG Chagas positivo. Evoluciona de forma favorable por lo cual es dado de alta con control ambulatorio.

Discusión y conclusiones. Dado a la prevalencia en América Latina de ECh, se debe considerar el estudio etiológico con serología para ECh como causa subyacente de OI. Actualmente el tratamiento del megacolon Chagásico sigue siendo eminentemente quirúrgico en los casos de complicaciones, cobrando relevancia el control de vectores como método más eficaz de prevención de ECh.

Palabras claves. Enfermedad de Chagas, Obstrucción intestinal, Vólvulo intestinal.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Norma general técnica control y prevención nacional de la enfermedad de Chagas [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/NORMA%20TECNICA_CHAGAS_FINAL.pdf
2. Ministerio de Salud de Chile. Informe de vigilancia anual enfermedad de Chagas [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2022. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.14_INFORME-ENFERMEDAD-DE-CHAGAS.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas (trypanosomiasis americana) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
4. Estepa JL, Santana T, Estepa JC. Manejo del vólvulo de sigmoides en tres hospitales integrales comunitarios de la misión médica cubana en Bolivia. MediSur [Internet]. 2013;11(1):37-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180025729006>
5. Hodin R, Lamont J. Vólvulo sigmoides. UpToDate [internet]. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=sigmoide%20volvulus&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Felipe Zambrano Vargas (felipe.zambrano@usach.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

Autores: Lopez Cerda, N.¹; Cerda Giraldi, N.¹; Henriquez Lopes De Araujo, A.¹; Bertolotto Leonelli, F.¹

Tutor/es: Berthold Sebastian Bohn Nuñez²

Afiliaciones:

¹ Estudiante de 7º año de Medicina, Universidad de la Frontera.

² Médico cirujano, Becado de Cirugía General, Universidad de la Frontera.

RESUMEN

Introducción. La obstrucción intestinal (OI) ocurre por interrupción del flujo normal del contenido intraluminal. Presenta múltiples etiologías, según prevalencia; adherencias, hernias, neoplasias, entre otras. Una causa inusual es el divertículo ileal (DI), el cual se produce por defecto del conducto vitelino al obliterarse. Es la malformación congénita gastrointestinal más común, aproximadamente el 2% de la población total. Las complicaciones más comunes en adultos incluyen OI y diverticulitis.

Presentación del caso. Paciente varón, 16 años, apendicectomizado, sin antecedentes médicos. Ingres a urgencias por dolor abdominal difuso de 3 días de evolución, asociado a vómitos, ausencia de deposiciones y gases por ano; al examen físico destaca distensión abdominal y ruidos hidroaéreos ausentes, signos vitales normales. Exámenes destaca PCR en 90 mg/L. Tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso, evidencia signos compatibles con OI. Ingres a pabellón para laparotomía exploradora donde se observa DI pediculado de 10 cm, el cual genera pseudo brida causando OI. Se decide resección del segmento afectado. Se realiza anastomosis latero-lateral mecánica ileo-ileal. Biopsia de segmento compatible con DI sin evidencias de neoplasia. Paciente evoluciona en buenas condiciones.

Discusión y conclusiones. Debido a la rareza de la presentación en adultos, el DI sintomático suele diagnosticarse erróneamente previo a la operación. Si bien generalmente el diagnóstico es por hallazgo, un 16% suele presentarse asociado a alguna complicación de este.

Es importante considerar el DI como etiología de OI y diagnóstico diferencial de abdomen agudo. La resección ileal suele ser el tratamiento de elección en complicaciones, porque permite remover todo el tejido afectado.

Palabras claves. Abdomen agudo, Divertículo ileal, Laparotomía, Obstrucción intestinal.

Referencias

1. Drożdż W, Budzyński P. Change in mechanical bowel obstruction demographic and etiological patterns during the past century: observations from one health care institution: Observations from one health care institution. Arch Surg [Internet]. 2012;147(2):175–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22351915>
2. Catena F, De Simone B, Coccolini F, Di Saverio S, Sartelli M, Ansaloni L. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. World J Emerg Surg [Internet]. 2019;14 (1):20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-019-0240-7>
3. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. Am J Surg [Internet]. 2000;180(1):33–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11036136/>
4. Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Am J Surg [Internet]. 2014 [citado el 31 de mayo de 2023];207(1):127–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124659/>
5. Roses RE, Folkert IW, Krouse RS. Malignant bowel obstruction: Reappraising the value of surgery. Surg Oncol Clin N Am [Internet]. 2018 [citado el 31 de mayo de 2023];27(4):705–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30213414/>
6. Sagar J, Kumar V, Shah DK. Meckel's diverticulum: a systematic review. J R Soc Med [Internet]. 2006 [citado el 31 de mayo de 2023];99(10):501–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17021300/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Nicole Zabeth Amapola Lopez Cerda (n.lopez03@ufromail.cl)

Autores: Torres Sanhueza, J.¹; Cortés Flández, J.¹

Tutor/es: Andrés Ignacio Aguilar Aguilera²

Afiliaciones:

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

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

RESUMEN

Introducción. La apendicitis del muñón es una entidad poco frecuente, en la cual ocurre un proceso inflamatorio e infeccioso en el tejido residual de una apendicectomía, producto de una obstrucción del lumen apendicular. El cuadro clínico es similar a una apendicitis primaria. Para la confirmación diagnóstica se recomienda utilizar imagenología, como tomografía computarizada. El tratamiento recomendado es quirúrgico.

Presentación del caso. Hombre de 22 años, con antecedentes quirúrgicos de una apendicectomía hace 12 años, consultó en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso en cuadrante inferior derecho de 2 días de evolución. Al examen físico presentó abdomen sensible en flanco derecho y periumbilical, con signos de Mc Burney y Blumberg negativos. Al examen de laboratorio destacaba leucocitosis y proteína C reactiva elevada. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evaluado por radiólogo, reveló signos compatibles con apendicitis del muñón. Se indicó hospitalización para una resolución quirúrgica de urgencias por vía laparoscópica.

Discusión y conclusiones. Esta patología suele ser descartada en cuadros de dolor abdominal agudo con antecedentes de apendicectomía, inclinándose por otros diagnósticos diferenciales, lo cual genera demora en la confirmación diagnóstica, pudiendo aumentar complicaciones y mortalidad. Debido a esto es recomendable el uso de la tomografía computarizada con cuadros clínicos que incluyen dolor abdominal agudo en cuadrante inferior derecho, y signos clínicos específicos de apendicitis aguda y abdomen agudo, tales como signo de Blumberg, y Mc Burney, acompañado de parámetros inflamatorios elevados. Existen factores de riesgo anatómicos y quirúrgicos, siendo este último un factor modificable para prevenir la aparición de esta patología.

Palabras claves. Apendicectomía, Apendicitis, Dolor abdominal.

Referencias

1. Kumar A, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey PK. Stump appendicitis: A rare clinical entity. J Minim Access Surg [Internet]. 2013 [Consultado en 4 Mayo 2023]; 9(4):173–6. Disponible en: 10.4103/0972-9941.118835
2. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, Gundogdu K, Uzunoglu MY, Cakmak G, et al. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. World J Emerg Surg [Internet]. 2018 [Consultado en 4 Mayo 2023]; 13(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-018-0182-5>
3. Casas MA, Dreifuss NH, Schlottmann F. High-volume center analysis and systematic review of stump appendicitis: solving the pending issue. Eur J Trauma Emerg Surg [Internet]. 2022 [Consultado en 5 Mayo 2023]; 48(3):1663–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00068-021-01707-y>
4. Jarrin X, Salgado F, Vela C. Apendicitis Del Muñón: Reporte De Un Caso Y Revisión De La Literatura. Rev Med Vozandes [Internet]. 2020 [Consultado en 6 Mayo 2023]; 31(2):79–83. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1146656/09_rc_01.pdf

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Juan Erasmo Torres Sanhueza (j.torres22@ufromail.cl)

Autores: Arias Senn, E.¹; Astroza Suárez, S.¹; Soto Cornejo, D.¹; Mella Mansilla, T.¹

Tutor/es: José Miguel Barrientos Verdugo²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Servicio de Cirugía Tórax, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El divertículo traqueal (DT) es una patología infrecuente, definida como una cavidad aérea paratraqueal con herniación de la mucosa por una debilidad congénita o adquirida. Los congénitos tienen pared gruesa y se localizan a centímetros de las cuerdas vocales o sobre la carina. Los adquiridos tienen pared fina compuesta por epitelio respiratorio, ubicados a cualquier nivel de la tráquea y de mayor tamaño. Ambos se localizan frecuentemente al lado derecho. Su clínica ambigua dificulta el diagnóstico, por lo que se presenta caso con clínica sugerente de un DT.

Presentación del caso. Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes. Cursó cuadro de 1 año de evolución de disfagia intermitente, sintomatología respiratoria alta a repetición y baja de peso de 6 kg. Exámenes generales, radiografía tórax y baciloscopías negativas. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y cuello: traqueocele cérvico torácico de 33x17x43 milímetros en margen posterolateral derecho. Fibrobroncoscopía normal. Se realizó resección de DT de 6 centímetros de diámetro, implantado en trayecto supraesternal derecho en unión cartílago-membranosa. Presentó buena evolución posoperatoria.

Discusión y conclusiones. Se debe sospechar DT en pacientes con disfagia intermitente e infecciones respiratorias altas (IRA) a repetición. El diagnóstico es con TAC, que informará localización, características y tamaño. La fibrobroncoscopía es útil, pero hay casos en que el DT no es visible. El tratamiento generalmente es conservador, se reserva la resolución quirúrgica para casos sintomáticos o de gran tamaño.

Si bien, se deben descartar otras patologías, es importante sospechar y diagnosticar un DT debido a que su resolución quirúrgica presenta excelentes resultados y escasa morbilidad.

Palabras claves. Disfagia, Divertículo, Tomografía Computarizada.

Referencias

1. Huang D, Ma Q, Wang S, Ouyang Q, Chen X. Resección transcervical de divertículo traqueal. Cabeza y cuello [Internet]. 2017 [citado el 20 de marzo de 2023];39(1):187–90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27438081/>
2. Canales L, Yáñez J, Sepúlveda J, Martínez S. Traqueobroncomegalia: a propósito de un caso clínico-radiológico. Rev Chil Enferm Respir [Internet] 2015 [citado el 20 de marzo de 2023];31: 101-104. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v31n2/art05.pdf>
3. Ruiz Camuñas F, Valero Cabeza de Vaca M, García Fernández A. Intubación orotraqueal en paciente con divertículo traqueal conocido. Arch Bronconeumol [Internet] 2018. [citado el 20 de marzo del 2023];54(9):480. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29503067/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Tamara Belén Mella Mansilla (tarama.mella@gmail.com)

Autores: Poblete Burgos, V.¹; Held Espinoza, I.¹; Poblete Burgos, C.¹; Muñoz Ramírez, C.¹

Tutor/es: Diego Alfredo Reyes Dehays²; Felipe Antonio Barnert Sanhueza³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina Universidad San Sebastián sede de la Patagonia, Puerto Montt, Chile.

² Cirujano Oncológico, Cabeza y Cuello, Servicio de Cirugía, Hospital Eduardo Schütz Schroeder, Puerto Montt, Chile.

³ Médico Becado Cirugía General Universidad San Sebastián sede de la Patagonia. Hospital Eduardo Schütz Schroeder, Puerto Montt, Chile.

RESUMEN

Introducción. El quiste del conducto tirogloso (QCTG) es la anomalía tiroidea más frecuente, con una prevalencia cercana al 7%, a su vez, el cáncer de tiroides (CT) en QCTG ocurre en aproximadamente el 1% de estos. Presentamos a continuación un caso de cáncer de tiroides en quiste tirogloso (CaQCTG).

Presentación del caso. Femenina de 69 años sin antecedentes familiares de CT. Consultó por dolor y aumento de volumen cervical. En ultrasonografía tiroidea, se evidenció nódulo en lóbulo tiroideo derecho de 8 mm, junto con lesión quística de 2,4 x 3,6 cm infrahioideo sugerente de QCTG. Sin adenopatías cervicales sospechosas. En punción por aspiración aguja fina se informó Bethesda VI. Se realizó cirugía de Sistrunk y tiroidectomía total ampliada (TTA) a través de cervicotomía transversa única. Biopsia confirma QCTG de 4,2 x 2,5 cm con carcinoma papilar, sin compromiso del hioides, adenopatía central peritiroidea con carcinoma papilar de 4 mm, adenopatías centrales sin metástasis, micro carcinoma papilar en lóbulo derecho tiroideo de 1 mm x 1 mm. Postoperatorio favorable. Recibió I 131 50 mCi. Actualmente sin evidencia de recidiva.

Discusión y conclusiones. El CaQCTG es poco frecuente, con aproximadamente 250 casos reportados, la presencia de metástasis ganglionares está presente en aproximadamente el 10% CaQCTG. El tratamiento difiere de un CT típico y no existe consenso en el manejo quirúrgico.

La cirugía de Sistrunk y TTA, asociado al tratamiento adyuvante con I 131 en un CaQCTG con metástasis ganglionares cervicales es una opción segura y eficaz para lograr la curación en pacientes de riesgo intermedio.

Palabras claves. Cáncer de tiroides, Quiste Tirogloso, Tiroidectomía.

Referencias

1. Thompson LD, Herrera HB, Lau SK. A Clinicopathologic Series of 685 Thyroglossal Duct Remnant Cysts. Head Neck Pathol [Internet]. 2016 [citado el 22 de mayo de 2023];10(4):465-474. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12105-016-0724-7>.
2. Plaza CP, López ME, Carrasco CE, Meseguer LM, Perucho A de L. Management of well-differentiated thyroglossal remnant thyroid carcinoma: time to close the debate? Report of five new cases and proposal of a definitive algorithm for treatment. Ann Surg Oncol [Internet]. 2006 [citado el 22 de mayo de 2023];13(5):745-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1245/ASO.2006.05.022>.
3. Chrisoulidou A, Iliadou P, Doumala E, Mathiopoulou L, Boudina M, Alevizaki M, Patakiouta F, Xinou E, Pazaitou -Panayiotou K. Thyroglossal duct cyst carcinomas: is there a need for thyroidectomy? Hormones (Athens) [Internet]. 2013 [citado el 22 de mayo de 2023];12(4):522-8. Disponible en: <https://doi.org/10.14310/horm.2002.1440>.
4. Suresh S, Vm P, Thomas S, Patil S, George NA, Janardhan D, Iype EM, Varghese BT, Mathew A, Jv A. Papillary Thyroid Carcinoma Arising from Thyroglossal Cyst-an Institutional Experience over a Decade. Indian J Surg Oncol [Internet]. 2023 [citado el 22 de mayo de 2023];14(1):155-159. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13193-022-01628-1>.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Vicente Poblete Burgos (vpobleteburgos@gmail.com)

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA SECUNDARIA A SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO, EN
PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO.

CC-EQ-018 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Zúñiga Tapia, J.¹; Hernández Fernández, P.²; Vergara Medina, M.²; Moncada Merino, M.¹

Tutor/es: Marco Antonio Vidal Vargas³

Afiliaciones:

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

² Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

³ Médico Cirujano, Servicio de cirugía Hospital El Pino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La obstrucción intestinal (OI) es la detención del paso o flujo normal del contenido intestinal hacia distal, por una causa mecánica. Una de las formas en las que se puede complicar una OI es por neoplasia. La infección crónica por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede generar diversas complicaciones. Entre ellas está el aumentar el riesgo de neoplasias, secundarias a la inmunosupresión.

Presentación del caso. Hombre de 34 años con antecedentes de accidente cerebrovascular y VIH, con terapia antirretroviral (TARV). Consultó por dolor abdominal progresivo, vómitos postprandiales e inapetencia de semanas, que evolucionó a intolerancia oral. Se estudió con Tomografía Computarizada (TC) que informa signos de obstrucción intestinal alta, adenopatías ileocólicas sospechosas de neoplasia. Se realizó laparotomía exploradora que evidenció dilatación del intestino delgado hasta un punto de cambio de calibre a 5 cm de válvula ileocecal, gran tumoración de 15 por 15 cm ubicada en íleon terminal y firmemente adherida a pared medial del colon sigmoide y sacro, adenopatías mesentéricas. Se efectuó ileostomía en asa exteriorizada en flanco derecho y toma de biopsias. Las cuales demostraron una proliferación linfocítica positiva para Linfoma No Hodgkin (LNH) difuso de células B. Evolucionó favorablemente, con ileostomía funcional, sin complicaciones, en espera de evaluación por hematología.

Discusión y conclusiones. Los pilares de tratamiento del linfoma gastrointestinal son la resección quirúrgica, y la quimioterapia. Es importante sospechar esta patología en pacientes con factores de riesgo como el VIH, dado que la clínica puede estar presente en otras neoplasias gastrointestinales más frecuentes como el adenocarcinoma y el tumor carcinoide.

Palabras claves. Linfoma, Obstrucción intestinal, VIH.

Referencias

1. Navia H, Manrique A. Linfoma primario del intestino delgado: reporte de un caso y revisión de la literatura. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2017 Mar 30 [citado 2023 Abril 30];32(1):65–5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000100010
2. Perales F, Salazar J, Carrasco J, Chunga L, Guzmán C. Linfoma intestinal complicado con obstrucción intestinal: Reporte de caso y revisión de la literatura Rev. cuerpo méd. HNAAA 11(3) 2018 [Internet]. [citado 2023 Abril 30]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051978/rcm-v11-n3-2018_pag175-180.pdf
3. Ruiz Victor, Angel Gustavo, Montua Juan, Urbano Nathaly. Linfoma difuso de células B grandes de origen yeyunal: reporte de caso y revisión de la literatura. Revista ciencia médica [Internet]. 2018 Dic 31 [citado 2023 Abril 30];21(2):42–6. Disponible en: <https://rccm-umss.com/index.php/revistacientificacienciamedica/article/view/75>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Javier Ignacio Zúñiga Tapia (jzt1188@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

QUISTE HIDATÍDICO PERITONEAL ROTO COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE SHOCK ANAFILÁCTICO.

CC-EQ-046 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Muñoz Collipal, J.¹; Contreras Schurch, A.¹; Gutiérrez Vega, R.¹; Salinas Pomeri, R.¹

Tutor/es: Julián Figueroa Navarro²

Afiliaciones:

¹ Interno/a de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

² Cirujano general, Servicio de cirugía Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. La Hidatidosis es una zoonosis prevalente en la región de la Araucanía y destaca dentro de sus complicaciones la ruptura del quiste hidatídico.

Presentación del caso. Varón de 35 años, antecedente de quiste hidatídico hepático operado el 2018, acude a urgencias por cuadro de 1 día de dolor en hemiabdomen superior asociado a masa palpable en hipocondrio derecho, rash pruriginoso urticarial en tronco y extremidades superiores, vómitos y diarrea. Angiotomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis revela lesión quística hepática de 11 cm asociada a dos colecciones, una subhepática de 7 cm y otra en flanco izquierdo de 10 cm. Durante laparotomía exploradora se visualiza siembra hidatídica, quiste roto en hipocondrio derecho y flanco izquierdo. Se realizó aseo con povidona en cavidad peritoneal, sin quistectomía a nivel hepático por inestabilidad hemodinámica.

Paciente presentó descarga séptica durante procedimiento con posterior traslado a unidad de cuidados intensivos.

Discusión y conclusiones. En este caso existió ruptura quística, una complicación rara que requiere tres factores: edad joven (promedio 38 años), diámetro quístico sobre 10 cm y ubicación superficial en tejido hepático. Esta puede manifestar rash pruriginoso hasta shock anafiláctico. El paciente presentaba los factores de ruptura y las manifestaciones clínicas propias de la patología.

Al producirse un shock anafiláctico, requirió tratamiento quirúrgico inmediato para eliminar los quistes y vesículas que generaban esta reacción de hipersensibilidad. La resección quirúrgica es curativa según diversos factores relacionados a la gravedad de la enfermedad, sin embargo, podemos concluir que faltan estudios capaces de definir una conducta médico-quirúrgica adecuada para afrontar esta patología.

Palabras claves. Abdomen Agudo, Echinococcus granulosus, Hidatidosis

Referencias

1. Nabarro LE, Amin Z, Chiodini PL. Current management of cystic echinococcosis: a survey of specialist practice. Clin Infect Dis [Internet]. 2015 [citado el 13 de marzo de 2022];60(5):721–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25422388/>
2. Mejri A, Arfaoui K, Omry A, Yaakoubi J, Mseddi MA, Rchidi J, et al. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts of the liver: Case series: Case series. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de 2022];100(44):e27552. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8568461/>
3. Limeme M, Yahyaoui S, Zaghouani H, Ghannouchi M, Khnissi A, Amara H, et al. Spontaneous intraperitoneal rupture of hepatic hydatid cyst: a rare cause of ascites. BMC Surg [Internet]. 2014 [citado el 13 de marzo de 2022];14(1):99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25427421/>
4. Akbulut S, Ozdemir F. Intraperitoneal rupture of the hydatid cyst: Four case reports and literature review. World J Hepatol [Internet]. 2019 [citado el 13 de marzo de 2022];11(3):318–29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967909/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Javier Muñoz Collipal (j.munoz37@ufromail.cl)

HALLAZGO INCIDENTAL DE ENFERMEDAD DE CROHN DUODENAL EN PACIENTE CON COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A COLEDOCOLITIASIS.

CC-EQ-050 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Pedreros Valenzuela, C.¹; Hissi González, M.¹; Bravo-Iratchet Marengo, B.¹; Fuentes Candia, J.¹

Tutor/es: Manuel Alejandro Pedreros Valenzuela²; Alejandro Rafael Sojo Naranjo³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Autónoma, Santiago, Chile.

² Médico General de Zona, Cesfam El Roble, La Pintana, Santiago, Chile.

³ Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria crónica de cualquier porción del tracto digestivo, caracterizándose por una afectación transmural-discontinua. La prevalencia de EC duodenal constituye un 0.5-4%¹, siendo una entidad clínica difícil de diagnosticar, requiriendo un alto nivel de sospecha, aún más cuando se asocia a Colangitis Aguda (CA).

Presentación del caso. Mujer de 47 años, colecistectomizada, acudió por cuadro de 4 horas de evolución, caracterizado por epigastralgia, tipo urente, irradiado a zona lumbar asociado a hiporexia. Tras realización de estudios paraclínicos, AngioTC de tórax - abdomen se evidenció CA secundaria a coledocolitiasis y pancreatitis aguda. Se inició tratamiento antibioterapia empírica, evolucionado favorablemente con posterior resolución con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, impresionando gran compromiso erosivo en la 2da porción duodenal. Se realizó estudio anatomopatológico confirmando EC duodenal. Se maneja con corticoterapia, evolucionando favorablemente, con posterior seguimiento clínico.

Discusión y conclusiones. La CA secundaria a coledocolitiasis y EC duodenal determina un alto riesgo litogénico debido a la malabsorción de sales biliares que excede la capacidad de respuesta de la síntesis hepática, con reducción de su secreción, condicionando una bilis sobresaturada³. En este caso, la paciente se presentó asintomática. Tras el hallazgo incidental se decide resolución de CA sólo con extracción del cálculo impactado sin papilotomía para evitar complicaciones, asegurando drenaje de vía biliar con instalación de stent.

La relación de EC duodenal y CA secundaria a coledocolitiasis sigue siendo atípica. Los objetivos del tratamiento son la remisión clínica, nutrición adecuada, reducción de recaídas y evitar las complicaciones, recalando la importancia frente a un diagnóstico precoz.

Palabras claves. Colangitis aguda, Coledocolitiasis, Enfermedad de Crohn.

Referencias

1. E.Prádexes-Gonzalez, M. Lázaro-Saénz, Á Hernández- Martínez, S. Hallouch-Toutouh, JL. Vega-Saénz. CASO INFRECUENTE DE ENFERMEDAD DE CROHN DUODENAL. 2019. [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Cata/Downloads/RAPD%20Online%202019%20V42%20N2%2004.pdf>
2. Medina Benítez E, Prieto Bozano G, Reynoso y L. Suárez Cortina MFR. Enfermedad inflamatoria intestinal [Internet]. Aeped.es. [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7-EII.pdf>
3. Enfermedades de la Vesícula y Vías Biliares [Internet]. Escuela de Medicina. 2017 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/enfermedades-de-la-vesicula-y-vias-biliares/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Catalina Pedreros Valenzuela (maria.hissi@cloud.uaautonoma.cl)

URGENCIA QUIRÚRGICA: PERFORACIÓN GÁSTRICA DE ÚLCERA PÉPTICA EN ADULTO JOVEN.
REPORTE DE CASO.

CC-EQ-053 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Castillo Castillo, A.¹; Valdés Bravo, J.¹; Rojas Calmels, V.¹; Cifuentes Santibáñez, C.¹
Tutor/es: Joaquín Fernando Álvarez Cifuentes²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
² Médico en formación de especialidad de Traumatología y Ortopedia, Universidad de Santiago de Chile, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La úlcera péptica corresponde a una solución de continuidad de la mucosa de 3 a 5 mm. de diámetro que alcanza la submucosa, y su perforación es una complicación grave en pacientes con síndrome ulceroso, teniendo una incidencia de 2 a 5%, siendo de menor frecuencia de ubicación gástrica.

Presentación del caso. Varón, 26 años, sin antecedentes relevantes. Acudió al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca tras presentar dolor abdominal epigástrico urente de 2 días de evolución, de fuerte intensidad, irradiado a hipocondrio derecho asociado a diaforesis y emesis. Ingresó hemodinámicamente estable, afebril con abdomen doloroso a la palpación, resistencia muscular y signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destacaban bilirrubina directa 0.30 mg/dL, ácido láctico 31.3 mg/dL, glóbulos blancos 11.91x10³mm³ y proteína C reactiva 7.3 mg/L. Se realizó tomografía computarizada que reportó estómago distendido con engrosamiento parietal antro pilórico, líquido libre y neumoperitoneo perihepático. Se decidió laparoscopia exploratoria que evidenció perforación de 1 cm. a nivel antro pilórico con salida de contenido intestinal y se realizó rafia primaria de lesión más parche de Graham.

Durante la hospitalización el paciente evolucionó favorablemente y se decidió egreso hospitalario al cuarto día postoperatorio.

Discusión y conclusiones. Los adultos jóvenes suelen debutar con perforación de úlcera péptica, muchos de ellos sin antecedentes de enfermedad ulcerosa, teniendo una morbilidad y mortalidad menor debido a su presentación precoz. El seguimiento postoperatorio resulta fundamental para detectar la recurrencia de la úlcera, y el paciente sintomático debe ser evaluado con endoscopia digestiva alta.

Palabras claves. Antro Pilórico, Úlcera péptica, Úlcera péptica perforada.

Referencias

1. López Rodríguez P, Pol Herrera P, Cruz Alonso JR, León González O, Anaya González JL. Evaluación posoperatoria de los pacientes con úlcera perforada. Rev cuba cir [Internet]. 2013 [citado el 4 de junio de 2023];183–93. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-696694>

2. Martínez N, Barrios Villalba JT, Zelada Álvarez I, González Miltos E, Pérez Ortega RF, Pederzoli R. Manejo de las úlceras pépticas perforadas. Años 2005 a 2013. Cir parag [Internet]. 2014 [citado el 4 de junio de 2023];8–11. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972560?src=similardocs>

3. Bansod A, Bansod S, Galande A, Shamkuwar A, Singh K. Estudio de incidencia de perforación de úlcera péptica en adultos jóvenes. Int Surg J [Internet]. 2014 [citado el 4 de junio de 2023];1(3):144. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/457>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Alejandro Castillo Castillo (alejandro.castillo@alu.ucm.cl)

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÍLEO BILIAR POR FÍSTULA COLECISTODUODENAL.
 REPORTE DE CASO.

CC-EQ-054 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Cifuentes Santibáñez, C.¹; Rojas Calmels, V.¹; Castillo Castillo, A.¹; Valdés Bravo, J.¹

Tutor/es: Geyneider Nazareth Castejon Leal²

Afiliaciones:

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

² Médico en formación de especialidad de Cirugía general, Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El íleo biliar (IB) es la obstrucción intestinal por impactación de uno o más cálculos biliares, representando el 4% de causas de obstrucción intestinal. Es una complicación poco frecuente de coledocistitis, causada por episodios recurrentes de colecistitis aguda y la consecuente fistulización hacia tracto digestivo, siendo más común el tipo colecistoduodenal. Una vez en el lumen, el cálculo puede impactar cualquier sitio del tracto intestinal, siendo más frecuente en íleon.

Presentación del caso. Varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, accidente cerebrovascular secuelado y hernia inguinal. Acudió al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca por cuadro de dolor abdominal hipogástrico de 2 días de evolución, náuseas y vómitos. Se realizó tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que informó fístula colecistoduodenal y signos compatibles con íleo biliar, por lo que se decidió realizar laparotomía exploratoria que evidenció obstrucción en yeyuno por cálculo de 3,5 cm de diámetro, a 1 metro del ángulo de Treitz. Se realizó enterotomía longitudinal y extracción del cálculo. Se determinó resolución diferida de patología biliar. Paciente con evolución favorable, por lo que se decidió alta hospitalaria al sexto día postoperatorio.

Discusión y conclusiones. El IB corresponde a un 0.5% de las complicaciones de patología biliar, siendo más prevalente en mujeres sobre los 60 años. Es una condición poco frecuente, con clínica inespecífica que lleva a retraso diagnóstico, por lo que es importante mantener una alta sospecha. El tratamiento de elección es quirúrgico, sin embargo, no hay consenso respecto a la técnica quirúrgica más adecuada.

Palabras claves. Colelitiasis, Fístula, Íleo.

Referencias

1. Chauhan S, Zackria R, Trad G, Wojtanowski A, Ryan JK. Íleo biliar causado por la migración de cálculos biliares a través de una fístula colecistoduodenal que da como resultado una obstrucción del intestino delgado. Cureus [Internet]. 21 de abril de 2023 [citado 28 de abril de 2023];15(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37096199/>
2. Lee BT, Mahamid A, Ahmad J, Tabrizian P. Fístula colecistoduodenal con resultado de íleo biliar: un camino empedrado. Informes de Casos Clínicos. Clin Case Rep [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 28 de abril de 2023];9(4):2479–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33936721/>
3. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. Íleo biliar: una revisión de la literatura médica. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 1 de julio de 2017 [citado 28 de abril de 2023];82(3):248–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28433486/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Carla Cifuentes Santibáñez (carla.cifuentes@alu.ucm.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

MIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE HELLER EN PACIENTE CON ACALASIA TIPO 2; UNA FORMA DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

CC-EQ-090 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Peña Raddatz, P.¹; Escobar Mora, B.²; Martínez Vergara, C.²; Torres Leal, A.²

Tutor/es: Francisco Marcelo Berger Dempster³

Afiliaciones:

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

² Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

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

RESUMEN

Introducción. La acalasia es un trastorno motor primario caracterizado por falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) tras la deglución y ausencia de ondas peristálticas esofágicas como consecuencia de la pérdida de células ganglionares del plexo mientérico. Incidencia de 0.5/100.000 habitantes/año. Clínicamente se caracteriza por disfagia ilógica, regurgitación, vómitos y pérdida de peso. El Gold estándar diagnóstico es la manometría esofágica.

No existe tratamiento específico, las alternativas terapéuticas, dirigidas a disminuir sintomatología y prevenir complicaciones, van desde toxina botulínica hasta esofagectomía.

Presentación del caso. Paciente de 27 años consulta por disfagia ilógica, vómitos y pérdida de peso. TAC evidencia dilatación del esófago con estrechez distal. Se realiza manometría y pHmetría, compatibles con acalasia tipo II sin reflujo gastroesofágico (RGE). Se realizó miotomía laparoscópica de Heller (MLH) con funduplicatura de Dor, evolucionando sin complicaciones postoperatorias.

Discusión y conclusiones. El manejo terapéutico se decide en base a edad, comorbilidades, tipo de acalasia, experiencia del equipo quirúrgico y balance riesgo/beneficio. La MLH consiste en la disrupción de las fibras musculares del EEI, siendo el tratamiento de elección en pacientes jóvenes con acalasia tipo I o II, motivo por el cual fue la técnica de elección en la paciente descrita. Además, la evidencia demuestra que la asociación con funduplicatura de Dor reduce las tasas de RGE.

Dado que la acalasia afecta significativamente la calidad de vida y aumenta el riesgo de neoplasia maligna, es clave que el futuro investigativo considere el estudio de técnicas quirúrgicas para así definir el mejor tratamiento.

Palabras claves. Acalasia, Esófago, Miotomía De Heller.

Referencias

1. Garrigues V, Ortiz V. Trastornos motores esofágicos: acalasia esofágica. GH continuada [Internet]. 2010 [citado 3 Mayo 2023]; 9(6):275-280. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1578155010700577&r=8>
2. Gisbert JP, Losa C, Barreiro A, Pajares JM. Acalasia esofágica. Revisión de sus aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Rev Clin Esp [Internet]. 2000 [citado 18 Nov 2022]; 200(8):424-431. doi: 10.1016/s0014-2565(00)70680-1.
3. Valarezo M, Piedra Y, Muñoz L. Diagnóstico, manejo clínico y quirúrgico de la acalasia esofágica. JAH [Internet]. 2022 [citado 17 Nov 2022];5(1). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/117/232>
4. Abularach R, Venturelli F, Cerda R, Urizar A, Lira E, Haito Y, et al . Interposición de colon transversal como alternativa de reconstrucción tras la esofagogastrectomía total. Rev Chil Cir [Internet]. 2011 [citado 3 Mayo 2023] ; 63(4): 432-436. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000400019&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000400019>

AUTOR/A CORRESPONSAL: Paula Peña Raddatz (p.pena07@ufromail.cl)

CC-EQ-097 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - DIGESTIVO

Autores: Acuña Arévalo, F. ¹; Latorre Medina, C. ¹; Rudolph Oppliger, T. ¹; Toledo Boggie, P. ¹

Tutor/es: David Edison Rioseco Montecino²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

² Cirujano General, Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

RESUMEN

Introducción. El bypass gástrico laparoscópico ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la obesidad, mejorando el peso y otras comorbilidades, sin embargo, dentro de las complicaciones, la hernia interna (HI) tiene una incidencia de 1- 6%. La sospecha y diagnóstico tardío pueden aumentar considerablemente la morbilidad y mortalidad.

Presentación del caso. Paciente femenino de 39 años de edad con antecedente de bypass gástrico hace 2 años consultó en servicio de urgencias por dolor abdominal, asociado a vómitos y rectorragia. Ingresó taquicárdica, con abdomen doloroso a la palpación difusa, en laboratorio destacaba leucocitosis de 25.000. Tomografía de abdomen evidenció torsión mesentérica en relación a HI. Se realizó laparotomía exploradora de urgencia que evidenció HI con compromiso vascular, asa alimentaria necrótica y resto de asas isquémicas. Se resecó asa alimentaria necrótica a nivel de anastomosis de asa biliar y se seccionó a 5 cm de la anastomosis enterogástrica. Asas de intestino delgado recuperaron vitalidad y motilidad, se decidió instalar bolsa Bogotá y diferir reconstitución de tránsito. Paciente evolucionó de manera favorable por lo que se realizó derivación a centro de mayor complejidad para reconstitución por equipo de cirugía digestiva.

Discusión y conclusiones. Con el aumento de las cirugías bariátricas actualmente, cobra importancia la sospecha y diagnóstico oportuno de la HI, por lo que se debe tener conocimiento de la sintomatología y características radiológicas correspondientes, ya que al pasar por alto el diagnóstico hay un mayor riesgo de estrangulación, obstrucción intestinal e isquemia.

Palabras claves. Derivación gástrica, Hernia interna, Obstrucción intestinal.

Referencias

1. Nimeri AA, Maasher A, Al Shaban T, Salim E, Gamaleldin MM. Hernia interna tras derivación gástrica en Y de Roux laparoscópica: prevención y consejos para el manejo intraoperatorio. Cirugía de la obesidad [Internet]. 2016;26(9):2255–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-016-2267-0>
2. Hernia interna asociada a bypass gástrico en Y de Roux. Cirugía [Internet]. 2021;170(6):e31–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2021.06.007>
3. Otero Sierra Maite, Labrada Despaigne Alberto, Acosta Sánchez Manuel. Cirugía bariátrica restrictiva laparoscópica y su influencia sobre el síndrome metabólico. Revista Cubana Endocrinología [Internet]. 2022;33(1):e321. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532022000100002&lng=es.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Francisco Acuña Arévalo (francisco.acuna@mayor.cl)

Autores: Betancur Labra, F.¹; Gaete Salgado, N.¹; Hernández Fernández, P.²; Zúñiga Tapia, J.¹

Tutor/es: Marco Antonio Vidal Vargas³

Afiliaciones:

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

² Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

³ Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital El Pino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El cáncer gástrico tiene una alta incidencia en Chile, siendo este el con mayor mortalidad en hombres, abarcando un porcentaje de 15,6% del total de muertes por esta patología. Su tratamiento estándar es la resección quirúrgica, procedimiento no exento de complicaciones. Este trabajo persigue rescatar la importancia de una de las complicaciones de esta cirugía.

Presentación del caso. Paciente masculino de 67 años con antecedentes de Gastrectomía subtotal hace 40 años y Adenocarcinoma gástrico diagnosticado el año 2022, presentó hemorragia digestiva alta con requerimientos transfusionales posterior a laparoscopia etapificadora. Se realizó Endoscopia Digestiva Alta, que evidenció estenosis de unión gastroyeyunal secundario al proceso infiltrativo, por lo que se decidió llevar a cabo una gastrectomía total. 4 días después presentó quiebre clínico con abdomen distendido e inestabilidad hemodinámica que requirió reanimación con cristaloides. Se realizó Tomografía Axial Computada con contraste que mostró líquido libre con grandes colecciones hemáticas en lecho esplénico. Se realizó laparoscopia exploradora para aseo quirúrgico en la que se descubrió una fístula esófago-yeyunal. Se instaló posteriormente endoprótesis esofágica, con favorable evolución clínica posterior.

Discusión y conclusiones. La gastrectomía total es una cirugía no exenta de complicaciones, dentro de ellas, la fístula esófago-yeyunal es una complicación que suele aparecer alrededor del séptimo día postquirúrgico y que, si bien no son frecuentes, representan mayores implicancias. Es importante tenerla en consideración ante el quiebre clínico de un paciente en sus primeros días de postoperatorio para un manejo endoscópico oportuno que ha mostrado mejoría en la mortalidad de estos pacientes.

Palabras claves. Adenocarcinoma, Fístula, Gastrectomía.

Referencias

- David M, Eguía C, Flores G, Garza SA, Osoria G. Dehiscencia de anastomosis esófago-yeyunal, diagnóstico y manejo endoscópico. Reporte de un caso [Internet]. Medigraphic.com. 2017 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2017/ce173_4e.pdf
- Parra-Soto S, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordeñez AM, Troncoso-Pantoja C, Ulloa N, et al. Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. Rev Med Chil [Internet]. 2020 [citado el 30 de abril de 2023];148(10):1489–95. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001489
- Pietro G, Pablo P, Marian B, Marta C, Francisca GM, Pedro C, et al. O-085 - MANEJO DE LAS FÍSTULAS ESOFAGOYEYUNALES TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL POR NEOPLASIA GÁSTRICA [Internet]. Elsevier.es. 2017 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-xxi-reunion-nacional-cirugia-49-sesion-c-esofagogastrica-3432-comunicacion-manejo-fistulas-esofagoyeyunales-tras-gastrectomia-38937-pdf>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Natalia Gaete Salgado (ngaete2017@udec.cl)

TUMOR EN PROCESO UNCINADO DEL PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO, CON COMPROMISO DE ARTERIA Y VENA MESENTÉRICA SUPERIOR.

CC-EQ-005 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Moncada Merino, M.¹; Betancur Labra, F.¹; Gaete Salgado, N.¹; Quintana Gutierrez, P.¹

Tutor/es: Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo²

Afiliaciones:

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

² Cirujano digestivo, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. El cáncer de páncreas ocupa el octavo lugar de muertes por cáncer en Chile. Su manejo depende de la localización y extensión, siendo la pancreaticoduodenectomía una opción en tumores de cabeza de páncreas. A continuación, se expondrá un caso del manejo quirúrgico de un tumor de proceso uncinado con compromiso de la arteria y vena mesentérica superior (AMS, VMS), lo cual confiere un desafío quirúrgico.

Presentación del caso. Paciente masculino de 57 años, portador de tumor en proceso uncinado localmente avanzado pT4N0M0, con compromiso de AMS y VMS. La biopsia informa adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado. Presenta antígeno carbohidrato 19-9 de 57 U/ml y antígeno carcinoembrionario de 2,8 ng/ml. Completa quimioterapia neoadyuvante y posteriormente se realiza resonancia nuclear magnética que informa lesión nodular de 18 mm en uncinado, sin signos de diseminación. Se realiza cirugía de Whipple, y durante procedimiento se evidencia tumor de 2 por 3 cm con tejido fibroso desmoplásico que rodea AMS, VMS y rama arteria ileocólica. Sin carcinomatosis peritoneal. Se realiza rafia de vena porta y colectomía derecha por evidencia de isquemia colónica. Ingres a Unidad de Tratamiento Intensivo quirúrgica con hemodinamia estable, buena evolución y sin complicaciones posteriores.

Discusión y conclusiones. El cáncer de páncreas suele diagnosticarse en estadios avanzados, donde la resección quirúrgica es una opción paliativa mayoritariamente. La tasa de supervivencia postquirúrgica a 5 años en estadio III corresponde a 5,6%. Si bien, la tasa de resecabilidad es baja, en este caso se realizó una cirugía paliativa para disminuir los síntomas, mejorar sobrevida y calidad de vida del paciente.

Palabras claves. Adenocarcinoma ductal del páncreas, Pancreaticoduodenectomía, Tratamiento paliativo.

Referencias

1. Goral V. Pancreatic Cancer: Pathogenesis and Diagnosis. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(14):5619-24. doi: 10.7314/apjcp.2015.16.14.5619. PMID: 26320426.
2. Klein AP. Pancreatic cancer epidemiology: understanding the role of lifestyle and inherited risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2021 Jul;18(7):493-502. doi: 10.1038/s41575-021-00457-x. Epub 2021 May 17. PMID: 34002083; PMCID: PMC9265847.
3. Merlo Ignacio G., Fratantoni Eugenia, De Santibañes Martín, Ardiles Victoria, Sanchez Clariá Rodrigo, Pekolj Juan et al . Supervivencia a largo plazo luego de pancreatectomía por cáncer de páncreas. Medicina (B. Aires) [Internet]. 2021 Oct [citado 2023 Abr 30] ; 81(5): 800-807. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500800&lng=es.
4. Zhang Y, Sun DL, Chen XM. The Uncinate Process First Approach in Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy: A Single-institution Experience. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2017 Dec;27(6):e141-e144. doi: 10.1097/SLE.0000000000000476. PMID: 28945694.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Monserrat Moncada Merino (monseivonne2@outlook.es)

SÍNDROME DE MIRIZZI UNA CAUSA RARA DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-016 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Alarcón Alarcón, C.¹; González Galleguillos, V.¹; Hernández Valderrama, L.¹; Millar Saldaña, M.¹.

Tutor/es: Carla Belén Arias Torres²

Afiliaciones:

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

² Médica Cirujana, Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Síndrome de Mirizzi (SM) es una causa infrecuente de ictericia obstructiva. Se produce debido a la impactación de uno o varios cálculos en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico, causando compresión extrínseca y obstrucción del conducto hepático común, respuesta inflamatoria y elevación de las enzimas hepáticas. Se presenta caso de paciente con ictericia obstructiva y su manejo.

Presentación del caso. Paciente femenina de 73 años, cursó cuadro de dos semanas de ictericia generalizada, coluria y baja de peso. Laboratorio destacó elevación de enzimas hepáticas e hiperbilirrubinemia con predominio de bilirrubina directa. Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) identificó lesión hipointensa de 22 milímetros, litiásica, a nivel del conducto cístico, con dilatación de la vía biliar hacia proximal. Se realizó anastomosis hepatoyeyunal abierta y colecistectomía de remanente hepático, sin incidentes. Se evidenció SM tipo IV con cálculo de 3 centímetros y remanente atrófico de vesícula. Biopsia confirmó vía biliar con pared engrosada debido a infiltrado inflamatorio abundante linfocitario y fibrosis, concordante histológicamente con SM.

Discusión y conclusiones. El SM es una complicación rara de la coledocistitis, en su mayoría presente en mujeres de países subdesarrollados. Se describen cuatro tipos, según la presencia o ausencia de fístula colecisto-coledociana. Su diagnóstico se realiza en base a imágenes (ecografía o CPRM) o vía colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

A pesar de ser una patología infrecuente, es importante conocer y diagnosticar esta causa de ictericia, diferenciar del colangiocarcinoma y realizar su correcta derivación para llevar a cabo la resolución quirúrgica.

Palabras claves. Colelitiasis, Ictericia, Síndrome de Mirizzi.

Referencias

1. Cesare Pérez S, Murillo Barquero F, Obaldía Mata AP. Síndrome de Mirizzi: una patología poco frecuente. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2023;8(2):e957. [Citado el 05 de abril de 2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v8i2.957>
2. Macías Sabando MM, Magallanes Vera NC, Magallanes Vera YA, Baquerizo Godoy MF. Síndrome de Mirizzi. [Internet]. 2022;6(1):87–95. [Citado el 05 de abril de 2023] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.87-95](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.87-95)
3. Cárdenas Quirós MF, Álvarez Chavez R. Síndrome de Mirizzi. Rev Clín Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2018;8(3). [Citado el 05 de abril de 2023] Disponible en: http://dx.doi.org/10.15517/rc_ucr-hsjd.v8i3.33495
4. Andrade Franco CM, Armijos Gía LG, Vera Rodríguez JH, Fariño Villacrés AD. Síndrome de Mirizzi: etiología, clasificación, presentación clínica y métodos de diagnóstico. Jah [Internet]. 2023 [Citado el 05 de abril de 2023];6(1). Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/169>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Victor González Galleguillos (vegonzalezg95@gmail.com)

Autores: Hernández Fernández, P.¹; Stevenson Baeza, D.²; Torres Quijada, J.²; Vergara Medina, M.¹
Tutor/es: Marco Antonio Vidal Vargas³

Afiliaciones:
¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.
² Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
³ Médico Cirujano, Servicio de cirugía Hospital El Pino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar debido a distintas causas que pueden ser litiásicas o alitiásicas (10%). Tiene una clínica característica de dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo y alza de parámetros inflamatorios como la proteína C reactiva y los leucocitos.

Presentación del caso. Paciente masculino de 60 años sin antecedentes mórbidos, consultó por cuadro de tres días de evolución, caracterizado por dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, asociado a vómitos, sin otros síntomas. Al examen físico se identificó signo de Murphy positivo, asociado a una elevación de parámetros inflamatorios, sin alteración del perfil hepático, por lo que se ingresa bajo sospecha de colecistitis aguda. Se realizó tomografía de abdomen y pelvis que informa diverticulitis del ángulo hepático del colon y colecistitis aguda sin signos de litiasis, posteriormente se realiza ecografía abdominal que impresiona colecistitis aguda alitiásica. Se decide manejo médico para la diverticulitis asociado a colecistectomía laparoscópica para el cuadro de colecistitis aguda. Paciente evolucionó favorablemente, con disminución de parámetros inflamatorios.

Discusión y conclusiones. El caso presentado corresponde a una Colecistitis aguda alitiásica secundaria a una diverticulitis aguda del ángulo hepático del colon, la cual es extremadamente infrecuente, ya que la inflamación o perforación de los divertículos en esa zona ocurre solo en un 0.5-2.7% de los casos. Puede ser de difícil diagnóstico, esto se debe a que los divertículos en esa porción del colon solo aparecen en un 5-10%. Es por lo anterior que siempre se deben considerar distintos diagnósticos diferenciales de patologías tan frecuentes como la colecistitis aguda.

Palabras claves. Colecistitis aguda, Colecistitis aguda alitiásica, Diverticulitis.

Referencias

1. Gonzalez-Urquijo M, Baca-Arzaga AA, Lozano-Balderas G. Diverticulitis aguda del ángulo hepático simulando un cuadro de colecistitis aguda. Revista de gastroenterología de México [Internet]. .2020 Oct 1 [citado 2023 Abril 30]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007359/>
2. Jones MW, Ferguson T. Acalculous Cholecystitis. 2023 [citado 2023 Abril 30]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083717/>
3. Nezam A. Acalculous cholecystitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2022 [citado 2023 Abril 30]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acalculous-cholecystitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?source=mostViewed_widget#references

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Daniela Stevenson Baeza (daniela.stevensonbaeza@gmail.com)

SÍNDROME DE LEMMEL, UNA CAUSA INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-035 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Alarcón Alarcón, C.¹; De La Fuente Contreras, J.¹; Gonzalez Galleguillos, V.¹; Salinas Castillo, M.¹

Tutor/es: Carla Belen Arias Torres²

Afiliaciones:

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

²Médica Cirujana, Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de lemmel es una causa infrecuente de ictericia obstructiva. Es producido por la presencia de un divertículo duodenal periampular (DDP) que comprime el conducto biliar común, causando dilatación retrógrada de la vía biliar intrahepática y extrahepática, en ausencia de factor obstructivo intrínseco. Si bien suele ser asintomático, puede cursar con complicaciones como: ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis. A continuación se presenta un caso de pancreatitis aguda secundaria a la presencia de un DDP.

Presentación del caso. Paciente femenina de 63 años, consultó por cuadro de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio irradiado a dorso en faja, asociado a vómitos. Exámenes: amilasa 1237 U/L, lipasa 10486 U/L. Se solicitó tomografía computarizada de abdomen: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con divertículo duodenal a nivel papilar causando eventual compresión extrínseca. Colangiografía por Resonancia Magnética (CRMN): dilatación de la vía biliar sin identificar patrón obstructivo. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con hallazgos de divertículo periampular, deformación de la papila y vía biliar dilatada. Se decidió realizar papilotomía dirigida, sin inconvenientes. Paciente con mejoría clínica progresiva posterior al procedimiento.

Discusión y conclusiones. Es importante considerar las diversas complicaciones que pueden derivarse de un DDP. Se debe sospechar la presencia del síndrome de lemmel como factor etiológico de pancreatitis aguda, especialmente en un paciente con obstrucción biliar, presencia de un DDP y ausencia de factor obstructivo intrínseco. El tratamiento de elección es la CPRE, aunque dependiendo del grado de obstrucción y complicaciones asociadas se pueden considerar otras intervenciones como cirugía o manejo médico.

Palabras claves. Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica, Divertículo, Pancreatitis.

Referencias

1. Martín M, Gómez P, Amarelo M, Sáenz M. Lemmel’s syndrome: an uncommon complication of periampullary duodenal diverticulum. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2022 [citado el 29 de abril de 2023];114(1):57–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34488424/>
2. Goroztieta-Rosales LM, Gómez-Farías J, López-García KD, Davila-Rodriguez DO. Lemmel syndrome: an extraordinary cause of obstructive jaundice-a case report. J Surg Case Rep [Internet]. 2022 [citado el 29 de abril de 2023];2022(1):rjab593. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35047177/>
3. León Moreno JF, Wong Nano CD, Dominguez Vega SJF. Síndrome de Lemmel: una causa infrecuente de colangitis aguda. ACTA [Internet].30 de marzo de 2022 [citado 28 de abril de 2023];52(1):101-5. Disponible en: <https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/view/170>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Constanza Alarcón Alarcón (constanza.alarcon.01@alu.ucm.cl)

FÍSTULA COLECISTODUODENAL COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE COLELITIASIS A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

CC-EQ-072 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Barriga Mendez , M.¹; Bustamante Montoya, C.¹; Galvez Godoy, C.¹; Guajardo Muñoz, I.¹

Tutor/es: Carlos Diaz Alcocer²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina 7mo año Universidad Andrés Bello, sede Santiago, Chile.

² Residente Cirugía General, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La incidencia de la fístula biliar es de un 3-5% de las colelitiasis y el 90% de las fístulas espontáneas son una complicación tardía de estas. De las fístulas bilioentéricas, la más frecuente es la fístula colecistoduodenal (FCD) contribuyendo con el 61 al 77% de estas. El objetivo de este reporte es entregar información actualizada para su pesquisa y manejo.

Presentación del caso. Femenina de 59 años con antecedente de colelitiasis, consultó por dolor abdominal de dos semanas, sensación febril y orinas concentradas. Al ingreso destacó escleras ictéricas y abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho. Entregó ecografía abdominal y colangiografía que mostraron vía biliar intra y extrahepática dilatadas, litiasis en colédoco y vesícula biliar no visualizada. Se realizó colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) donde hubo ausencia de contraste de la vía biliar proximal con una dilatación sacular de la vía biliar distal, planteandose un Sd. de Mirizzi tipo IV. Se realizó extracción incompleta de cálculos, por lo que se realizó una exploración laparoscópica de la vía biliar en donde por coledocotomía se extrajeron cálculos del colédoco distal y se encontró como hallazgo una vesícula en porcelana y una FCD, la cual se resolvió laparoscópicamente.

Discusión y conclusiones. El hallazgo de una FCD es sumamente infrecuente y su diagnóstico es de gran complejidad por lo inespecífico de sus síntomas y la dificultad en la interpretación imagenológica. Ante su sospecha, es fundamental el uso de colangiografía, tomografía computada o ecografía con contraste oral para determinar su manejo, teniendo en cuenta que es un verdadero desafío quirúrgico.

Palabras claves. Cirugía, Fístula bilioentérica, Fístula colecistoduodenal

Referencias

1. Matsumoto Y, Fujimoto K, Mitsuoka E, Senda E, Shio S, Ichikawa K, et al. Cholecystoduodenal fistula caused by aggressive mucinous gallbladder carcinoma with a porcelain gallbladder. Clin J Gastroenterol [Internet]. 2019 [citado el 1 de mayo de 2023];12(5):460–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30919282/>
2. Young A, Yusuf GT, Fang C, Metafa A, Gupta S, Sidhu PS. Cholecystoduodenal fistula identified on oral contrast-enhanced ultrasound. J Ultrasound [Internet]. 2022 [citado el 1 de mayo de 2023];25(2):339–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33159665/>
3. Vadioaloo DK, Loo GH, Leow VM, Subramaniam M. Massive upper gastrointestinal bleeding: a rare complication of cholecystoduodenal fistula. BMJ Case Rep [Internet]. 2019 [citado el 1 de mayo de 2023];12(5):e228654. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31079042/>
4. Gonzalez-Urquijo M, Rodarte-Shade M, Lozano-Balderas G, Gil-Galindo G. Cholecystoenteric fistula with and without gallstone ileus: A case series. Hepatobiliary Pancreat Dis Int [Internet]. 2020 [citado el 1 de mayo de 2023];19(1):36–40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31919039/>
5. Li X-Y, Zhao X, Zheng P, Kao X-M, Xiang X-S, Ji W. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistula: A single-center experience. J Int Med Res [Internet]. 2017 [citado el 1 de mayo de 2023];45(3):1090–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28417651/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Isidora Guajardo (isidoraguajardomunoz@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CC-EQ-115 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Ceballos Orué, F. ¹; Muñoz Espinoza, D. ¹; Navarrete Aguilera, C. ¹; Padilla Toro, L. ¹

Tutor/es: Byron Fernando López Banda²

Afiliaciones:

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

² Cirujano general, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile.

RESUMEN

Introducción. La colangitis aguda es un síndrome caracterizado por fiebre, ictericia y dolor abdominal. La causa más habitual es la coledocolitiasis seguida de obstrucción maligna. Los colangiocarcinomas son tumores epiteliales biliares que afectan la vía biliar, agresivos y la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas.

Presentación del caso. Paciente masculino de 77 años con antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus consulta en urgencias por cuadro de 2 días de evolución de desorientación, ictericia, dolor en hipocondrio derecho. Refieren baja de peso de 10 kg en 2 meses. Los exámenes de ingreso destacan Leucocitos 14.920 u/L, PCR 171,5 mg/L, Creatinemia 1,19 mg/dL, Bilirrubina Total 6,47 mg/dL, Bilirrubina directa 6,27 mg/dL FA 1108 U/L GOT 176 U/L GPT 157 U/L.

Tomografía computarizada de abdomen: múltiples lesiones hipodensas hepáticas de aspecto infiltrativo secundario, dilatación de vía biliar.

Se sospecha colangiocarcinoma con metástasis hepáticas, sin opción quirúrgica, se decide tratamiento médico y antibióticos, con mejoría clínica.

Discusión y conclusiones. Para el diagnóstico de colangitis se utilizan los criterios de Tokio 2018: inflamación sistémica, colestasis y estudios de imagen. El tratamiento con antibióticos debe ser precoz, y la resolución quirúrgica una vez tratado el cuadro agudo, considerando la gravedad y el riesgo-beneficio.

Las obstrucciones malignas ocupan el segundo lugar de causas de colangitis, solo precedida por coledocolitiasis. El colangiocarcinoma extrahepático se presenta con signos de obstrucción biliar y el intrahepático con síntomas inespecíficos. Muchos son asintomáticos y se detectan incidentalmente en estadio III o IV. Por lo que, es un diagnóstico a considerar ante un paciente con colangitis.

Palabras claves. Colangiocarcinoma, Colangitis, Ictericia.

Referencias

1. An Z, Braseth AL, Sahar N. Acute Cholangitis: Causes, Diagnosis, and Management. Gastroenterology Clinics of North America [Internet]. 2021 Jun 1;50(2):403–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34024448/>
2. Doherty B, Nambudiri VE, Palmer WC. Update on the Diagnosis and Treatment of Cholangiocarcinoma. Current gastroenterology reports [Internet]. 2017;19(1):2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28110453>
3. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences [Internet]. 2018 Jan;25(1):3–16. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhbp.518>
4. Miura F, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 2018 Jan;25(1):31–40.
5. Rizvi S, Khan SA, Hallemeier CL, Kelley RK, Gores GJ. Cholangiocarcinoma — evolving concepts and therapeutic strategies. Nature Reviews Clinical Oncology. 2017 Oct 10;15(2):95–111.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Francisca Ceballos Orué (fca.ceballos.orue@gmail.com)

Autores: Fuentes Candia, J. ¹; Bravo-Iratchet Marengo, B. ¹; Pedreros Valenzuela, C. ¹; Hissi González, M. ¹
Tutor/es: Manuel Alejandro Pedreros Valenzuela²; Alejandro Rafael Sojo Naranjo³

Afiliaciones:

- ¹ Interno de Medicina, Universidad Autónoma, Santiago, Chile.
- ² Médico General de Zona, Cesfam El Roble, La Pintana, Santiago, Chile.
- ³ Cirujano general, Servicio de Cirugía, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Caroli es un trastorno hereditario autosómico recesivo poco frecuente caracterizado por una dilatación no obstructiva de los segmentos de los conductos biliares intrahepáticos (1, 2). Clínicamente, se presenta con dolor abdominal, fiebre, ictericia y episodios frecuentes de colangitis (1, 3). El diagnóstico se puede realizar con imágenes o biopsia hepática (5). El tratamiento se basa principalmente en manejar las complicaciones y presenta resolución quirúrgica (1, 4, 5).

Presentación del caso. Paciente femenina de 28 años colecistectomizada que acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de hace 2 semanas que se exacerbó hace 48 horas, caracterizado por dolor constante de carácter opresivo, localizado en epigastrio irradiado a flanco izquierdo y derecho asociado a náuseas y vómitos con estrías con sangre y contenido alimentario. Niega episodios de fiebre. Se le realizan exámenes de laboratorio que destacan enzimas hepáticas y bilirrubina total elevada. Se realizó una tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste que describe dilatación de conductos biliares intrahepáticos compatible con enfermedad de Caroli. La paciente es hospitalizada en servicio de cirugía con manejo médico hasta resolución de cuadro.

Discusión y conclusiones. En este caso el antecedente de colecistectomía podría haber provocado el descarte de un diagnóstico biliar obstructivo, sin embargo, se deben tener en cuenta otros diagnósticos posibles como la enfermedad de Caroli una patología poco frecuente con una resolución quirúrgica.

Palabras claves. Dilatación de vías biliares intrahepáticas no obstructivas, enfermedad de Caroli, enfermedad genética.

Referencias

1. Umar J, Kudaravalli P, John S. Caroli Disease. StatPearls Publishing; 2022.
2. Shi W, Yang A-M. Caroli disease: an update on pathogenesis. Chin Med J (Engl) [Internet]. 2021;134(23):2844–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CM9.0000000000001827>
3. Liu C, Zhang Y, Cui Z. Hypersplenism caused by Caroli’s disease. Asian J Surg [Internet]. 2023;46(3):1531–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asjsur.2022.09.067>
4. Jiang L, Shu J, Yu Z. Repeated epigastric pain caused by Caroli’s disease. Asian J Surg [Internet]. 2022;45(7):1432–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asjsur.2022.02.035>
5. Caleça Emidio F, Costa Pereira R, Blanco R, Santos P, Abegão T, Fitas C. An 84-year-old patient with Caroli syndrome: What is the prognosis of this condition? Eur J Case Rep Intern Med [Internet]. 2023;10(3):003794. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12890/2023_003794

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Jorge Fuentes Candia (fuentescandiajorge@gmail.com)

HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A TRAUMA DE APARICIÓN TARDÍA: REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-102 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - TÓRAX

Autores: Valdenegro Bustos, F.¹; Ancieta Sanzana, L.¹; Valdivia Berroeta, C.¹; Araya Arancibia, F.¹

Tutor/es: Natalia Valenzuela Mena²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las hernias diafragmáticas se definen como el paso del contenido abdominal a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. La hernia diafragmática traumática puede presentarse en pacientes que han sufrido un traumatismo toraco-abdominal tanto cerrado como penetrante.

Presentación del caso. Hombre de 30 años, con antecedente de pleurostomía bilateral debido a un neumotórax por traumatismo torácico con arma blanca hace 5 años.

Consultó en servicio de urgencia Hospital Félix Bulnes por dolor abdominal, pérdida de peso y vómitos en múltiples ocasiones. Se indicó analgesia y alta.

Acude nuevamente por persistencia de los síntomas. Sin hallazgos al examen físico

Se tomó una tomografía computarizada de tórax: hernia diafragmática con signos sugerentes de encarcelamiento, dada a distensión gástrica y dilatación esofágica. También se solicitó una endoscopia digestiva alta que confirmó el diagnóstico. Se decidió hospitalizar al paciente para la resolución quirúrgica del defecto herniario.

Se realizó una hernioplastia diafragmática, donde se evidenció un anillo herniario de 5 cm y un saco conteniendo una gran porción del estómago en la cavidad torácica.

Posteriormente evolucionó favorablemente, por lo que se decidió alta hospitalaria.

Discusión y conclusiones. La hernia diafragmática traumática es una entidad poco frecuente, generalmente se caracteriza por dolor torácico, disnea y trastornos digestivos.

La presentación tardía se debe a la inespecificidad de los síntomas, por lo que se requiere un alto índice de sospecha (clínica y antecedentes) y el uso adecuado de imágenes diagnósticas.

Una vez diagnosticada, se debe reparar quirúrgicamente para evitar complicaciones.

Palabras claves. Hernia diafragmática traumática, Neumotórax, Trauma

Referencias

1. Beltrán S. M, Oyarzún S. J, Castro G. D, Andrade L. P, Fernández R. C. Hernia diafragmática secundaria a trauma: presentación tardía. Rev. Cirugia. 2018;70(5). Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/333> [citado 6 may. 2023]
2. Berty-Gutiérrez H, Díaz-Pi O. Hernia diafragmática: Un desafío diagnóstico. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado 6 May 2023]; 20 (4) Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4196>
3. Valdés M, Polhamus M. Hernia diafragmática postraumática: caso clínico [Internet]. 2013 [citado el 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/casos/5636.html>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Francisca Valdenegro Bustos (lorena.ancieta@mayor.cl)

CONSECUENCIAS INESPERADAS DE UN TRAUMA: HERNIA INTERCOSTAL LUMBAR ADQUIRIDA
CON PROTRUSIÓN HEPÁTICA.

CC-EQ-006 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - TRAUMA

Autores: Arias Senn, E.¹; Hernández Valderrama, L.¹; Millar Saldaña, M.¹; Soto Cornejo, D.¹.

Tutor/es: José Miguel Barrientos Verdugo²

Afiliaciones:

¹ Interna/o de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

² Médico Cirujano, Servicio de Cirugía Tórax, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. La hernia intercostal (HI), es una patología causada por interrupción o debilidad de la musculatura de la pared toracoabdominal con herniación de las fascias entre las costillas adyacentes. Su contenido puede ser saco vacío o vísceras abdominales y torácicas. La mayoría secundarias a fracturas costales. Debido a su baja prevalencia, se presenta un caso que evidencia su clínica y enfrentamiento propuesto.

Presentación del caso. Femenina de 74 años, antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y obesidad. Posterior a accidente automovilístico evolucionó con dolor y aumento de volumen que protruye con la espiración de 15 centímetros de diámetro entre la novena y décima costilla derecha por posterior. Tomografía axial computarizada evidenció fracturas costales con herniación del lóbulo hepático derecho. Se realizó toracotomía derecha ingresando hasta cavidad pleural, por diafragma redundante se realizó plicatura diafragmática. Se fijaron costillas fracturadas y cierre de defecto con posterior instalación de malla de colágeno mixta con tensión. Paciente evolucionó favorablemente. Se controló con radiografías de tórax con adecuada expansión pulmonar.

Discusión y conclusiones. La HI es una afección rara y subdiagnosticada. Se debe sospechar ante una clínica concordante, asociado a antecedentes de traumatismo, EPOC u obesidad, para realizar un diagnóstico precoz, tratamiento y así prevenir complicaciones. Si bien, el tratamiento de elección es la hernioplastia sin tensión por presentar menor recurrencia, en este caso se utilizó un abordaje con tensión sin presentar complicaciones a la fecha, pudiendo ser una alternativa viable para su manejo. Es importante la presentación de estos casos para realizar estudios y lograr un consenso en su manejo.

Palabras claves. Fractura, Hernia, Trauma.

Referencias

1. Abunnaja S, Chysna K, Shaij I, Tripodi G. Hernia intercostal abdominal adquirida: reporte de un caso y revisión de la literatura. Case Rep Surg [Internet]. 2014 [citado el 20 de abril de 2023];2014:456053. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cris/2014/456053/>
2. Carreno Sáenz O, Montilla Navarro E, Aguilar Martí M, Bonafé Diana S, Carbonell Tatay F. Hernia intercostal abdominal traumática con preservación de diafragma: comunicación de un caso. Rev Hispanoam Hernia [Internet]. 2013 [citado el 20 de abril de 2023]; 1(3):105-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-hispanoamericana-hernia-357-articulo-hernia-intercostal-abdominal-traumatica-con-S2255267713000030>
3. Abu-Gazala M, Ratnayake A, Abu- Gazala S, Bala M. Un enigma de la hernia espontánea combinada transdiafragmática intercostal y de la pared abdominal. Hernia [Internet] 2013. [citado el 20 de abril de 2023];17(3):415-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22354360/>
4. Benizri El, Deloitte J, Severac M, Rahili A, Bereder J-M, Benchimol D. Hernia intercostal transdiafragmática post-traumática: reporte de dos casos. Surg Today [Internet] 2013 [citado el 20 de abril de 2023];43(1):96-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22610509/>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Lucas Hernández Valderrama (lucasdaniel.hv@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

HEMATOMA SUPRARRENAL DERECHO SECUNDARIO A TRAUMA ABDOMINAL CERRADO, A
PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-044 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - TRAUMA

Autores: Herrera Torres, K.¹; Fierro Fuentes, V.¹; Hurtado Mamani, J.¹; Díaz Alcocer, C.²

Tutor/es: Carlos Díaz Alcocer²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Médico Cirujano, Residente Cirugía General, Universidad Andres Bello, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las lesiones suprarrenales por trauma abdominal cerrado son infrecuentes, con una incidencia de 0,15%, debido a su ubicación profunda en el retroperitoneo. Usualmente son unilaterales con predominancia derecha. El manejo quirúrgico es raramente requerido, excepto en casos de inestabilidad hemodinámica.

Presentación del caso. Paciente femenina de 34 años, sin antecedentes previos, ingresó al servicio de urgencias tras sufrir trauma automovilístico de alta energía, inicialmente se mantuvo estable, por lo que se solicitó una tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, que evidenció un hematoma suprarrenal derecho de 81 mm, y laceración hepática del segmento VI.

Evolucionó con inestabilidad hemodinámica, por lo que se solicitó un AngioTAC de abdomen y pelvis, que evidenció signos de sangrado activo desde la laceración, por lo que se decidió cirugía. En pabellón se objetivó sangrado desde laceración hepática y un hematoma que infiltraba glándula suprarrenal y fascia de Gerota derecha. Se drenó hematoma en zona II retroperitoneal derecha, con extracción de coágulos.

Durante el postoperatorio, la paciente evolucionó de forma favorable. Posteriormente, fue dada de alta sin complicaciones.

Discusión y conclusiones. Las lesiones adrenales por trauma abdominal cerrado usualmente se acompañan de lesiones del hígado (39%) y riñón (27,1%), y se asocian con mayor severidad de ellas.

Pese a que raramente los hematomas suprarrenales requieren resolución quirúrgica, las lesiones asociadas sí, por lo que su identificación es crucial, ya que se asocia a mayor severidad de la lesión de otros órganos. El manejo quirúrgico sólo está indicado en caso de inestabilidad hemodinámica como fue el caso de la paciente.

Palabras claves. Glándula suprarrenal, Hematoma, Trauma abdominal.

Referencias

1. Al-Thani H, El-Matbouly M, El-Menyar A, Al-Hassani A, Jogol H, El-Faramawy A, et al. Trauma de la glándula adrenal: un análisis observacional descriptivo de un centro de trauma nivel-1. J Emerg Trauma Shock [Internet]. 2021;14(2):92–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/JETS.JETS_63_20
2. DiGiacomo JC, Gerber N, Angus LDG, Munnangi S, Cardozo-Stolberg S. Lesiones traumáticas agudas de la glándula adrenal: resultados del análisis del registro del estudio de resultados de trauma de Pennsylvania. Trauma Surg Acute Care Open [Internet]. 2020;5(1):e000487. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/tsaco-2020-000487>
3. DiGiacomo JC, Gerber N, Angus LDG, Munnangi S, Cardozo-Stolberg S. Lesión suprarrenal contusa: resultados de la revisión de un registro de trauma estatal. Am Surg [Internet]. 2019;85(4):390–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/000313481908500430>
4. Kunhivalappil FT, Hefny AF, Abu-Zidan FM. Manejo de la lesión contusa de la glándula suprarrenal en un hospital comunitario. Injury [Internet]. 2019;50(5):1049–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2018.12.033>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Katherina Herrera Torres (k.herreratorres@uandresbello.edu)

TRAUMA DE URGENCIAS: MANEJO DE HERIDA PENETRANTE TORÁCICA POR VIDEOTORACOSCOPIA.

CC-EQ-093 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - TRAUMA

Autores: Reyes Guerra, J. ¹; Ferrada Rosales, I. ¹; Rojas Marchant, S. ¹; Zegpi Garcia, P. ¹

Tutor/es: Marcelo Andres Santelices Baeza²

Afiliaciones:

¹ Interna Medicina Universidad Catolica del Maule, Talca, Chile.

² Cirujano Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El trauma corresponde a la principal causa de muerte en los menores de 40 años, con un 75% de lesiones a nivel torácico. Dentro de los hallazgos más frecuentemente asociados a ellas están el neumotórax, hemotórax, enfisema subcutáneo, lesión penetrante cardíaca y lesión diafragmática. El enfrentamiento de un trauma torácico en sí no difiere de un politraumatizado y en los últimos años en Chile ha habido un incremento en el uso de técnicas mínimamente invasivas, como la cirugía torácica asistida por video (VATS), obteniendo muy buenos resultados en el perioperatorio, menores tasas de complicación y menor estadía hospitalaria.

Presentación del caso. Paciente de 58 años con herida penetrante por arma blanca en hemitórax izquierdo. Se realizó tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis que informa laceración diafragmática, herniación de tejido omental y hemotórax izquierdo. Se ingreso a pabellón de urgencia donde se realiza VATS izquierda, se aspiró hemotórax, se hizo reducción de contenido abdominal, frenorrafia y se deja tubo pleural con drenaje aspirativo. Durante el postoperatorio el paciente evolucionó favorablemente, con radiografía de tórax control que evidencia expansión pulmonar completa, sin apremio respiratorio, por lo que se da de alta completando 3 días de antibioticoterapia.

Discusión y conclusiones. A pesar de que existe poca evidencia del uso de la VATS en el contexto del trauma de urgencias, esta comienza a tomar un rol protagónico en el último tiempo, ya que además de brindar diagnóstico y tratamiento oportuno, evita la realización de toracotomías innecesarias, ahorrando la comorbilidad que conlleva esta última.

Palabras claves. Trauma, Urgencias, VATS.

Referencias

1. Cuevas Luis. CIRUGIA TORACOSCOPICA VIDEO ASISTIDA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TRAUMA TORACICO [Internet]. cdigital.uv.mx. 2018 [citado 30 mayo 2022]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/49508/CuevasMendozaL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Trauma de tórax [Internet]. redclinica. 2017 [citado 27 octubre 2022]. Disponible en: <https://redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/1053.pdf>
3. Abordaje del paciente con trauma penetrante [Internet]. Medigraphic. 2014 [citado 27 octubre 2022]. Disponible en: [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51291#:~:text=El%20abordaje%20del%20paciente%20con,de%20morbimortalidad%20en%20los%20mismos.&text=Comité%20de%20Trauma%20del%20Colegio%20Americano%20de%20Cirujanos)
4. bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51291#:~:text=El%20abordaje%20del%20paciente%20con,de%20morbimortalidad%20en%20los%20mismos.&text=Comité%20de%20Trauma%20del%20Colegio%20Americano%20de%20Cirujanos.
- 5.

AUTOR/A CORRESPONSAL: Ignacio Ferrada Rosales (ignacio.ferrada@alu.ucm.cl)

TRAUMA VASCULAR DE ARTERIA Y VENA POPLÍTEA CON ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL DE ARTERIA Y VENA POPLÍTEA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MU-141 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - TRAUMA

Autores: Bastias Bravo, D.¹; Herrera Barahona, E.¹; Amar Collantes, M.¹; Godoy Mandiola, V.¹

Tutor/es: Daniel Cifuentes Munzenmayer²

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

² Médico Cirujano, Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Chile.

RESUMEN

Introducción. Los traumas vasculares corresponden al 1-3% del total de traumas en la población general¹, pero su mortalidad alcanza el 20%² de todas las muertes por trauma. El abordaje inicial sigue las directrices del soporte vital avanzado en trauma³ con alta sospecha de trauma vascular, permitiendo el diagnóstico imagenológico cuando no retrase tratar a pacientes inestables.

Presentación del caso. Masculino 55 años, llevado a servicio de urgencia tras recibir lesión con arma blanca en zona poplítea derecha con sangrado activo. Ingresa hipotenso, taquicárdico, índice de shock en 1.5, por lo que es llevado a reanimador. Al examen físico palidez mucocutánea, ausencia de pulsos distales en extremidad inferior derecha. Se realiza reanimación con suero fisiológico y dos unidades de glóbulos rojos. En contexto de paciente en shock y signos de trauma vascular se ingresa a pabellón, objetivando lesión severa de tejidos blandos, destrucción muscular y sección completa de arteria y vena poplítea, requiriendo anastomosis término-terminal de la arteria poplítea con prolene 6/0 y ligadura de la vena poplítea. Ingres a cuidados intensivos en postoperatorio evolucionando favorablemente. En control postoperatorio deambulando con leve parestesia en pierna derecha.

Discusión y conclusiones. El pronóstico de una lesión vascular depende en gran medida del primer respondedor y del adecuado manejo del ABC del trauma y evaluación de signos duros y blandos de trauma vascular para guiar la conducta.

Con el avance y experiencia de la cirugía en Chile, se hace cada vez más posible que traumas vasculares terminen en resultados favorables, principalmente, como el caso expuesto, salvando la funcionalidad de los pacientes.

Palabras claves. Anastomosis vascular, Shock hipovolémico, Trauma Vascular.

Referencias

1. Cristián Salas D. Trauma vascular, visión del cirujano vascular. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2011 [citado el 1 de junio de 2023];22(5):686–95. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864011704813>
2. Bergqvist D, Helfer M, Jensen N, Tägil M. Tendencias en trauma vascular civil durante 30 años. Una perspectiva sueca. Chir Scan Minutes. Acta Chir Scand [Internet]. 1987 [citado el 1 de junio de 2023];153(7–8):417–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3673451/>
3. López-Narváez L, Salazar-Trujillo A, Cáceres-Sepúlveda JF, Rincón-Guio C, Charry-Cuellar JD. Trauma vascular periférico. Revisión de la literatura Peripheral vascular trauma. Literature review [Internet]. Org.mx. [citado el 1 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v41n3/1405-0099-cg-41-03-184.pdf>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Diego Bastias Bravo (diego.bastias@alumnos.uv.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A KOCURIA ROSEA EN PACIENTE DIABÉTICA MELLITUS
TIPO 2 DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-008 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - VASCULAR

Autores: Viveros Wandersleben, E.¹; Mercado Lorenzini, P.²; Escobar Mora, B.¹; Martínez Vergara, C.¹

Tutor/es: Natalia Beatriz Soto Valdés³

Afiliaciones:

¹ Interna de Medicina, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

² Médico Cirujano, EDF CESFAM Ralco, Ralco, Chile.

³ Médico Cirujano, Cirujano General, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

RESUMEN

Introducción. La fascitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva de piel y tejidos blandos, siendo su incidencia 1:100.000/habitantes.

Se clasifica en polimicrobiana y estreptocócica. Los principales factores de riesgo son inmunosupresión y diabetes mellitus (DM). Pese al diagnóstico oportuno y tratamiento más eficiente, la mortalidad de la FN apenas se ha modificado.

Presentación del caso. Paciente obesa y DM2 ingresó por cuadro de 2 días de evolución de dolor, aumento de volumen y eritema en muslo izquierdo post-traumatismo local. Cirugía evidenció proceso necrótico abscedado de piel por muslo interno hacia labio mayor izquierdo de 30x15 cm con profundidad hasta fascia y necrosis grasa. Se hospitalizó por FN y cetoacidosis diabética, donde requirió múltiples aseos quirúrgicos. Cultivos obtenidos evidencian microorganismos como S. Epidermidis y Kokuria Rosea.

Discusión y conclusiones. La FN polimicrobiana afecta a pacientes con comorbilidades, frecuentemente en región distal de extremidades inferiores, asociado a una puerta de entrada. La paciente presentaba DM2 y obesidad, asociadas a traumatismo local, concluyendo en FN perineal. Kokuria Rosea es un microorganismo Gram (+) causante de infecciones oportunistas en usuarios de catéter venoso central e inmunocomprometidos, incluyendo pacientes VIH (+). Es sensible a penicilina, quinolonas y vancomicina. La paciente no presentó clínica compatible con VIH, pero sí con diabetes descompensada, estado de inmunodepresión favorecedor para su desarrollo. Además, debido a su FN polimicrobiana requirió múltiples esquemas antibióticos y aseos quirúrgicos.

La FN presenta una incidencia creciente y elevada morbimortalidad en los últimos años, por lo que es de vital importancia la sospecha diagnóstica e inicio de medidas terapéuticas adecuadas.

Palabras claves. Complicaciones de la diabetes, Fascitis Necrotizante, Necrosis.

Referencias

1. Parra P, Pérez S, Patiño M, Sanz S, García J. Actualización en fascitis necrotizante. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2012; 13(2): 41-48.
2. Barrios O, Cabrera J, Camp I, Armas R. Fascitis necrotizante. Presentación de un paciente. MEDIMAY. 2017; 24(2): 190-196.
3. Ferrer Y, Oquendo P, Asin L, Morejón Y. Diagnóstico y tratamiento de la fascitis necrosante. Medisur. 2014; 12(2): 365-376.
4. Corti M, Villafañe M, Soto I, Palmieri O, Callejo R. Bacteriemia por Kocuria rosea en un paciente con SIDA. Rev. chil. infectol. 2012; 29(3): 355-356.
5. Salas-Segura D. Reporte de un caso de infección por Kocuria rosea. Acta méd. costarric. 2007; 49(3): 170-170.

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Enid Viveros Wandersleben (massyvw@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

FLEGMASIA CERÚLEA DOLOROSA, UNA PRESENTACIÓN SEVERA DEL SÍNDROME DE MAY-THURNER, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-034 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - VASCULAR

Autores: Hurtado Mamani, J.¹; Fierro Fuentes, V.¹; Herrera Torres, K.¹; Vera Espinoza, F.¹

Tutor/es: Claudia Emelit Hurtado Sejas²

Afiliaciones:

¹ Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, Servicio de Cirugía, Hospital San José, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Síndrome de May-Thurner (SMT) o compresión iliocava es una anomalía anatómica que genera insuficiencia venosa y con menos frecuencia la flegmasia cerúlea dolorosa (FCD); la cual se asocia a una mortalidad y una tasa de amputación relevante. Se presenta el caso para destacar la FCD como presentación infrecuente pero severa del SMT que debe ser manejada de manera oportuna.

Presentación del caso. Paciente femenino, 65 años, antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo dos. Ingresó a urgencias por cuadro de tres días de evolución de edema y dolor intenso de extremidad inferior izquierda (EII). Al examen físico destacó hiperalgesia a la palpación asociado a cianosis e impotencia funcional. Doppler venoso mostró trombosis venosa profunda (TVP) supra poplítea izquierda y Angiotac EII expuso extensa TVP de las venas ilíacas izquierdas. Se manejó con fasciotomía medial de EII y trombólisis de vena cava infrarrenal con implante de stent vascular.

Discusión y conclusiones. El manejo oportuno de la FCD es fundamental dada sus complicaciones. La literatura señala que se requiere una combinación de trombólisis y terapia endovascular en la FCD secundario a SMT. Además, la colocación de stent se ha asociado con resultados positivos a largo plazo. La paciente presentada recibió tratamiento con anticoagulación, trombólisis e instalación de stent con una evolución favorable. Por tanto, el SMT es una causa rara de FCD y requiere un manejo adecuado. Reportamos este caso para futuras consideraciones de la entidad, dada su infrecuencia, como posible causa de la FCD teniendo en cuenta manejo y severidad.

Palabras claves. Síndrome de May-Thurner, Trombolisis Mecánica, Trombosis de Venas Profundas.

Referencias

1. Talib U, Talib A. Blue leg: Phlegmasia cerulea dolens secondary to May Thurner Syndrome. Cureus [Internet]. 2022;14(1):e21105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.21105>

2. Galanakis N, Kontopodis N, Kehagias E, Daskalakis N, Tsetis K, Ioannou CV, et al. Direct iliac vein stenting in phlegmasia cerulea dolens caused by may-Thurner syndrome. Vasc Specialist Int [Internet]. 2021;37(37):37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5758/vsi.210031>

3. Alghamdi L, Alattab N, Alwohaibi A, Alotaibi YH, AlSheef M. Phlegmasia cerulea dolens secondary to COVID-19 and May-Thurner syndrome: A case report. Cureus [Internet]. 2022;14(1):e21301. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.21301>

4. O'Connor CT, Murray PC, Ryan MF, Byrne D. A case of phlegmasia cerulea dolens as a result of May-Thurner syndrome. QJM [Internet]. 2020;113(6):419–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcaa007>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Jhoselyn Hurtado Mamani (camilajhm@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

MANEJO INTEGRAL DE PIE DIABÉTICO: COLABORACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL CON CIRUGÍA PLÁSTICA.

CC-EQ-043 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - VASCULAR

Autores: Espinoza Quintanilla, J.¹; Barraza Costoya, J.¹
Tutor/es: Constanza De Fátima Saldaña Rodríguez²; Patricio Eduardo Ramos Rosas²
Afiliaciones:
¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
² Médico cirujano, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. Una complicación de diabetes mellitus tipo II es el pie diabético, que puede requerir finalmente amputación, pero, ¿qué hacer si el paciente rechaza la cirugía?

Presentación del caso. Paciente masculino de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II insulino requirente e hipertensión arterial, amputación de tercer orjeo en pie derecho y amputación transmetatarsiana hace 5 años en pie izquierdo.

Acudió nuevamente a servicio de urgencia donde se estableció diagnóstico de pie diabético Wagner IV, mal perforante plantar en borde externo. Se realizó drenaje de pus, exéresis de tejido esfacelado y lavado. Quedó hospitalizado con curaciones avanzadas.

El laboratorio evidenció albúmina 2.3 g/dL, hemoglobina glicosilada 10.1% y parámetros inflamatorios elevados.

Por evolución tórpida de herida, se propuso a paciente amputación transmetatarsiana, paciente rechazó propuesta. El equipo de cirugía plástica planteó el uso de injerto de piel autólogo. Se requirió la compensación del paciente, además de preparación de la zona del pie.

Discusión y conclusiones. Para un injerto adecuado es fundamental una zona bien irrigada, equilibrio bacteriano y equilibrio sistémico. Las siguientes semanas de hospitalización en el piso de cirugía apuntaron a eso. Se realizaron curaciones, ajustes de insulina, evaluaciones nutricionales, cultivos y lavados quirúrgicos. Finalmente, el paciente pasó a pabellón con cirugía plástica, resultando exitoso el uso de injerto.

En un paciente con amputaciones previas que presenta nuevamente indicación quirúrgica, se hace fundamental la colaboración de cirugía general con cirugía plástica para explorar alternativas, como fue el caso de nuestro paciente.

Palabras claves. Amputación Quirúrgica, Pie Diabético, Trasplante de Piel

Referencias

1. Rojas Duarte, M., Marinkovic Gómez, B. Cirugía en Medicina General: Manual de enfermedades quirúrgicas [Internet]. Santiago, Chile: Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2020 [revisión 2020; consultado 29 Abril 2023]. Disponible en: <https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/1061/submission/proof/index.html>
2. García Bernal FJ, Zayas Pinedo P, Regalado Bilbao J, Jul Vazquez C, Terrones Garzón J. Tratamiento de los defectos de cobertura de pie. Revista del Pie y Tobillo [Internet]. 2016 [Consultado 29 Abril 2023]; 30 (2): 63–70. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-pie-tobillo-366-articulo-tratamiento-defectos-cobertura-pie-S1697219816301094>
3. Redcrónicas.minsal.cl [Internet]. Santiago, Chile: Red Crónicas Minsal; 2018 [Actualizado Nov 2019; Consultado 30 Abril 2023]. ORIENTACIÓN TÉCNICA, MANEJO INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO; Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/2019.12.10_OT-PIE-DIABETICO.pdf

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Javier Espinoza Quintanilla (javierignacio2espinoza@gmail.com)

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA SECUNDARIA A TROMBOSIS MESENTÉRICA Y PORTAL:
MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA MANIFESTACIÓN DE TROMBOFILIA. REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-052 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - VASCULAR

Autores: Rojas Calmels, V.¹; Cifuentes Santibáñez, C.¹; Valdés Bravo, J.¹; Castillo Castillo, A.¹

Tutor/es: Geyneider Nazareth Castejon Leal²

Afiliaciones:

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

² Médico en formación de especialidad de Cirugía general, Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una entidad poco frecuente, que puede presentarse con dolor abdominal, diarrea o fiebre, asociándose a estados protrombóticos, siendo de especial interés clínico los trastornos hematológicos, donde destacan las trombofilias, las cuales presentan un estado hipercoagulable, aumentando el riesgo de eventos trombóticos.

Presentación del caso. Varón, 61 años, sin antecedentes médicos ni familiares de trombosis. Acudió al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca por cuadro de dolor abdominal intenso en faja de 7 horas de evolución, de predominio epigástrico, posterior a la ingesta de alimentos asociado a náuseas y vómitos. Ingresó hemodinámicamente estable, anictérico, afebril con dolor abdominal difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que informó trombosis de la vena porta principal y vena porta derecha que se extendió hasta Vena Mesentérica Superior, con signos de isquemia intestinal, por lo que se decidió laparotomía exploratoria y posterior resección intestinal por presencia de asas de intestino delgado necróticas.

Durante la hospitalización fue evaluado por Hematología quien solicitó panel de trombofilia, donde destacó Factor VIII 400.00%. Paciente evolucionó favorablemente y se decidió egreso hospitalario al octavo día postoperatorio con seguimiento por Hematología.

Discusión y conclusiones. La mortalidad de IMA se extiende hasta el 70% debido al diagnóstico tardío. El dolor abdominal, fiebre y diarrea son síntomas que comparten varias patologías quirúrgicas lo que dificulta el diagnóstico, haciendo fundamental la alta sospecha.

Las trombosis venosas espontáneas en pacientes sin factores de riesgo deben hacer sospechar una posible trombofilia.

Palabras claves. Factor VIII, Isquemia Mesentérica, Trombofilia.

Referencias

- Demelo-Rodríguez P, Ordieres-Ortega L, Oblitas C-M. Trombosis venosa mesentérica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2023 [citado el 4 de junio de 2023];160(9):400–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775323000489>
- Martini V, Lederer A-K, Fink J, Chikhladze S, Utzolino S, Fichtner-Feigl S, et al. Características clínicas y evolución de los pacientes con isquemia mesentérica aguda: un análisis de cohorte retrospectivo. Langenbecks Arch Surg [Internet]. 2022 [citado el 4 de junio de 2023];407(3):1225–32. Disponible en: <https://rdcu.be/ddHBI>
- del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica aguda. Diagnóstico y tratamiento. Angiología [Internet]. 2015 [citado el 4 de junio de 2023];67(2):133–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-isquemia-mesenterica-aguda-diagnostico-tratamiento-S0003317014001631>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Vania Rojas Calmels (vania.rojas@alu.ucm.cl)

CC-EQ-116 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA GENERAL - HBP

Autores: Ceballos Orué, F.¹; Muñoz Espinoza, D.¹; Navarrete Aguilera, C.¹; Padilla Toro, L.¹

Tutor/es: Byron López Banda²

Afiliaciones:

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

² Cirujano general, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile.

RESUMEN

Introducción. La ictericia obstructiva de origen maligno corresponde a un síndrome que se origina por obstrucción de la vía biliar impidiendo la correcta excreción de la bilirrubina directa. Una posible causa corresponde al colangiocarcinoma (CC) neoplasia maligna del epitelio de la vía biliar, que representa menos del 2% de todos los tumores malignos, con una alta tasa de letalidad.

Presentación del caso. Paciente de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, consulta en urgencias por cuadro de 10 días de dolor epigástrico, ictericia, coluria y acolia. Laboratorio destaca: Bilirrubina total 13.9, Bilirrubina directa 13.0, FA 1501, GOT 326, GPT 364, CA 19-9 70.0.

Colangioparesonancia: Moderada dilatación de la vía biliar intrahepática con estenosis de la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo y del conducto hepático común.

Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis contrastada: dilatación de la vía biliar intrahepática. Se identifica una lesión focal hipodensa hepática derecha, que pudiera corresponder a un implante secundario.

Se sospecha CC Hiliar Tipo II con metástasis hepáticas, se presenta a comité oncológico donde se decide drenaje biliar y biopsia de lesión hepática.

Discusión y conclusiones. El CC suele aparecer en cualquier punto del árbol biliar, siendo el tramo perihiliar el más frecuentemente afectado, representado entre un 40-60 % del total, otorgándole gran relevancia a su detección a través de la clínica, muchas veces siendo su única manifestación, la ictericia. No olvidar que el CC sigue siendo una enfermedad altamente letal y se necesitan más conocimientos científicos y clínicos para mejorar los resultados de los pacientes.

Palabras claves. Colangiocarcinoma, Conductos biliares, Ictericia.

Referencias

1. Rojas Duarte M, Marinkovic Gómez B. Cirugía en medicina general: manual de enfermedades quirúrgicas [Internet]. Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34720/BCE6-D715>
2. Hidalgo Méndez F. Colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatzkin). Rev clín med fam [Internet]. 2014;7(1):69–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1699-695x2014000100013>
3. Brindley PJ, Bachini M, Ilyas SI, Khan SA, Loukas A, Sirica AE, et al. Cholangiocarcinoma. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2021;7(1):65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-021-00300-2>

AUTOR/A CORRESPONSAL.: Francisca Ceballos Orué (fca.ceballos.orue@gmail.com)

CC-EQ-030 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: Cuevas Cortés, J.¹; Gil Maturana, I.¹; Manríquez Benavente, C.¹; Soto Molina, A.¹

Tutor/es: Javiera Francisca Ortiz Rocquant²; Paulina Francesca Olivares Romero³

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

³ Médica Cirujana, CESFAM Hernán Urzua Merino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. Pseudotumor cerebri es un trastorno con síntomas producidos por una elevación de la presión intracraneal con líquido cefalorraquídeo (LCR) normal, en ausencia de otras causas de hipertensión intracraneal en las neuroimágenes. Sus síntomas son cefalea, fotopsia, dolor de espalda, dolor retrobulbar, diplopía por parálisis del sexto nervio no localizada, pérdida visual sostenida y dolor cervical.

Se expone este caso clínico dada la importancia de conocer este trastorno, que comparte síntomas con otras patologías neurológicas, y se podría dificultar su diagnóstico.

Presentación del caso. Paciente masculino, 12 años, antecedentes de epilepsia en tratamiento y migraña hace 7 años, 2 cuadros por mes. Acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de un mes de evolución de cefalea predominantemente hemicránea izquierda, punzante, progresiva, sin aura. Presentaba más de 1 episodio al día, día por medio, que cedía parcialmente con Paracetamol y Domperidona, asociada a vómitos explosivos. Cefalea lo despertaba en las noches. Presentó baja ponderal de 3 kilos en un mes, fotopsia y fonofobia. Sin crisis epilépticas.

Tomografía Axial Computarizada cerebral no informó patología intracraneal aguda ni fracturas craneales, tenue engrosamiento mucoso marginal del seno maxilar derecho. Se realizó estudio de LCR. Se hospitalizó para continuar estudio de cefalea con bandera roja.

Discusión y conclusiones. La clínica del Pseudotumor cerebri es similar a otras patologías neurológicas, siendo necesario primero descartar las más graves. Esta patología tiene síntomas que pueden repercutir gravemente en la calidad de vida y debe ser considerada en los diagnósticos clínicos.

El propósito del tratamiento es mejorar los síntomas y evitar empeoramiento de la visión.

Palabras claves. Cefalea, Hipertensión Intracraneal Idiopática, Pseudotumor Cerebri.

Referencias

1. Digre KB, Bruce BB, McDermott MP, et al. Quality of life in idiopathic intracranial hypertension at diagnosis: IIH Treatment Trial results. Neurology 2015; 84:2449.
2. Saavedra A. Pseudotumor Cerebral. Revisión Uruguay Medicina Interna. Uruguay. Diciembre 2016. N°3: 52-61
3. Mosquera A. Seudotumor cerebri en niños: etiología, características clínicas y evolución. Elsevier. España. Junio 2016.

AUTOR CORRESPONSAL: Catalina Manríquez Benavente (catalina.manriquez1@mail.udp.cl)

CONDUCTO URACO PERSISTENTE, UN CASO EXCEPCIONAL DE OMBLIGO HÚMEDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-033 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: Salinas Castillo, M.¹; Mella Mansilla, T.¹; Sotelo Albornoz, C.¹

Tutor/es: Marcelo Andrés Zamorano Huerta²

Afiliaciones:

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

² Cirujano Infantil, Hospital Regional de Talca, Docente Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. La persistencia del uraco es una estructura que establece una conexión entre la vejiga y el ombligo, la cual debería obliterarse después del nacimiento y representa alrededor del 50% de las anomalías uracales. Esta condición puede llevar a complicaciones como el retraso en la caída del cordón umbilical, infecciones o la formación de una fístula vesicoumbilical. En este contexto, se presenta el caso de un paciente con síntomas clínicos que nos llevan a sospechar de la persistencia del uraco.

Presentación del caso. Lactante de 2 meses de edad sin antecedentes médicos relevantes presenta un cuadro clínico que inicia con la eliminación de líquido claro posterior a la caída del ombligo, evolucionando con eritema periumbilical y secreción purulenta. Inicialmente, bajo el diagnóstico de granuloma umbilical, se trata con nitrato de plata sin obtener una respuesta favorable. Ante la falta de mejora, se consulta nuevamente y se solicita una ecografía abdominal, la cual muestra hallazgos compatibles con la persistencia del conducto uraco. Finalmente, se realiza una extirpación completa del conducto uraco de manera ambulatoria.

Discusión y conclusiones. En pacientes con anomalías del uraco, la escisión quirúrgica ha sido tradicionalmente el tratamiento de elección. Sin embargo, también existe la opción de simplemente realizar un seguimiento, dado que todavía no hay claridad respecto al riesgo de desarrollar adenocarcinoma uracal. Cuando los síntomas son evidentes, la sospecha y los estudios posteriores se vuelven inminentes, ya que el retraso en la detección puede predisponer al paciente a complicaciones más serias. La situación se complica aún más cuando la anomalía es asintomática y no es hasta la edad adulta que se presentan síntomas más alarmantes como dolor o hematuria, momentos en los cuales se detectan adenocarcinomas en aproximadamente la mitad de las muestras. Dada esta incertidumbre, la posibilidad de optar por un manejo conservador plantea diversas dudas y resalta la necesidad inminente de informar acerca de las potenciales complicaciones futuras.

Palabras claves. Cordón Umbilical, Lactante, Uraco.

Referencias

- Gleason JM, Bowlin PR, Bagli DJ, Lorenzo AJ, Hassouna T, Koyle MA, Farhat WA. A comprehensive review of pediatric urachal anomalies and predictive analysis for adult urachal adenocarcinoma. J Urol. 2015 Feb;193(2):632-6. doi: 10.1016/j.juro.2014.09.004. Epub 2014 Sep 16. PMID: 25219697.
- Vargas Pérez Manuel, Martínez Martínez Leopoldo, Baquero-Artigao Fernando. Anomalía del uraco sobreinfectada como causa de irritabilidad en un lactante. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2016 Sep [citado 2023 Abr 30]; 18(71): 259-262. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300008&lng=es.
- Janes VA, Hogeman PH, Achten NB, Tytgat SH. An infected urachal cyst--a rare diagnosis in a child with acute abdominal pain. Eur J Pediatr. 2012 Mar;171(3):587-8. doi:10.1007/s00431-011-1622-3. Epub 2011 Nov 12. PMID:22075981.

AUTOR CORRESPONSAL: Masiel Salinas Castillo (masiel.salinas@alu.ucm.cl)

CIRUGÍA CONSERVADORA DE PARÉNQUIMA COMO MANEJO DE EQUINOCOCOSIS PULMONAR BILATERAL SINTOMÁTICA EN PREESCOLAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-051 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: Peirano Borcosque, I.; Ramos Hernández, J.; Rebolledo Castillo, J.; Pérez Moreno, V.

Tutor/es: David Alfonso Schnettler Rodríguez

Afiliaciones:

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

² Cirujano pediátrico, Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. Equinococosis es una zoonosis parasitaria de distribución mundial causada por el género *Echinococcus* spp. En Chile su incidencia oscila entre 1,8 a 2,5 casos por 100.000 habitantes. La prevalencia pediátrica se estima en un 22%. Las localizaciones más frecuentes son hígado y pulmón, un 30% lo constituyen formas asociadas.

Presentación del caso. Preescolar de 3 años, consultó en servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución caracterizado por tos y dolor costal derecho. Parámetros inflamatorios normales. Radiografía de tórax: imágenes redondeadas radiopacas bilaterales. Escáner de tórax: dos lesiones hipodensas de 5 y 7 centímetros, de morfología redondeada en lóbulo medio e inferior izquierdo, sin septos ni nódulos murales, y quiste hepático simple. Se diagnosticó equinococosis pulmonar y hepática. Se sometió a quistectomía pulmonar bilateral y capitonaje asociado a tratamiento con Albendazol perioperatorio. Anatomía patológica confirmó diagnóstico.

Discusión y conclusiones. El pilar del tratamiento de la equinococosis pulmonar es la resección quirúrgica seguida de tratamiento médico con benzimidazoles para reducir recurrencias. El abordaje suele ser por toracotomía posterolateral para el manejo de quistes pulmonares grandes para permitir la extirpación sin ruptura y maximizar la preservación del tejido sano. Sin embargo, sigue siendo un procedimiento invasivo.

Pese a que el capitonaje reduce el riesgo de fístulas broncopleurales persistentes, infección de la cavidad residual y empiema, estudios han reportado resultados controversiales al compararla con la técnica sin capitonaje, no existiendo beneficio claro.

Debido a la diversidad de opciones terapéuticas, la decisión se basará en las características de cada paciente, y que sea lo menos agresiva posible.

Palabras claves. Equinococosis, Procedimientos Quirúrgicos Pulmonares, Zoonosis

Referencias

1. Ministerio de Salud. Informe: Situación de la Equinococosis Quística/Hidatidosis en Chile, 2021. [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe-situacion-de-la-Equinococosis-quistica-hidatidosis-en-chile-2015-2019.pdf>
2. Alison Zhu, Charis Tan, Graham Meredith, Richard Chard, Resección quirúrgica mínimamente invasiva de un quiste hidatídico pulmonar primario grande: un enfoque toracoscópico, Journal of Surgical Case Reports, volumen 2023, número 3, marzo de 2023, rjad090, <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad090>
3. Mosbahi S, Achour A, M'rad S, Kechiche N, Abdelaaly M, Sakly W, et al. Quiste hidatídico del niño. EMC - Pédiatr [Internet]. 2022;57(3):1–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1245178922467631>

AUTOR CORRESPONSAL: Isabella Peirano Borcosque (isabella.peirano@alu.ucm.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE ATRESIA YEYUNAL TIPO CÁSCARA DE MANZANA EN UNA RECIÉN NACIDA PREMATURA.

CC-EQ-089 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: Burgos Sepúlveda, J.¹; Reinicke Burgos, M.¹; Bravo Munro, M.¹; Valenzuela Godoy, S.¹

Tutor/es: Vanessa Soledad Ceballos Ceballos²

Afiliaciones:

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

² Cirujana pediátrica, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las atresias de intestino delgado son anomalías congénitas responsables de la mayoría de las obstrucciones intestinales en el neonato. Las atresias yeyunales pueden ser sospechadas en el período prenatal sin embargo la mayoría son diagnosticadas en los primeros días de vida al presentar obstrucción intestinal, vómitos biliosos, dolor o distensión abdominal. Describiremos una presentación infrecuente de atresia yeyunal con características morfológicas combinadas de cáscara de manzana y atresias múltiples en una recién nacida prematura.

Presentación del caso. Paciente recién nacido de sexo femenino con antecedentes de parto prematuro a las 34+1 semanas secundario a infección intraamniótica. Presentó ecografía fetal al ingreso que mostró dilatación de asas intestinales, signo de doble burbuja y polihidramnios. Sin alteraciones evidentes al examen físico. Se realizó radiografía abdominal que mostró signo de doble burbuja sin paso de aire a distal, compatible con el diagnóstico de atresia yeyunal. A la exploración quirúrgica vía laparotomía se evidenció fondo de saco ciego a nivel del yeyuno proximal y tres segmentos atrésicos en disposición tipo cáscara de manzana hacia distal, que se resecó sin incidentes. Posteriormente se realizó una anastomosis término-lateral y cierre. La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato.

Discusión y conclusiones. La atresia yeyunal es una causa relevante de obstrucción intestinal del neonato que se ordena según la clasificación de Louw en cinco tipos con morfología distintiva. El caso presentado es relevante por la poca frecuencia que se ha reportado en la literatura una combinación del tipo IIIB (en cáscara de manzana) y tipo IV (atresias múltiples).

Palabras claves. Atresia Intestinal, Enfermedades y Anomalías Neonatales Congénitas y Hereditarias, Anomalías del Sistema Digestivo.

Referencias

1. Morris G, Kennedy A Jr, Cochran W. Small bowel congenital anomalies: A review and update. Curr Gastroenterol Rep [Internet]. 2016 [consultado 5 May 2023];18(4):16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26951229/>
2. Adams SD, Stanton MP. Malrotation and intestinal atresias. Early Hum Dev [Internet]. 2014 [consultado 5 May 2023];90(12):921–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25448782/>
3. Zhu H, Gao R, Alganabi M, Dong K, Ganji N, Xiao X, et al. Long-term surgical outcomes of apple-peel atresia. J Pediatr Surg [Internet]. 2019 [consultado 5 May 2023];54(12):2503–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31522794/>

AUTOR CORRESPONSAL: Juan Manuel Burgos Sepúlveda (j.burgos14@ufromail.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

Autores: Fierro Fuentes, V. ¹; Vergara Leal, F. ¹; Ollarzu Cortés, K. ¹; Sánchez González, J. ¹

Tutor/es: Stefania Alejandra Traverso Valdés²; Agustín Ignacio Meléndez Aburto³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Becada de Cirugía General, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.

³ Médico Cirujano, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El absceso retrofaríngeo es una infección poco frecuente y potencialmente mortal. Ocurre con mayor frecuencia en niños de sexo masculino que en adultos, particularmente menores de 5 años, debido a la atrofia de ganglios linfáticos retrofaríngeos durante la pubertad. Entre las causas destacan traumatismos locales, procedimientos instrumentales o ser secundarios a una infección de vecindad.

Presentación del caso. Paciente masculino de 12 años, con antecedentes de rinitis alérgica. Ingresó por cuadro de 3 días de evolución de cervicalgia, asociada a fiebre de 38°C, odinofagia y vómitos. Al examen físico presentó aumento de volumen en la región cervical izquierda con limitación a la movilización cervical. En exámenes de laboratorio destacó leucocitosis y proteína C reactiva elevada. Se realizó tomografía computarizada (TC) de cuello que evidenció absceso retrofaríngeo izquierdo de 3,9 x 3,9 cm de diámetro. Se realizó tratamiento antibiótico con clindamicina y ceftriaxona, y drenaje quirúrgico. Posteriormente, presentó evolución clínica favorable, sin desarrollo de complicaciones.

Discusión y conclusiones. El absceso retrofaríngeo se presenta como una infección polimicrobiana, siendo Streptococcus pyogenes y Staphylococcus Aureus los patógenos de mayor frecuencia. La TC cervical es el examen de elección para el diagnóstico. La terapia se basa en antibióticos intravenosos, seguido de drenaje quirúrgico, en caso de que no haya respuesta a tratamiento o cuando el absceso es mayor de 2,5 cm. Debido a la baja frecuencia de esta entidad, su diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para la prevención de complicaciones potencialmente mortales, como obstrucción de vía aérea, sepsis, fascitis necrotizante, mediastinitis o neumonía por aspiración.

Palabras claves. Absceso retrofaríngeo, Dolor de cuello, Drenaje.

Referencias

1. Sanz Sánchez CI, Morales Angulo C. Absceso retrofaríngeo. Revisión clínica de veinticinco años. Acta Otorrinolaringol (Engl Ed) [Internet]. 2021;72(2):71–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001651920300728>
2. Klein MR. Infections of the oropharynx. Emerg Med Clin North Am [Internet]. 2019;37(1):69–80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862718300890>
3. Akhavan M. Ear, nose, throat: Beyond pharyngitis: Retropharyngeal abscess, peritonsillar abscess, epiglottitis, bacterial tracheitis, and postoperative tonsillectomy. Emerg Med Clin North Am [Internet]. 2021 [citado el 3 de mayo de 2023];39(3):661–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34215408/>
4. Esposito S, De Guido C, Pappalardo M, Laudisio S, Meccariello G, Capoferri G, et al. Retropharyngeal, parapharyngeal and peritonsillar abscesses. Children (Basel) [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2023];9(5):618. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/5/618>

AUTOR CORRESPONSAL: Valery Fierro Fuentes (v.fierrofuentes@uandresbello.edu)

CC-EQ-105 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: Marican Palacios, V.¹; Enero Ortega, L.¹; Peña González, P.¹

Tutor/es: Natalia Isabel Villalón Parra²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana en Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Porvenir, Chile.

RESUMEN

Introducción. La anomalía de Ebstein (AE) es una malformación tricuspídea con miopatía del ventrículo derecho, que corresponde al 1% de las cardiopatías congénitas. 20-40% de todos los neonatos no sobreviven al mes de vida. A continuación se presenta un caso de AE detectada prenatalmente y su manejo.

Presentación del caso. Neonato masculino de término, con antecedentes de cardiopatía congénita compleja diagnosticada antenatal. Al nacer presentó cianosis peribucal y soplo holosistólico III/VI, por lo que se hospitalizó para estudio y tratamiento. En angiotomografía computada coronaria destaca AE, hipoplasia del arco aórtico y dilatación de las cavidades derechas del corazón y arteria pulmonar. Por lo que se sometió a cirugía de corrección de cardiopatía congénita y ligadura de ductus arterioso persistente (DAP). En la ecocardiografía de control se evidencia insuficiencia tricuspídea, comunicación interventricular e interauricular. El paciente queda con controles con cardiología pediátrica. Evoluciona con mal incremento ponderal, fallece a los 6 meses a causa de una bronquiolitis.

Discusión y conclusiones. La AE es una condición congénita infrecuente. Son asintomáticos la mayoría de los pacientes que presenten cardiomegalia leve o moderada, requiriendo manejo médico. La intervención quirúrgica depende de la estabilidad del paciente y la presencia de atresia pulmonar funcional o anatómica, siendo de elección, en este paciente la reparación valvular y ligadura de DAP. En este caso, pese a las intervenciones quirúrgicas, el paciente falleció a causa de una infección respiratoria, por lo que resulta esencial un tratamiento oportuno y un seguimiento estricto, con énfasis en un buen estado nutricional y prevención de infecciones respiratorias.

Palabras claves. Anomalía de Ebstein, Cardiopatía congénita, Válvula tricuspídea

Referencias

1. García E, Arias FJ, Gotor CA, Toral B, Caro A, Boni L. Anomalía de Ebstein en la edad pediátrica: algoritmos de manejo y cirugía de reconstrucción del cono de Da Silva. Cirugía cardiovascular. 2022 enero;29(3):125–31.
2. Sainathan S, da Fonseca da Silva L, da Silva JP. Ebstein's anomaly: contemporary management strategies. Journal of Thoracic Disease. 2020 marzo;12(3): 1161-1173.
3. Yuan SM. Ebstein's Anomaly: Genetics, Clinical Manifestations, and Management. Pediatrics and Neonatology. 2017 junio; 58(3):211-215.
4. Moreno L, Ferrero F. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Actualización 2021, Archivos Argentinos de Pediatría. 2021 agosto;119(4):S171-S197.

AUTOR CORRESPONSAL: Valentina Marican Palacios (valentina.marican@mail.udp.cl)

ABDOMEN AGUDO: NO TODO ES APENDICITIS. LINFANGIOMATOSIS INTRAABDOMINAL RECIDIVADA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-EQ-117 | CASO CLÍNICO | CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Autores: Garces Catril, S.¹; Rodríguez Contreras, C.¹; Rojas Marchant, S.¹

Tutor/es: David Alfonso Schnettler Rodríguez²

Afiliaciones:

¹ Interna Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

² Cirujano Pediátrico Hospital Regional de Talca.

RESUMEN

Introducción. El dolor abdominal es una consulta frecuente en los servicios de urgencia pediátricos, en ocasiones es un desafío diagnóstico. Es de vital importancia durante el primer enfrentamiento definir si es quirúrgico, realizando una acuciosa historia clínica y considerando los múltiples diagnósticos diferenciales. Uno de ellos es el linfangioma quístico, tumor benigno raro, producto de una malformación vascular del sistema linfático. Se presenta usualmente durante la infancia, siendo la ubicación intraabdominal infrecuente con un 5% del total de casos. Con presentaciones mesentéricas, mesocolónicas y retroperitoneales.

Presentación del caso. Paciente masculino, 12 años, laparotomía a los 2 años de edad por linfangioma intestinal. Múltiples consultas por dolor abdominal recurrente desde hace 4 años. Consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha (FID) de 4 días de evolución asociado vómitos y de deposiciones líquidas. Examen físico: afebril, abdomen doloroso a la palpación en FID, signo de rebote positivo. Laboratorio: proteína C reactiva 64.5 glóbulos blancos 17.330. Ecografía: imagen quística multiloculada, bordes bien definidos, no vascularizada al Doppler, sin calcificaciones, 72*36*28 mm, localizada en flanco derecho (FD) y FID derecha. Se realiza laparoscopia exploradora convertida a laparotomía por múltiples bridas y adherencias, observando colección de líquido purulento en FD, múltiples linfangiomas con cambios inflamatorios en mesocolon, desde el ciego hasta colon transversal.

Discusión y conclusiones. Debido a que existen causas infrecuentes de abdomen agudo en niños, es relevante una acuciosa historia clínica para dirigir la sospecha diagnóstica. Por otra parte, los linfangiomas intraabdominales pueden presentar recidivas postoperatorias pudiendo ser útil el seguimiento ecográfico.

Palabras claves. Abdomen Agudo, Dolor Abdominal, Linfangioma Intraabdominal.

Referencias

1. Maqueda Merino A, Sardón Ramos JD, Vitores Lopez JM, Angulo Revilla I, Gastón Moreno A. Linfangiomatosis poliquística mesentérica. Una causa poco frecuente de abdomen agudo quirúrgico. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2014;81(1):59–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.041>
2. Poroes F, Petermann D, Andrejevic-Blant S, Labgaa I, Di Mare L. Pediatric cystic lymphangioma of the retroperitoneum: A case report and review of the literature. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020;99(28):e20827. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000020827>
3. Jayasundara J, Perera E, Chandu de Silva MV, Pathirana AA. Lymphangioma of the jejunal mesentery and jejunal polyps presenting as an acute abdomen in a teenager. Ann R Coll Surg Engl [Internet]. 2017;99(3):e108–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2017.0012>

AUTOR CORRESPONSAL: Scarlett Garces Catril (scarlett18.sg@gmail.com)

PÉNFIGO VULGAR REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL: UN CASO CRÍTICO EN MEDICINA INTENSIVA Y LA IMPORTANCIA DEL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.

CC-EQ-061 | CASO CLÍNICO | DERMATOLOGÍA

Autores: Flint Escobar, D.¹; Bernal Davidson, F.¹; Fredes Araya, E.¹; Scherpf Aravena, M.¹

Tutor/es: Daniela Catalina Stevens Alarcón²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar, Chile.

² Médico Cirujano, EDF Hospital San Agustín, La Ligua, Chile.

RESUMEN

Introducción. El pénfigo vulgar es una enfermedad ampollosa caracterizada por la fragilidad de la piel y las mucosas, que afecta sobre todo a pacientes adultos y ancianos. El diagnóstico precoz es muy importante porque puede comprometer la vida del paciente, debido a infecciones o complicaciones secundarias al tratamiento.

Presentación del caso. Paciente masculino de 51 años sin antecedentes acudió a urgencias por cuadro de lesiones ulcerativas generalizado, compromiso severo de mucosa oral, y úlceras mielecéricas en cabeza, cuello, tronco, abdomen y zona genital. Además, presentó disfonía de varios meses de evolución asociado a compromiso del estado general, el cuál fue tratado con esquemas tópicos y orales, con evolución tórpida. Se decidió trasladar a Unidad de Paciente Crítico para seguimiento multidisciplinario. Estudios de laboratorio inicial descartaron causa oncológica, infecciosa y farmacológica. Se administraron 6 pulsos de Metilprednisolona endovenoso, pero no se evidenció mejoría del cuadro clínico. Luego, se administró prednisona vía oral por 6 días con aparición de nuevas lesiones. Dado lo anterior, se presentó caso a dermatología del centro de referencia y se trasladó para tratamiento de segunda línea con Rituximab (terapia biológica). Evolucionó de manera favorable, y luego de segunda dosis, se decide en condiciones de alta hospitalaria.

Discusión y conclusiones. El PV es una dermatosis infrecuente. El tratamiento está enfocado en el control de la inmunidad alterada en la membrana basal. Por lo que su manejo convencional es corticoterapia. Dado el riesgo vital que pueden generar sus complicaciones, es necesario siempre tener en cuenta un cuadro refractario, y escalar rápidamente a segundas líneas de tratamiento.

Palabras claves. Corticoesteroides, Pénfigo Vulgar, Rituximab

Referencias

1. Redondo-Sendino Á. Pénfigo vulgar: a propósito de un caso de quemadura térmica. Semergen [Internet]. 2010 [citado el 1 de mayo de 2023];36(4):236–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-penfigo-vulgar-proposito-un-caso-S1138359310000481>
2. Convencionales PVR a., De CRP a. RP. REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGIA [Internet]. Org.ar. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rad/v100n4/1851-300X-rad-100-04-11.pdf>
3. Pitarch G, Sánchez-Carazo JL, Pardo J, Torrijos A, Roche E, Fortea JM. Tratamiento de pénfigo vulgar grave resistente con rituximab. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2006 [citado el 1 de mayo de 2023];97(1):48–51. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-tratamiento-penfigo-vulgar-grave-resistente-articulo-13084924>

AUTOR CORRESPONSAL: David Flint Escobar (d.flintescobar@uandresbello.edu)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CC-EQ-070 | CASO CLÍNICO | DERMATOLOGÍA

Autores: Melo, N.¹; Olfos Martel, B.¹; Llanos Rodríguez, C.¹; Soto Hernández, C.¹

Tutor/es: Danae Melo Moreno²

Afiliaciones:

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

²Médica Cirujana, Servicio de salud Ñuble, Cesfam los Volcanes, Chillán, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Eritema Multiforme es una patología inmunomediada que afecta principalmente la piel caracterizada por la aparición de lesiones tipo target. Su incidencia se estima mucho menor al 1% anual.

Aunque hay múltiples factores relacionados con la patología, la causa más frecuente es infecciosa.

Su clínica es bastante llamativa, pero el cuadro tiende a ser autolimitado, resolviéndose en pocas semanas y comúnmente sin dejar secuelas.

Presentación del caso. Paciente femenino de 20 años, sin alergias, con antecedentes de asma, relata aparición de lesiones tipo placa eritematosa en brazo y muslo izquierdo. Consulta en el servicio de dermatología del Hospital las Higueras 10 días después de la aparición de la primera lesión, donde se describen lesiones eritematovioláceas erosionadas y aspecto targetoide, además relata el consumo de ibuprofeno previo al inicio de las lesiones. Se hace diagnóstico de eritema multiforme por consumo de ibuprofeno y es manejado con restricción de cualquier AINEs, cultivo de la lesión, Prednisona y Cetirizina. Paciente es controlada una semana después, mostrando remisión de lesiones, se continúan corticoides por una semana más y control en servicio dermatología.

Discusión y conclusiones. El eritema multiforme es un cuadro inmunomediado poco común, pero de presentación particular que permite un diagnóstico clínico y un abordaje exitoso por el médico general.

Aunque la clínica de esta patología sea alarmante, su curso natural va hacia la remisión, es debido a esto la importancia de encontrar el agente etiológico. Si bien las infecciones virales tienen el protagonismo como agente causal, se debe pesquisar el consumo de fármacos recientes y ordenar su retiro.

Palabras claves. Enfermedad cutánea, Eritema multiforme, Respuesta inmune

Referencias

1. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. J Am Acad Dermatol [Internet]. 1983;8(6):763–75. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(83\)80003-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(83)80003-6)
2. Roujeau J-C. Re-evaluation of “drug-induced” erythema multiforme in the medical literature. Br J Dermatol [Internet]. 2016;175(3):650–1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.14841>
3. Demouche S, Bettuzzi T, Sbidian E, Laugier Castellan D, Osmont M-N, Ingen-Housz-Oro S, et al. Reality of drug-induced erythema multiforme: A French pharmacovigilance study. Therapie [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.therap.2023.03.004>
4. Roujeau JC, Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI. In: Fitzpatrick’s Dermatology in General Medicine. McGraw-Hill Companies, Inc; 2008.

AUTOR CORRESPONSAL: Nicolás Felipe Melo Moreno (nmelo2018@udec.cl)

LENTIGINOSIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON METOTREXATO EN ÁREAS DE PLACAS PSORIÁSICAS RESUELTAS. REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-073 | CASO CLÍNICO | DERMATOLOGÍA

Autores: Llanos Rodríguez, C.¹; Olfos Martel, B.¹; Melo Moreno, N.¹; Soto González, J.¹

Tutor/es: Bunio Julián Ignacio Weissglas Orellana²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Residente de Medicina Interna, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que afecta principalmente piel y articulaciones, con una prevalencia estimada global de 2 a 3%.

Existen diversas opciones de tratamiento para esta patología, dentro de las cuales se incluye el metotrexato, actualmente situado como tratamiento primario para casos moderados a severos.

Presentación del caso. Paciente masculino de 76 años de edad, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial y psoriasis vulgar con artropatía psoriásica. Consultó en policlínico de dermatología del Hospital Las Higueras por control de su psoriasis, en tratamiento con metotrexato hace más de 20 años.

Al examen físico se encontraron múltiples máculas hipercrómicas color marrón oscuro de 2 a 3 milímetros de diámetro sobre un fondo hiperpigmentado de varios centímetros de diámetro, en áreas de placas psoriásicas previas en dorso lumbar, codos y piernas, algunas de las cuales involucraban placas psoriásicas eritematodescamativas leves. El paciente refirió que estas máculas aparecieron posterior al inicio de metotrexato, y que no han disminuido.

Discusión y conclusiones. A la fecha hay alrededor de 30 estudios publicados sobre la aparición de lentiginosis en áreas de placas psoriásicas resueltas o en resolución, posterior a diversos tratamientos para dicha patología, pero solo 3 de los casos han sido posterior a metotrexato.

En los casos que reportaron seguimiento no se observó mejoría luego de varios años, y no se asociaron a aparición de otras lesiones malignas.

Con respecto a su patogénesis, se postuló que el metotrexato puede interferir con la respuesta inmunitaria dirigida a los melanocitos, liberando la inhibición de la melanogénesis y provocando hiperpigmentación.

Palabras claves. Lentigo, Metotrexato, Psoriasis

Referencias

1. Greb J, Goldminz A, Elder J, et al. Psoriasis. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2016 [Citado el 2 de Mayo de 2023];2:1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.82>
2. Chaiyabutr C, Punnakitkashem P, Silpa-Archa N, Wongpraparut C, Chularojanamontri L. The Anti-Psoriatic Efficacy and Safety Profile of Topical and Intralesional Methotrexate: A Literature Review. Clin Cosmet Investig Dermatol [Internet]. 2022 [Citado el 2 de Mayo de 2023];15:2253–74. Disponible en: doi: 10.2147/CCID.S380218.
3. Rahima S, Najeeba R. Psoriatic arthritis with acral lentiginous melanoma: Role for methotrexate? Indian J Dermatol [Internet]. 2013 [Citado el 2 de Mayo de 2023];58(6):492. Disponible en: doi: 10.4103/0019-5154.119972
4. Singh S, Beniwal R. Methotrexate-induced eruptive lentiginosis in resolving psoriasis: a phenomenon possibly dependent on cytokine modulation. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2019 [Citado el 2 de Mayo de 2023];44(5):2012-3. Disponible en: doi: 10.1111/ced.13968
5. Micieli R, Alavi A. Eruptive lentiginosis in resolving psoriatic plaques. JAAD Case reports [Internet]. 2018 [Citado el 2 de Mayo de 2023];4(9):924-9. Disponible en: doi: 10.1016/j.jdc.2018.07.021

AUTOR CORRESPONSAL: Catalina Llanos Rodríguez (callanos2018@udec.cl)

CAUSAS DE ERITRODERMIA A CONSIDERAR EN LA URGENCIA: PITIRIASIS RUBRA PILARIS
VARIANTE ATÍPICA DEL ADULTO.

CC-MQ-026 | CASO CLÍNICO | DERMATOLOGÍA

Autores: Cendoya Ferrada, M.¹; Durán Reyes, C.¹; Erazo Neira, J.¹; Sepúlveda Melo, P.¹

Tutor/es: Andrés Arnaldo Jélvez Retamal²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. La eritrodermia es una urgencia dermatológica, definida como eritema y descamación en más del 90 por ciento de la superficie corporal. Su etiología se suele asociar a reacciones medicamentosas o alimentos, pero en la mitad de los casos son exacerbaciones de dermatosis preexistentes que desarrollaron o debutaron con esta, como la Pitiriasis rubra pilaris (PRP). Cursan con insuficiencia cutánea aguda y pueden generar insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Son pacientes graves, que deben hospitalizarse y estudiarse.

Presentación del caso. Mujer de 39 años con Lupus Eritematoso sistémico, Dermatitis atópica severa, PRP variante atípica del adulto y linfadenopatías dermopáticas, en tratamiento con inmunosupresores e inicio reciente de tratamiento biológico, Ustekinumab. Consultó en urgencias por cuadro que inició 48 horas posterior a la segunda dosis de Ustekinumab, consistente en eritrodermia, edema y exudación de extremidades inferiores, prurito intenso generalizado, disnea de esfuerzo y fiebre objetivada. En exámenes destacó anemia, hipereosinofilia sobre su basal e hipoalbuminemia. Se manejó con betametasona tópica, hidrocortisona y antihistamínicos endovenosos. Se hospitalizó, y evolucionó con signos de ICA, disminución del eritema y fiebre. Especialistas concluyeron que el episodio no fue por descompensación de mesenquimopatía, y definieron manejo con ciclosporina y corticoides sistémicos. Se ha mantenido hospitalizada por ICA.

Discusión y conclusiones. La eritrodermia es una manifestación clínica grave de múltiples etiologías, como fue el caso por PRP. Es importante sospecharlo tempranamente ante fiebre, edema, eritema y descamación, por sus complicaciones sistémicas como la insuficiencia cutánea aguda, que genera desbalance hidroelectrolítico, edema generalizado e ICA, que pueden ser de difícil manejo como en el caso presentado.

Palabras claves. Dermatitis Exfoliativa, Pitiriasis Rubra Pilaris, Urgencias Médicas.

Referencias

1. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. Dermatología. 4th ed. España: Elsevier Ltd; 2019.
2. Cuellar A, Ocampo J, Herz M. Eritrodermia en el adulto: Un enfoque Práctico para el diagnóstico y tratamiento. Actas Dermo-Sifiliogr. [Internet]. 2018 Nov [citado 2023 Abr 20];109(9):777–90. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-eritrodermia-el-adulto-un-enfoque-articulo-S0001731018303302>
3. Hernández I, Marsol I. Pitiriasis rubra pilaris. FMC. [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Abr 20]; 20(8):494–5. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-pitiriasis-rubra-pilaris-articulo-S113420721370639X>
4. Dewan A, Sowerby L, Jadeja S, Lian C, Wen P, Brown J, et al. Pityriasis rubra pilaris-like erythroderma secondary to phosphoinositide 3-kinase inhibition. Clinical and Experimental Dermatology. [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Abr 20];43(8), 890–894. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6996936/>

AUTOR CORRESPONSAL: Montserrat Cendoya Ferrada (mcendoya@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CC-MQ-145 | CASO CLÍNICO | DERMATOLOGÍA

Autores: González Mayen, J.¹; Díaz Belmar, R.¹; González Calderón, F.¹; Farías Contreras, M.¹

Tutor/es: Andrés Barra Lagos²

Afiliaciones:

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

² Médico cirujano, Servicio urgencia rural, Hospital de Collipulli, Collipulli, Chile.

RESUMEN

Introducción. El eritema pigmentado fijo (EPF) es una forma de reacciones adversas medicamentosas (RAM) y se caracteriza como una toxicodermia de aparición súbita, presentando máculas eritematovioláceas únicas o múltiples que suelen manifestarse en una localización específica y recurrente. Los fármacos son responsables del 85-100% de los casos de EPF. Dado que se espera un aumento en la incidencia de RAM debido al envejecimiento de la población y el consiguiente incremento en la polifarmacia, sumado al fácil acceso a medicamentos, resulta primordial reconocer este cuadro clínico y considerarlo como un diagnóstico diferencial.

Presentación del caso. Mujer de 23 años presentó una mácula hiperpigmentada descamativa e irregular de 3x3 cms en el busto derecho, con prurito y un mes de evolución, que inició tres días después del uso de naproxeno. La lesión evolucionó con la formación de ampollas y costras tras fotoexposición. Al volver a administrar el mismo fármaco, la lesión primaria se exacerbó. Los estudios de laboratorio no mostraron alteraciones y la prueba de provocación cutánea fue compatible con una reacción adversa medicamentosa (RAM), llevando al diagnóstico de eritema pigmentado fijo (EPF). Se suspendió el naproxeno y se inició tratamiento con clobetasol, mupirocina, cetirizina y fotoprotección solar, evolucionando la paciente de manera favorable.

Discusión y conclusiones. El diagnóstico de eritema pigmentado fijo (EPF) representa un desafío diagnóstico debido a que el uso de técnicas de laboratorio para estudiar este tipo de reacciones es poco frecuente y conlleva el riesgo de desencadenar reacciones adversas medicamentosas (RAM). Por ello, el diagnóstico debe basarse en la morfología de las lesiones, su recurrencia y el historial farmacológico del paciente, ya que el tratamiento primordial consiste en la suspensión del fármaco causante. La relevancia de este caso se debe a la alta frecuencia y poco control en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en la población general, y al hecho de que la persistencia en el consumo del fármaco puede empeorar el cuadro clínico, llegando incluso a presentar formas generalizadas de la enfermedad.

Palabras claves. Eritema, hiperpigmentación, hipersensibilidad, naproxeno.

Referencias

1. Villanueva Otamendi A, Ramírez Gómez KM. Eritema pigmentado fijo secundario a ingesta de alopurinol. Revista del Centro Dermatológico Pascua [Internet]. 2021 [citado el 7 de mayo de 2023];30(1):20–3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100587>
2. Peña-Balderas AM, López-Revilla R. Pharmacogenetics of adverse cutaneous reactions to lamotrigine. Revista Mexicana de Neurociencia [Internet]. 2019;20(4). Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/289266495.pdf>
3. Giraldo L, Cajamarca J, Espinosa S, Mora ÓE. Eritema pigmentado fijo ampolloso generalizado. rev asoc colomb dermatol cir dematol [Internet]. 2016 [citado el 7 de mayo de 2023];24(3):206–8. Disponible en: <https://www.revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/view/1111>

AUTOR CORRESPONSAL: Javiera González Mayen (jgonzamayen6@gmail.com)

APARICIÓN PROGRESIVA DE LESIONES TUMORALES CUTÁNEAS EN ADULTOS: MELANOMA Y LOS MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES A CONSIDERAR.

CC-MQ-039 | CASO CLÍNICO | DERMATOLOGÍA

Autores: Cendoya Ferrada, M.¹; Sepúlveda Melo, P.¹; Soto Hernández, C.¹; Durán Reyes, C.¹
Tutor/es: Javier Rodríguez Feitzick²

Afiliaciones:

¹ Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
² Médico Internista, Servicio de Medicina Interna, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. El melanoma es un cáncer de piel causado por malignidad de los melanocitos. En occidente, 1 de cada 50 individuos desarrollará melanoma, con una incidencia en incremento mundialmente. Su etiología es multifactorial y surge de una interacción entre susceptibilidad genética y exposiciones ambientales, destacando la radiación ultravioleta como principal factor de riesgo.

Presentación del caso. Hombre de 58 años, sin comorbilidades, consultó por cuadro de seis meses de evolución caracterizado por aparición progresiva de múltiples lesiones tumorales vascularizadas violáceas dérmicas-subcutáneas en torso, cabeza y cuello, asociado a baja de peso, anorexia, disnea, disfonía y disfagia. Laboratorio de ingreso sin alteraciones con parámetros inflamatorios bajos. Como diagnósticos diferenciales iniciales se consideró melanoma, cáncer de mama, neurofibromatosis y sarcoma de Kaposi. Se decidió hospitalizar para ampliar estudios.

Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis evidenció múltiples lesiones nodulares dermocutáneas y de partes blandas de distribución difusa, lesiones focales hepáticas hipovasculares y lesión lítica escapular izquierda. Nasofibrolaringoscopia reveló tumor rinofaríngeo, supraglótico y subglótico. Mamografía evidenció múltiples nódulos con calcificaciones pleomorfas en su interior. Resultado virus inmunodeficiencia humana negativo.

Biopsia de lesión cutánea dio diagnóstico definitivo; melanoma invasor tipo extensión superficial metastásico, razón por la cual ingresó a cuidados paliativos, sin posibilidad de terapia curativa.

Discusión y conclusiones. El melanoma constituye entre el 1 y 4% de los cánceres de piel, sin embargo, es responsable de la mayoría de muertes por esta causa. La detección temprana de melanoma reduce significativamente la morbilidad. El hecho de no consultar precozmente puede limitar las opciones terapéuticas, como en el caso expuesto.

Palabras claves. Melanoma, Metástasis de la neoplasia, Neoplasias cutáneas.

Referencias

- Ahmed B, Qadir MI, Ghafoor S. Malignant Melanoma: Skin Cancer-Diagnosis, Prevention, and Treatment. Crit Rev Eukaryot Gene Expr. [Internet]. 2020 Jan. [Citado 2023 Abr 18]; 30(4):291-297. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32894659/> DOI: 10.1615/CritRevEukaryotGeneExpr.2020028454.
- Dzwierzynski WW. Melanoma Risk Factors and Prevention. Clin Plast Surg. [Internet]. 2021 Oct. [Citado 2023 Abr 20]; 48(4):543-550. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34503715/> DOI: 10.1016/j.cps.2021.05.001.
- Sabatini-Ugarte N, Molgó M, Vial G. Melanoma en Chile ¿Cuál es nuestra realidad? Rev médica Clín Las Condes. [Internet] 2018 Jul. [Citado 2023 Abr 20]; 29(4):468-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-melanoma-chile-cual-es-nuestra-S0716864018300877> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.006>

AUTOR CORRESPONSAL: Montserrat Cendoya Ferrada (mcendoya@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

PARTO PREMATURO EN CHILE: UN ANÁLISIS DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO DURANTE EL PERIODO 2018-2021.

TI-MQ-075 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Araya Rubio, M.¹; Astroza Suárez, S.¹; Correa Muñoz, L.¹; Hernández Valderrama, L.¹
Tutor/es: Paula Aldunate González².

Afiliaciones:
¹ Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
² Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. El parto prematuro (PP) corresponde al ocurrido antes de las 37 semanas de gestación y está asociado a múltiples factores de riesgo.

Las complicaciones secundarias, maternas y neonatales, aumentan la morbilidad, por lo que requiere un manejo intrahospitalario. Por ello, el objetivo de este trabajo es analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por PP, en el periodo 2018-2021 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal, sobre los egresos por parto prematuro en el periodo 2018-2021 en Chile según grupo etario y días de estadía (N=26.540). Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud y procesados en Microsoft Excel. Se calculó TEH. No se requirió comité de ética.

Resultados. Se evidenció una TEH del periodo estudiado de 0,99/1000 habitantes. La mayor tasa fue de 1.18 el año 2018. Según el grupo etario, entre 20-44 años se alcanzó la mayor TEH con 7,40/100.000 habitantes mujeres. El grupo de 10-14 años presentó una mayor estadía hospitalaria con un promedio de 8.23 días.

Discusión y conclusiones. Según los datos obtenidos anualmente, se logró evidenciar una disminución de la TEH de parto prematuro a nivel nacional, posiblemente justificado en el esfuerzo de la atención primaria de salud por implementar medidas preventivas para parto prematuro. Según los resultados, la mayor TEH entre los 20-44 años, se condice con la mayor cantidad de embarazos per se en ese grupo etario. Las pacientes menores de 15 años presentaron un promedio de estadía mayor, probablemente asociado a la mayor incidencia de complicaciones y la predisposición a PP por inmadurez fisiológica.

En conclusión, el PP requiere educación y prevención, especialmente en mujeres de grupos de riesgo evidenciados. Se debe continuar con la realización de estudios epidemiológicos para evidenciar la realidad nacional, con respecto a esta patología que genera gran morbilidad.

Palabras claves. Embarazo, Hospitalización, Salud pública, Trabajo de Parto prematuro.

Referencias

1. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Mendoza Tascón LI, Arias Guatibonza MD, Peñaranda Ospina CB. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado el 25 de febrero de 2023];81(4):330–42. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012.
2. MINISTERIO DE SALUD. Guía Perinatal. 1° edición. Santiago; 2015.
3. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Internet]; 2018. [citado el 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
4. Acosta, D. Prematuridad recién nacido es investigada por entidades. [Internet]. 2018 [citado el 25 de febrero de 2023]; Disponible en: <http://eldia.com.do/prematuridad-recien-nacidos-es-investigada-por-entidades/>.
5. Fuchs F, Monet B, Ducruet T, Chaillet N, Audibert F. Efecto de la edad materna sobre el riesgo de parto prematuro: un gran estudio de cohorte PLoS One [Internet]. 2018;13(1):e0191002. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0191002>

AUTOR CORRESPONSAL: Loreto Correa Muñoz (lore.m.correa@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CÁNCER DE ENDOMETRIO: TASA DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN CHILENA ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2021.

TI-MQ-083 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Araya Venegas, K.¹; Frez Lillo, J.¹; Ortiz Correa, B.¹; Jara Perez, K.¹
Tutor/es: Paula Aldunate González².

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad de Antofagasta, Chile

² Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. El cáncer de endometrio (CE) es el crecimiento anormal de las células de la capa más interna del útero. La etiología aún no está clara. Los factores de riesgo más asociados son la obesidad y obesidad mórbida. El objetivo de esta investigación es calcular la tasa de mortalidad (TM) por CE en la población chilena entre los años 2017 y 2021.

Materiales y métodos. Estudio observacional descriptivo sobre defunciones por cáncer de endometrio en la población chilena entre los años 2017 y 2021 (N=1273), información obtenida del departamento de estadística e información en salud. Se aplicó estadística descriptiva, y cálculo de tasa de mortalidad. No requirió comité de ética.

Resultados Durante el periodo estudiado, el año 2019 presentó la mayor TM con 4,35/100.000 habitantes, mientras que el grupo etario con mayor TM fue el de mujeres de 80 y más años con 19.57/100.000 habitantes. La región con mayor TM fue Aysén, con 31,49/100.000 habitantes.

Discusión y conclusiones. En el año 2019 la TM fue casi el doble de lo registrado a nivel mundial, pudiendo deberse a los factores de riesgo asociados al CE, preponderantes en Chile, como la obesidad y la hipertensión. En relación al grupo etario, en las mujeres mayores de 80 años, además de los factores antes mencionados, se destaca la elevación de los niveles de estrógenos, un factor de riesgo importante para el desarrollo de cáncer de endometrio en este grupo. La mayor TM en la región de Aysén se podría deber a que en dicha región existe una gran prevalencia de obesidad con respecto al territorio nacional. En conclusión, el CE es una patología de impacto en la salud pública chilena, siendo necesaria la educación sobre hábitos y estilos de vida saludable, disminuir el sedentarismo e informar a las mujeres sobre la menopausia y los riesgos asociados.

Palabras claves. Factores de Riesgo, Mortalidad, Neoplasias Endometriales.

Referencias

1. Ministerio de Salud. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. www.minsal.cl. 2021 [Consultado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
2. Castelo Fernández B, Redondo Sánchez A, Bernal Hertfelder E, Ostios García L. Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2017 [consultado el 17 de noviembre de 2022]; 12(34):2036–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2017.05.003>.
3. Acuña MJ, Altamirano R, Correa R, Cuello M, Gayan P, Mayerson D, et al., editores. Protocolo Guía Manejo Cáncer de Endometrio Consenso Rama Ginecología Oncológica de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología [Internet]. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología; 2018 [Consultado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://sochog.cl/wp-content/uploads/2018/10/FINAL-Protocolo-Cáncer- Endometrio- Rama-Ginecología-Oncológica.pdf>
4. Ministerio de Salud. Plan nacional de cáncer 2018-2028 [Internet]. Gob.cl. [Consultado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf
5. Comité nacional de estadísticas vitales. Anuario de estadísticas vitales, 2019 [Internet]. www.ine.cl. 2021 [Consultado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y- anuarios/anuarios-de-estadisticas-vitales/anuario-de-estadisticas-vitales-2019.pdf?sfvrsn=97729b7b_5

AUTOR CORRESPONSAL: Karen Araya Venegas (karen.araya.05@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

VARIACIÓN DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO Y EDAD EN MUJERES DEL CESFAM VIOLETA PARRA, ENTRE 2018 y 2022.

TI-MQ-150 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Machuca Encina, V.¹; González Aja, V.²; Romero Chaparro, F.²; Quevedo Ramírez, D.²; Aguilera Navarrete, G.²; Herrera Espinoza, S.²

Tutor/es: César David Acuña García³

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

² Interno de Medicina, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile.

³ Médico Cirujano, Servicio de Salud Ñuble, CESFAM Violeta Parra, Chillán, Chile.

RESUMEN

Introducción. Los métodos anticonceptivos (MAC) son una intervención dirigida a disminuir la probabilidad de embarazo después del coito. Estos se clasifican en conductuales, de barrera, hormonales y quirúrgicos. Según cifras del MINSAL, el inicio de actividad sexual y el uso de MAC se ha adelantado, siendo el preservativo y anticonceptivos orales de

preferencia en mujeres jóvenes y la estilización en mujeres mayores. El objetivo es analizar el uso de MAC en mujeres en edad fértil entre los años 2018 y 2022, usuarias del Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Violeta Parra en Chillán y describir su distribución por edad.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal, ecológico. Se recopilaron datos extraídos del Programa de Salud de la Mujer (REM-P1) del CESFAM Violeta Parra en Chillán, seleccionando y comparando datos de la población en control según método de regulación de fertilidad y salud sexual entre 2018 y 2022.

Resultados. El rango etario que más usó anticoncepción fue entre los 20 y 34 años y el MAC más utilizado fue hormonal oral combinado, sin embargo, a medida que la edad aumenta, su uso disminuyó. El uso de hormonales inyectables fue aumentando, sobre todo entre los 20 y 39 años, el uso de dispositivos intrauterinos fue disminuyendo y el uso de los demás se mantuvo relativamente estable. El uso de anticonceptivos orales progestágenos fue más frecuente entre los 40 y 49 años.

Discusión y conclusiones. Los resultados obtenidos concuerdan con la literatura: el método hormonal oral combinado es el más utilizado, aunque existe aumento en el uso de inyectables en ciertos rangos etarios. Asimismo, se observan preferencias por métodos anticonceptivos específicos según la edad de las mujeres. Estos datos podrían ser útiles para desarrollar programas de educación sexual que fomenten el uso responsable de anticonceptivos en mujeres de distintas edades.

Palabras claves. Anticoncepción, Epidemiología, Mujeres.

Referencias

1. Teal S, Edelman A. Selección, eficacia y efectos adversos de los anticonceptivos: Revisión. JAMA [Internet]. 2021 Dic 28;326(24):2507. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2787541>
2. Miller TA, Allen RH, Kaunitz AM, Cwiak CA. Anticoncepción para mujeres de mediana edad: Revisión. Menopausia [Internet]. 2018 Jul;25(7):817–27. Disponible en: <https://journals.lww.com/00042192-201807000-00017>
3. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población (2022). Planificación familiar mundial 2022: Satisfacer las necesidades cambiantes de planificación familiar: uso de anticonceptivos por edad y método. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.
4. Ezdi S, Kantorová V, Molitoris J. Planificación Familiar Mundial 2022: Satisfacer las necesidades cambiantes de planificación familiar: uso de anticonceptivos por edad y método. Publicaciones ONU DAES [Internet]. Naciones Unidas; 2022 [cited 2023 May 15]. Disponible en: <https://desapublications.un.org/publications/world-family-planning-2022-meeting-changing-needs-family-planning-contraceptive-use>
5. Festin MPR. Descripción general de la anticoncepción moderna. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2020;66(xxxx):4–14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.004>
6. Díaz S, Galán G, Troncoso P. Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad [Internet]. MINSAL. 2016 [citado el 16 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf
7. Haakenstad A, Angelino O, Irvine CMS, Bhutta ZA, Bienhoff K, Bintz C, et al. Medición de la combinación de métodos anticonceptivos, la prevalencia y la demanda satisfecha por edad y estado civil en 204 países y territorios, 1970-2019: un análisis sistemático para el Estudio de la carga mundial de morbilidad 2019. Lancet [Internet]. 2022;400(10348):295–327. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00936-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00936-9)

AUTOR CORRESPONSAL: Valentina Constanza Machuca Encina (vmachuca@medicina.ucsc.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

HALLAZGO ECOGRÁFICO PRENATAL DE ARCO AÓRTICO DERECHO Y ARTERIA SUBCLAVIA IZQUIERDA ABERRANTE, REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-062 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Contreras Rozas, B.¹; Torres Jara, S.¹; Vidal Mesina, K.¹; Guerra Abarca, M.¹

Tutor/es: Omar Martínez Cifuentes²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

² Médico Ginecólogo-Obstetra, Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

RESUMEN

Introducción. El arco aórtico derecho (RAA) es una anomalía vascular congénita, producida por una regresión anormal de los arcos aórticos durante la embriogénesis, incidencia estimada 0.1%. Se identifica cuando el arco aórtico se ubica a la derecha de la tráquea. Está asociado con arteria subclavia izquierda aberrante (ALSA) y la formación de un anillo vascular, que puede causar estridor e insuficiencia respiratoria al nacimiento.

Presentación del caso. Paciente 31 años, embarazada de 22+3 semanas, sin antecedentes mórbidos. Ecografía constató edad gestacional de 21 semanas, percentil 25. En estudio ecográfico morfológico: Ausencia osificación hueso nasal, pliegue nuchal con edema, dedos de extremidades inferiores en sandalia, cordón con tres vasos. A nivel cardíaco, situs solitus, levocardia, grandes arterias normales; en corte axial, imagen sugerente de RAA. Ecocardiograma fetal confirma RAA y ALSA, se confirma trisomía 21 con amniocentesis.

Discusión y conclusiones. El RAA se diagnostica en corte axial de tres vasos-tráquea, con el arco aórtico a la derecha de la tráquea, no a la izquierda como es habitual. Defecto asociado a anomalías cardíacas como Tetralogía de Fallot o atresia pulmonar, y anomalías cromosómicas. El pronóstico depende de la severidad de los hallazgos concomitantes, como la presencia de anillos vasculares o defectos truncales. Este caso destaca por lo poco frecuente de las alteraciones descritas.

El diagnóstico prenatal es importante debido a la asociación de RAA con anomalías intra y extra-cardíacas, así como alteraciones cromosómicas. Es importante reconocer los diversos hallazgos ecográficos sugerentes de aneuploidías, para ofrecer un estudio genético prenatal y establecer pronóstico precoz de la gestación en curso.

Palabras claves. Aneuploidía, Anillo Vascular, Desarrollo Embrionario.

Referencias

1. Law MA, Mohan J. Arcos Aorticos derechos [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado el 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431104/>
2. Oztas DM, Umutlu M, Ertan M, Beyaz MO, Badem S, Erdinc I, et al. Breve revisión del arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante. Aorta (Stamford) [Internet]. 2019;7(6):179–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-3401999>
3. Raymond SL, Gray SE, Peters KR, Fatima J. Arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante y divertículo de Kommerell.
4. Revista de casos de cirugía vascular innovaciones y técnicas [Internet]. 2019;5(3):259–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvscit.2019.02.009>
5. Yerlikaya G, Efetürk T, Springer S, Reischer T. Detección prenatal de arco aórtico derecho. Archivos de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2019;299(4):933–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-019-05056-5>

AUTOR CORRESPONSAL: Bruno Contreras Rozas (brunocontreras@gmail.com)

DRENAJE DE HEMATOMA VULVAR TRAUMÁTICO NO OBSTÉTRICO CON SONDA PEZZER, REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-129 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Gómez Bobadilla, C.¹; Farías Elfernan, I.²; Herrera Torres, K.²; Meneses Peralta, J.²

Tutor/es: Daniel Rojas Lizana³

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

³ Médico Cirujano, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Pino, San Bernardo, Chile.

RESUMEN

Introducción. Los hematomas vulvares traumáticos son raros, su incidencia es desconocida, usualmente se dan en contexto obstétrico en pacientes de edades extremas. Habitualmente son secundarios a traumas contusos durante caídas de altura, coito o asalto sexual. Pese a que el tratamiento usualmente es conservador, un subgrupo de pacientes requiere evacuación quirúrgica. Se presenta una paciente que corresponde a este último grupo.

Presentación del caso. Mujer de 29 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó hemodinámicamente estable al servicio de urgencia por trauma contuso en zona vulvovaginal luego de una caída de altura que generó un hematoma que abarcó labios izquierdos hasta el introito y región perineal, y con exámenes de laboratorio normales, por lo que se decidió realizar manejo conservador. Al segundo día de ingreso se observó una disminución de 2 g/dL en hemoglobina y posteriormente aumento de tamaño del hematoma, por lo que se decidió realizar manejo quirúrgico. En pabellón se realizó incisión, drenaje de abundantes coágulos e instalación de drenaje con sonda Pezzer número 20. La paciente evolucionó favorablemente, por lo que al segundo día postoperatorio se realizó retiro del drenaje y fue dada de alta sin complicaciones.

Discusión y conclusiones. No hay consenso claro sobre el mejor manejo de hematomas vulvares, algunas alternativas descritas en la literatura son la embolización arterial, ligadura de puntos sangrantes y el drenaje primario de la cavidad con incisión vertical.

La elección del método de drenaje se realizó prefiriendo la alternativa con lumen no colapsable, cuff que impida el mal posicionamiento y no se desinfle al cortar la sonda.

Palabras claves. Drenaje, Hematoma, Vulva.

Referencias

- Ernest A, Knapp G. Hematoma vulvar traumático severo en una adolescente. Clin Case Rep. 2015;3(12): 975–8. <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.395>
- Ramírez NS, Lén TT, Herrera OM, Ibargüen SH, Erroa WP, Conde Espina NB. Hematoma traumático de vulva poco frecuente. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2018;44(2). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/351/282>
- Yadav GS, Marashi A. Evacuation of a large traumatic vulvar haematoma with an intravaginal cosmetic approach. BMJ Case Rep. 2019;12(5):e228535. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2018-228535>

AUTOR CORRESPONSAL: Javier Meneses Peralta (j.menesesperalta@uandresbello.edu)

Autores: Correa Muñoz, L.¹; Guarda Selaive, V.¹; Harvey Stela, F.¹; Neira Retamal, A.¹
Tutor/es: Camila Valentina Vallejos Medina²

Afiliaciones:

¹ Interno medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

² Médica Cirujana.

RESUMEN

Introducción. La Mola hidatiforme (MH) es una lesión perteneciente al espectro de la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).

La clínica de la ETG es principalmente sangrado uterino, dolor hipogástrico, hiperemesis y preeclampsia. Con menor frecuencia, se observa hipertiroidismo en exámenes de laboratorio, donde solo se ha descrito tirotoxicosis en un 5% de los casos. Por esto, es pertinente exponer presentaciones clínicas infrecuentes para un mejor abordaje.

Presentación del caso. Paciente femenino, 21 años, diagnosticada previamente con aborto retenido, consultó por dolor hipogástrico asociado a sangrado genital. Ecografía transvaginal: saco gestacional sin embrión de 4 por 2 centímetros e imagen en panal de abejas. Gonadotropina coriónica humana (B-hCG): 1.000.000 mUI/ml. Escáner de tórax, abdomen y pelvis con imágenes sugerentes de embarazo molar, sin lesiones metastásicas. Se realizó legrado aspirativo (AMEU) más biopsia, evolucionando con taquicardia, diaforesis, fiebre e hipertensión y con pruebas tiroideas alteradas, planteándose una tirotoxicosis secundaria a MH, por lo que se inició tratamiento con propranolol. Biopsia informó hallazgos compatibles con MH completa. Actualmente, paciente con buena respuesta a tratamiento.

Discusión y conclusiones. La tirotoxicosis es infrecuente en la MH, más aún con un diagnóstico basado en pruebas sencillas y asequibles, y un tratamiento efectivo. El tratamiento de la ETG incluye AMEU, histerectomía, quimioterapia o una combinación de estas. En caso de hipertiroidismo clínico, se asocian beta bloqueadores y/o drogas anti tiroideas.

En el caso expuesto, la paciente evolucionó con tirotoxicosis, respondiendo adecuadamente al manejo con propranolol. Lo anterior, refleja que un alto nivel de sospecha clínica, permite un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras claves. Enfermedad trofoblástica gestacional, Hipertiroidismo, Mola hidatiforme.

Referencias

1. Berkowitz RS, Horowitz MS, Elias MM. Mola hidatiforme: epidemiología, características clínicas y diagnóstico. [Internet]. En:Goff B, Chakraabarti A , editors. UpToDate. Waltham, UpToDate, 2 0 2 2 [citado el 28 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?csi=00fec830-2ff9-4b38-9886-a9508a0147dc&source=contentShare>
2. Stevens FT, Katzorke N, Tempfer C, Kreimer U, Bizjak GI, Fleisch MC, Fehm TN. Trastornos trofoblásticos gestacionales: una actualización en 2015. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2015;75:1043–50.
3. Ning F, Hou H, Morse AN, Lash GE. Comprensión y manejo de la enfermedad trofoblástica gestacional. F1000Res. 2019; 8(428):428.
4. Hershman, J. M. Aspectos fisiológicos y patológicos del efecto de la gonadotropina coriónica humana sobre la tiroides. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2004; 18: 249-265.
5. Lanas A, Ramirez G, Cepeda V, Yévenes M, Garrido A, García N, Àvila D, Aguilar C, Cordero F, Lanas C, Barajas O, Pineda P. Tirotoxicosis por enfermedad trofoblástica gestacional. Revisión a partir de 3 casos. Rev Chil Endo Diab. 2021;14 (1)

AUTOR CORRESPONSAL: Antonia Neira Retamal (anto.bn24@gmail.com)

INFARTO ENCEFÁLICO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN EL PUERPERIO MEDIATO COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-013 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Peirano Borcosque, I.¹; Ramos Hernández, J.¹; Rebolledo Castillo, J.¹; Villatoro Briceño, T.¹

Tutor/es: Nicolás Javier Canales Godoy²

Afiliaciones:

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

² Obstetra, Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno autoinmune caracterizado por trombosis venosa o arterial y/o complicaciones obstétricas con expresión persistente de anticuerpos antifosfolípidos (aPL). Puede ser causa de importante morbilidad materno-fetal como trombosis materna, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal, entre otros.

Presentación del caso. Paciente de 31 años, con antecedentes de aborto espontáneo y cesárea de urgencia por preeclampsia severa (PS) a las 28 semanas. Durante el puerperio mediato cursó con cefalea frontal y disminución de agudeza visual. Al examen físico destacó hipertensión arterial y hemianopsia homónima izquierda. Tomografía computarizada cerebral: sin hallazgos. Resonancia magnética cerebral: lesiones isquémicas agudas vermianas y paravermianas bilaterales e infarto occipital derecho. Laboratorio de aPL positivo. Clínica cedió espontáneamente, con normalización de presión arterial y sin secuelas neurológicas. Posteriormente, se completó estudio etiológico con resultados de aPL persistentemente positivos, se concluyó infartos cerebrales isquémicos en contexto de SAF.

Discusión y conclusiones. El embarazo y puerperio se asocian a mayor riesgo de trombosis, el cual es particularmente alto en SAF, presentándose en hasta un 12% de estas pacientes.

La mayoría de pacientes que presentan un evento trombótico y sospecha de SAF no cuentan con criterios de laboratorio, sin embargo, pueden contar con otros criterios como la morbilidad del embarazo (parto prematuro debido a PS, entre otros), por tanto, el diagnóstico y manejo se basan en la sospecha clínica.

Se debe mantener un alto nivel de sospecha de SAF en pacientes con las características descritas anteriormente, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, así prevenir complicaciones y disminuir la morbimortalidad materna.

Palabras claves. Preeclampsia, Síndrome antifosfolípidos, Trombosis.

Referencias

1. Alijotas-Reig J, Esteve-Valverde E, Anunciación-Llunell A, Marques-Soares J, Pardos-Gea J, Miró-Mur F. Pathogenesis, diagnosis and management of obstetric antiphospholipid syndrome: A comprehensive review. J Clin Med [Internet]. 2022 [citado el 26 de abril de 2023];11(3):675. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/3/675>
2. Leal Daniel, Zubiaurre Valentina, Danza Alvaro, Stevenazzi Mariana. Síndrome antifosfolipídico obstétrico. Rev. Urug. Med. Int. [Internet]. 2021 Jul [citado 2023 Abr 26] ; 6(2): 36-46. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972021000200036&lng=es. Epub 01-Jul-2021. <https://doi.org/10.26445/06.02.5>.
3. Shehata H, Ali A, Silva-Edge M, Haroon S, Elfituri A, Viswanatha R, Jan H, Akolekar R. Thrombophilia screening in women with recurrent first trimester miscarriage: is it time to stop testing? - a cohort study and systematic review of the literature. BMJ Open. [Internet] 2022 I [citado 2023 Abr 26]Jul 13;12(7):e059519. Disponible en: doi: 10.1136/bmjopen-2021-059519. PMID: 35831047; PMCID: PMC9280906.

AUTOR CORRESPONSAL: Isabella Peirano Borcosque (Isabella.peirano@alu.ucm.cl)

ABSCESO TUBO-OVÁRICO EN ADOLESCENTE SIN INICIO DE VIDA SEXUAL, UN HALLAZGO INESPERADO.

CC-MQ-015 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Arias Senn, E.¹; Millar Saldaña, M.¹; Mella Mansilla, T.¹; Soto Cornejo, D.¹

Tutor/es: Guillermo Antonio Maldonado Astudillo²

Afiliaciones:

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

² Médico gineco-obstetra, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. Un absceso tubo-ovárico (ATO) es una severa progresión de la Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Ocurre principalmente por diseminación ascendente de una infección de transmisión sexual. Excepcionalmente, puede producirse por patógenos de la flora vaginal u otras infecciones, que sumado a su clínica ambigua dificulta su sospecha. Se presenta paciente que forma parte de estos casos excepcionales.

Presentación del caso. Paciente de 11 años, antecedentes de menarquia a los 8 años y síndrome de ovario poliquístico en tratamiento, sexualmente inactiva. Cuadro de 1 día de dolor en fosa ilíaca derecha con fiebre, resistencia muscular abdominal y Blumberg positivo. Parámetros inflamatorios elevados. Tomografía axial computarizada de abdomen-pelvis con lesión quística multilocular de anexo derecho de 4.7x5 centímetros y apéndice cecal superpuesto. Se descartó patología ginecológica. Clínica sugirió apendicitis aguda. Laparoscopia exploradora evidenció líquido libre purulento y masa de 4.5x5 centímetros en tuba uterina derecha, la cual fue drenada. Apéndice flegmonoso por contigüidad. Evolucionó favorablemente.

Discusión y conclusiones. El ATO es una causa excepcional de abdomen agudo en mujeres inactivas sexualmente, pero se debe tener presente como diagnóstico diferencial. La laparoscopia es el método diagnóstico de elección, se pueden utilizar criterios clínicos para un diagnóstico no invasivo. Las imágenes sirven de apoyo, pero no descartan el cuadro. El tratamiento consiste en antibioticoterapia de amplio espectro y drenaje quirúrgico para evitar complicaciones. Es importante tomar cultivo del contenido drenado para dilucidar la etiología del ATO por repercusiones legales que pueden tener estos casos.

Pese a ser infrecuente, se debe sospechar para realizar un tratamiento oportuno y prevenir futuras secuelas.

Palabras claves. Abdomen agudo, Absceso, Apendicitis, Enfermedad inflamatoria pélvica

Referencias

1. Carvajal JA. Manual de Obstetricia y Ginecología. 14a ed. Carvajal, Santiago de Chile; 2023
2. Alsahabi JA, Aldakhil LO, Alobaid AS. Absceso tubo ovárico en adolescentes no activos sexualmente. Int J Adolesc Med Health [Internet]. 2017 [citado el 20 de marzo de 2023];29(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2015-0051>
3. Fei YF, Lawrence AE, McCracken KA. Absceso tubo-ovárico en adolescentes femeninas no activas sexualmente: Una serie de casos y revisión de literatura. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2021 [citado el 20 de marzo de 2023];34(3):328–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33340647/>
4. Mayan D, Melton CS, Sanderford VL, Camps JI, Tomlin KV. Tratamiento quirúrgico de absceso tubo-ovárico bilateral en femeninas precoitales. Am Surg [Internet]. 2022 [citado el 20 de marzo de 2023];31348221112264. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35768199/>

AUTOR CORRESPONSAL: Daniela Soto Cornejo (estela.arias@alu.ucm.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA: ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL CON POTENCIAL MALIGNO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-024 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Calixto Cifuentes, C.¹; Orellana Gómez, H.¹; Cisterna Vega, J.¹; Chávez Sagredo, M.¹

Tutor/es: Ariel Esteban Saavedra León²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar, Chile.

² Médico Cirujano, SAR Néstor Fernández Thomas, San Antonio, Chile.

RESUMEN

Introducción. La mola hidatidiforme completa (MHC) es un tipo de tumor placentario benigno con potencial maligno, cuyo pronóstico depende de un diagnóstico y manejo precoz. Dentro de las complicaciones médicas se encuentran el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), hipertiroidismo y el desarrollo de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) con potencial muerte materna.

Presentación del caso. Paciente femenina de 47 años, múltipara, G2P1A1, consultó por cuadro de metrorragia de 1 mes de evolución. Al ingreso se encontró sudorosa e hipertensa. Al examen físico segmentario destacó masa globosa en hemiabdomen inferior. Al laboratorio β -gonadotropina coriónica humana 920.860 mUI/ml y tirotoxicosis. Se realiza ecografía transvaginal que evidenció útero de 739,1 ml, imagen en panal de abejas compatible con MHC, con ausencia de embrión. Se decidió resolución quirúrgica: histerectomía abdominal total. Con postoperatorio exitoso, mantuvo seguimiento en Policlínico de Ginecología. Anatomía patológica confirmó MHC.

Discusión y conclusiones. La presentación clásica de MHC es infrecuente debido al control prenatal precoz, sin embargo, debe sospecharse en especial si hay antecedente de aborto previo, metrorragia, hipertiroidismo, SHE en el primer trimestre del embarazo, hiperemesis y extremos de la vida reproductiva, como es el caso; de hecho, el riesgo de MHC es 7,5 veces mayor en mujeres mayores de 40 años. Dentro de las alternativas de manejo está la cirugía y legrado, y a pesar de ellos, aproximadamente el 15 al 20% de las pacientes con MHC requerirá tratamiento por NTG. En conclusión, es importante el manejo inicial y el seguimiento oportuno, pudiendo, en la mayoría de las veces, conservar su función reproductiva.

Palabras claves. Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Metrorragia, Mola Hidatiforme.

Referencias

1. Baergen R. Enfermedad trofoblástica gestacional: Patología [Internet]. UpToDate; 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-trophoblastic-disease-pathology>
2. Correia S, Rocha G, Oliveira MJ. Mola hidatiforme completa invasiva: una causa poco común de hipertiroidismo. Galicia Clin [Internet]. 2021;82(4):216. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22546/63/2441>
3. Kaulfers A-M, Bhowmick SK. Embarazo molar causante de tirotoxicosis en una adolescente con diabetes mellitus tipo 1. Glob Pediatr Health [Internet]. 2015;2:2333794X15574285. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2333794X15574285>
4. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnóstico y manejo de la enfermedad trofoblástica gestacional: actualización 2021. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2021;155 Suplemento 1(S1):86–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13877>
5. Soper JT. Enfermedad trofoblástica gestacional: Evaluación y manejo actual. Obstet Gynecol [Internet]. 2021;137(2):355–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000004240>

AUTOR CORRESPONSAL: Carolina Calixto Cifuentes (c.calixtocifuentes@uandresbello.edu)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

ABSCESO TUBO-OVÁRICO DERECHO CON PLASTRÓN APENDICULAR Y PELVIPERITONITIS
CONFIRMADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA.

CC-MQ-032 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Zúñiga Tapia, J.¹; Betancur Labra, F.¹; Moncada Merino, M.¹; Quintana Gutiérrez, P.¹

Tutor/es: Francisco Ignacio Rojas Salamanca²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Servicio de Ginecología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. El absceso tubo-ovárico (ATO) es una colección de material purulento en la trompa, ovario u otros órganos pélvicos, producto de la evolución de un proceso inflamatorio pélvico (PIP). Esta complicación, debe ser sospechada rápidamente debido a los riesgos potencialmente mortales asociados a su ruptura. El trabajo presenta un caso de ATO inicialmente sospechado como un quiste ovárico torcido.

Presentación del caso. Mujer de 55 años, obesa, hipertensa y diabética, consulta reiteradamente en urgencias por dolor abdominal de 6 días de evolución, sin sintomatología previa. Se descartó patología apendicular inicialmente y destaca imagen ecográfica sugerente de quiste ovárico torcido. Durante su hospitalización evoluciona con dolor a la palpación del fondo uterino y anexos, asociado a un aumento tardío de los parámetros inflamatorios. Se inicia antibioticoterapia y se estudia con tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que evidencia signos altamente sugerentes de ATO. Ante el deterioro clínico progresivo, se realiza laparotomía exploradora, observando un plastrón anexial derecho compuesto por trompa, ovario, apéndice y signos sugerentes de peritonitis. Se realiza histerectomía total con anexectomía bilateral y apendicectomía. Evoluciona lentamente, con posterior recuperación favorable.

Discusión y conclusiones. En el ATO, la clínica de PIP previa no siempre es tan específica. La fiebre puede no estar presente en el inicio del cuadro y hasta un 23% puede tener parámetros inflamatorios normales. La ecografía transvaginal es útil como aproximación inicial, pero su rendimiento depende del operador. Una TC puede esclarecer el diagnóstico diferencial, confirmando el diagnóstico. Ante la sospecha, debe iniciarse tratamiento antibiótico precoz, con el fin de evitar estas complicaciones.

Palabras claves. Absceso, Enfermedad inflamatoria pélvica, Laparotomía.

Referencias

1. Kairys N, Roepke C. Tubo-Ovarian Abscess. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 2023 abril 30] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448125/>
2. Alegre-García A, Roig-Fernández AE, Lamata-Subero M, Alegre-García A, Roig-Fernández AE, Lamata-Subero M. Absceso tubo-ovárico en el contexto de enfermedad infecciosa intestinal por Vibrio cholerae. Ginecología y obstetricia de México[Internet]. 2021;89(7):556-60. [Citado 2023 abril 30] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021000700008&lng=es&tlng=es
3. Baquedano Mainar L, Lamarca Ballesteros M, Puig Ferrer F, Ruiz Conde MA. Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014;79(2):115-20. [Citado 2023 abril 30] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200009

AUTOR CORRESPONSAL: Javier Ignacio Zúñiga Tapia (jazuniga2017@udec.cl)

IMPORTANCIA DE SOSPECHAR UN EMBARAZO ECTÓPICO ROTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE UN CASO.

CC-MQ-040 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Ovalle Ibáñez, M.¹; Beltrán Rodríguez, P.¹; Prado Bozo, V.¹

Tutor/es: Carolina Andrea Núñez Rodríguez²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, EDF, CESFAM Palmilla, Palmilla, Chile.

RESUMEN

Introducción. Embarazo ectópico (EE) se define como toda gestación que se implanta en un lugar distinto a la cavidad endometrial. En Chile corresponde al 1-2% de los embarazos y al 10% de las causas de mortalidad materna. El principal factor de riesgo es un EE previo. En un EE complicado se produce una rotura en el lugar de implantación, lo que lleva a compromiso hemodinámico, dolor pélvico intenso, omalgia, metrorragia e irritación peritoneal.

La importancia de sospechar un EE complicado en una mujer en edad fértil radica en que necesita un manejo quirúrgico precoz para detener la hemorragia y así disminuir la morbilidad.

Presentación del caso. Paciente femenina de 38 años, multípara de 2, antecedente de salpingectomía dado EE previo (Hace 5 años, a las 10 + 0 semanas en tuba uterina derecha), cursando un embarazo de 9 + 3 semanas, consultó por cuadro de dolor hipogástrico súbito, EVA 10/10, acompañado de spotting los días previos. Al examen físico hemodinámicamente inestable, abdomen sensible a la palpación difusa, Blumberg esbozado.

Al laboratorio presentó anemia leve con hemoglobina en 10.5 mg/dl, hematocrito de 32%, leucocitos 8.000 uL, plaquetas 200.000 uL, tiempo de protrombina en 60% y tiempo parcial de tromboplastina activado de 50 segundos. En la Ecografía Transvaginal destacó un útero aumentado de tamaño con imagen de pseudosaco en fondo uterino, saco gestacional con embrión en tuba izquierda y presencia de abundante líquido libre en cavidad pelviana.

En pabellón se observó hemoperitoneo, trompa izquierda con embarazo ectópico roto y sangrado activo. Se realizó salpingectomía sin incidentes. Evolucionó de forma favorable, estable, sin dolor, por lo que se decide alta.

Discusión y conclusiones. La importancia de la sospecha clínica y la intervención quirúrgica precoz desde el momento del diagnóstico radica en que disminuye las tasas de mortalidad materna secundarias a EE roto.

Lo que menciona la evidencia actual respecto al diagnóstico y manejo general del EE complicado es lo que se realizó en el caso clínico. Sin embargo, la principal discordancia presente en la literatura es acerca de la técnica quirúrgica, lo cual no se abordó en el presente documento dado el enfoque de enfrentamiento en urgencias de un médico no especialista. Un médico general se puede ver enfrentado frecuentemente a un dolor abdominal intenso en una mujer de edad fértil, es de suma importancia realizar una anamnesis ginecológica completa para descartar estas causas del abanico de diagnósticos diferenciales, sobre todo cuando se encuentra inestable clínicamente, ya que el manejo específico es de resorte del especialista.

El EE es una patología poco frecuente, aún más el EE complicado, por lo que el caso clínico expuesto busca mostrar el proceso diagnóstico, aportando a aquellos que lo lean un recordatorio de cómo se presenta, sus características clínicas e imagenológicas y el manejo realizado por un ginecólogo.

Palabras claves. Abdomen Agudo, Complicaciones del Embarazo, Embarazo Ectópico.

Referencias

1. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites [Internet]. Uptodate.com: 2022. [Actualizado el 29 de marzo de 2023; citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=1.%09Barnhart%20K.%20Ectopic%20pregnancy:%20Epidemiology&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. [Internet]. Uptodate.com: 2022. [Actualizado el 30 de marzo de 2023; citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Ectopic%20pregnancy:%20Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. Jorge A, Carvajal C, María Isabel B. XIII Edición Manual de Obstetricia y Ginecología. 13a ed. Santiago de Chile: Escuela de Medicina Universidad Católica; 2022.

AUTOR CORRESPONSAL: Mauricio Ignacio Ovalle Ibáñez (miovalle2@miuandes.cl - mauricioovalle99@gmail.com)

Autores: Gálvez Godoy, C.¹; Vergara Leal, F.¹; Bustamante Montoya, C.¹; Barriga Méndez, M.¹

Tutor/es: Jocelyn Stern Trajtman²

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

² Médico Ginecólogo, Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital el Pino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El hígado graso agudo del embarazo (HGAD) es una enfermedad relativamente rara, pero potencialmente fatal, ocurre exclusivamente en el embarazo y generalmente en el tercer trimestre, aunque cerca del 20% se presenta en el periodo postnatal. Tiene una incidencia de 1 cada 10.000 a 1 cada 15.000 embarazos.

Presentación del caso. Paciente de 23 años, cursando embarazo de 30 + 4 semanas, ingresó por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor hipogástrico, asociado a 1 episodio de fiebre en 38.5°C, 3 episodios de vómitos alimentarios y de deposiciones líquidas. Al ingreso destacó transaminasas elevadas. Se solicitó ecografía abdominal que mostró hígado graso y coledocitis. La paciente evolucionó con plaquetopenia e hipoglucemias, manteniendo transaminasas elevadas, esto sumado a su clínica al ingreso se realizó el diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo. Se manejó con la interrupción del embarazo vía cesárea. Posteriormente, la paciente evolucionó satisfactoriamente, pero debido a posibles complicaciones del recién nacido se realizó estudio para el déficit de la hidroxil-coA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).

Discusión y conclusiones. El HGAD, se caracteriza por la acumulación de ácidos grasos en microvesículas en los hepatocitos y otros órganos, que lleva a falla hepática. El diagnóstico se realiza con los criterios de Swansea. El tratamiento consiste en la interrupción del embarazo independiente de la edad gestacional. Debido a que, es una emergencia clínica, se requiere de un diagnóstico y manejo precoz para minimizar la mortalidad materna y posibles complicaciones fetales como el LCHAD.

Palabras claves. Complicaciones del embarazo, Hígado graso, Hipoglucemia.

Referencias

- Westbrook RH, Dusheiko G, Williamson C. Pregnancy and liver disease. J Hepatol [Internet]. 2016;64(4):933–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2015.11.030>
- Liu J, Ghaziani TT, Wolf JL. Acute fatty liver disease of pregnancy: Updates in pathogenesis, diagnosis, and management. Am J Gastroenterol [Internet]. 2017;112(6):838–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2017.54>
- Sánchez L, Olivares JM, Valdés V, Millán MP, Rodríguez C. Hígado graso agudo del embarazo, una patología infradiagnosticada. A propósito de 2 casos clínicos. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2015 [citado el 30 de abril de 2023];58(2):81–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-higado-graso-agudo-del-embarazo-S030450131400199X>
- Azzaroli F, Mazzella G, Marchesini G, Brodosi L, Petroni ML. Fatty liver in pregnancy: a narrative review of two distinct conditions. Expert Rev Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2020;14(2):127–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17474124.2020.1715210>

AUTOR CORRESPONSAL: Carla Gálvez Godoy (c.glvezgodoy@uandresbello.edu)

ROTURA PREMATURA DE PRETÉRMINO DE MEMBRANAS PREVIABLE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-125 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Silva Peña, F. ¹; Steinsapir Meriggio, J. ¹; Dueñas Cancino, L. ¹; De Amesti Fuentes, P. ¹

Tutor/es: Cristián Belmar Jones²

Afiliaciones:

¹ Interno/a de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Ginecólogo Obstetra, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La rotura prematura de membranas es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Previo a 37 semanas de gestación, se denomina rotura prematura de pretérmino de membranas (RPPM). Si esta ocurre antes de 23-24 semanas de gestación se denomina previable, dígase, previo a viabilidad fetal, por lo que su pronóstico es reservado y un manejo apropiado podría disminuir la morbilidad materna y fetal.

Presentación del caso. Paciente de 38 años, multipara de una cesárea anterior cursando embarazo gemelar bicorial biamniótico de 22+0 semanas, consultó al servicio de urgencias por flujo genital hemático. Refirió movimientos fetales presentes, sin dinámica uterina. Se realizó ecografía que evidenció oligohidramnios y confirmó RPPM, se decidió no realizar amniocentesis y cursar manejo expectante. Durante hospitalización, parámetros inflamatorios normales y cultivos cervicales negativos, se administraron corticoides y se inició manejo antibiótico triasociado a las 24+0 semanas. A las 25+4 semanas inició trabajo de parto, por lo que se interrumpió el embarazo por cesárea. Se obtuvieron dos recién nacidos vivos, sexo masculino, pesos de 765 y 785 gramos, sin incidentes. Ingresaron a unidad de neonatología.

Discusión y conclusiones. La RPPM previable es una rara complicación que ocurre en <1% de los embarazos. Su etiología es multifactorial y se asocia a mayor número de desenlaces maternos desfavorables, tales como infección intraamniótica o desprendimiento de placenta normoinsera, así como mayor morbilidad perinatal, explicada principalmente por prematuridad. Actualmente, no hay pautas de manejo establecidas, lo que refleja gran heterogeneidad en intervenciones realizadas según la evidencia disponible.

Palabras claves. Embarazo, Pretérmino, Rotura Prematura de Membranas.

Referencias

1. Mohan S, Fatema N, Osit VC, Al Abri FM, Al Shafouri NS. Maternal and perinatal outcomes following expectant management of preterm premature rupture of membranes before 25 weeks of gestation: A retrospective observational study. J Clin Gynecol Obstet. 2018;7(1):13– 19.
2. Sim WH, Araujo Júnior E, Da Silva Costa F, Sheehan PM. Maternal and neonatal outcomes following expectant management of preterm prelabour rupture of membranes before viability. J Perinat Med. 2017;45(1):29-44.
3. Gibson KS, Brackney K. Perivable Premature Rupture of Membranes. Obstet Gynecol Clin North Am. 2020;47(4):633-651.
4. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3): CD004454.

AUTOR CORRESPONSAL: Felipe Silva Peña (felipe.silva@uc.cl)

MALFORMACIONES MÜLLERIANAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO. REPORTE DE CASO.

CC-MQ-153 | CASO CLÍNICO | GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Autores: Mansilla Vergara, B. ¹; Delgado Jerez, I. ¹; Mansilla Vergara, Á. ³

Tutor/es: Lilian Andrea Carrasco Leal²

Afiliaciones:

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

² Alumna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

³ Ginecóloga Infanto Juvenil, Hospital Exequiel González Cortes, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las malformaciones Müllerianas (MM) son anomalías congénitas ocurridas en el desarrollo de los conductos de Müller durante la etapa embrionaria. Las MM ocurren en el 7% de las mujeres en edad reproductiva (2). Su clínica y edad de presentación dependen del tipo de malformación. En caso de alto grado de obstrucción, puede presentarse como hematocolpos, dismenorrea, sangrado vaginal anormal, entre otros.

Las MM se asocian con otras anomalías congénitas, principalmente renales.

Presentación del caso. Paciente femenina de 13 años monorrena derecha y con antecedente de seno urogenital operado. Desarrollo puberal Tanner IV, ciclos regulares. Consultó inicialmente en múltiples ocasiones por cuadro de dolor cíclico ubicado en fosa ilíaca izquierda (FII), asociado a aumento de volumen, que inició post menarquia. Ecografía informó útero didelfo con cuerno izquierdo no comunicante, por lo cual inició tratamiento de supresión menstrual con Dienogest. Posteriormente, luego de cursar tratamiento antibiótico, consultó múltiples veces por cuadro de sensibilidad a la palpación de FII y resistencia muscular. Nueva ecografía informó cuerno izquierdo rudimentario no comunicante, con contenido hemático en su interior y formación quística tortuosa concordante con hematosalpinx. Se indicó aumento de dosis de Dienogest, frente a lo cual paciente evolucionó con disminución del dolor.

Discusión y conclusiones. El diagnóstico de MM en pacientes postmenárgicas suele ser tardío y llegar a presentarse como una complicación de instalación aguda.

El abdomen agudo de causa ginecológica en pacientes pediátricos es una condición rara, pero potencialmente seria, que requiere un diagnóstico y tratamiento expedito. Por tanto, deben tenerse en mente como un diagnóstico diferencial.

Palabras claves. Hematosalpinx, Malformación Mülleriana, Útero didelfo

Referencias

1. Medina C, Aguirre J, Montecinos J, Schiappacasse G. Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015 Abr;80(2):181-90.
2. Huneeus A, Sanz Acuña A, Pino Poblete VM, Cunill E. Síndrome de Hemivagina Obstruida, Útero Didelfo y Agenesia Renal Ipsilateral (OVHIRA), Drenado Parcialmente por Fístula Útero-Uterina Espontánea. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017 Dic;82(6):595- 602.
3. Mooren ER, Cleypool CG, de Kort LM, Goverde AJ, Dik P. A retrospective analysis of female Müllerian duct anomalies in association with congenital renal abnormalities. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2021 Oct 1;34(5):681-5.

AUTOR CORRESPONSAL: Bárbara Mansilla Vergara (b.mansilla02@ufromail.cl)

Autores: Boettcher Sáez, B.¹; Pietrantoni Richter, G.¹; Manríquez Muñoz, N.¹; Baumgartner León, S.¹

Tutor/es: Nicolás Arroyo Cuevas²

Afiliaciones:

¹ Interna/o de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

² Médico Cirujano, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. La trombocitopenia es causa frecuente de alteración hematológica en el embarazo. El púrpura trombocitopénico inmune (PTI), caracterizado por la destrucción plaquetaria periférica inmunomediada e inhibición de su producción, es responsable del 4%. Corresponde a un diagnóstico de exclusión. El siguiente caso es relevante, ya que expone el manejo en PTI refractario a corticoides en una paciente embarazada.

Presentación del caso. Primigesta, 31 años, 25+1 semanas, sana, se pesquisó trombocitopenia severa asintomática, por lo que, se inició prednisona con buena respuesta. Reconsultó al mes por gingivorragia y epistaxis, evidenciándose plaquetopenia severa, estudio inmunológico normal, se transfundieron 6 unidades de plaquetas (UdP) e inicio de metilprednisolona, sin respuesta. Se administró inmunoglobulina, con buena respuesta clínica que decae al completar tratamiento, se indicó eltrombopag con mala respuesta, por lo que, se transfundieron 8 UdP y se reinició inmunoglobulinas por 4 días, con favorable respuesta, sin embargo, desarrolló gingivorragia y dolor abdominal, indicándose transfusión de 7 UdP y cesárea de urgencia. En postparto, se inició dexametasona, logrando estabilización de recuento plaquetario y favorable evolución.

Discusión y conclusiones. Los corticoides corresponden a la primera línea de tratamiento con un 60% de éxito. Hasta un 70% del restante logra respuesta con segunda línea (inmunoglobulinas y esplenectomía). Por tanto, un bajo porcentaje de pacientes evoluciona con una trombocitopenia refractaria con riesgo de hemorragia y muerte.

El reconocimiento oportuno permite reducir la morbilidad materno-fetal, siendo primordial el abordaje multidisciplinario.

Palabras claves. Corticoesteroides, Transfusión de Plaquetas, Trombocitopenia.

Referencias

1. Cabrera Payne Yusselys, Castillo González Dunia. Trombocitopenia en el embarazo: gestacional, inmune y congénita. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2014 Sep [citado 2023 Abr 29];30(3):196-207. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000300002&lng=es.
2. Campoverde V P, Cuéllar J E, Miranda P JP, Farías M ML, Rojas S A. PTI y embarazo: Una experiencia con Rituximab. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. Febrero de 2017 [consultado el 29 de abril de 2023];82(1):80-3. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000100012>
3. Cuker A, Neunert C. Como tratar la trombocitopenia inmune refractaria. Sangre. 2016;12,1547-1554. DOI: <https://doi.org/10.1182/blood-2016-03-603365>

AUTOR CORRESPONSAL: Bárbara Boettcher Sáez (barbaraboettcher.99@gmail.com)

Autores: Gatica Martínez, N.¹; Rojas Muñoz, N.²; Barends Ketels, V.²

Tutor/es: Nicolás Rojas Muñoz²; Valentina Barends Ketels².

Afiliaciones:

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

² Médico Urgenciólogo, Servicio de Urgencia Adulto Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. El dolor epigástrico e hipocondrio derecho, es el síntoma más frecuente en pacientes con colecistitis aguda (CA). En los servicios de urgencia (SU), aproximadamente el 30% de estos pacientes son finalmente diagnosticados con

dicha afección (1,2). La ecografía realizada por radiólogos es el examen de elección para la detección de la enfermedad (3), por otro lado, la precisión diagnóstica del ultrasonido realizado por médicos de urgencia (MDU) es heterogénea, con una sensibilidad que oscila entre el 81-91% y una especificidad entre 54-86% (4-7). Definiendo como objetivo medir estas variables en nuestro medio y proponer este nuevo modelo a los SU.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico y transversal de pruebas diagnósticas en el SU del Hospital UC Christus y del Hospital Hernán Henríquez Aravena, entre marzo del 2022 y marzo del 2023, bajo la aprobación de comité de ética, donde se reclutaron pacientes adultos con sospecha de CA. Posteriormente un MDU y un radiólogo ciegos realizaron un examen de ultrasonido. Se realizó seguimiento clínico y el diagnóstico se confirmó con biopsia quirúrgica.

Resultados. Se logró incluir a 139 pacientes para el análisis final, y 30 presentaron CA diagnosticada por biopsia. Analizando los datos, tomando como gold standard la biopsia, el MDU mostró una sensibilidad del 97%, una especificidad del 47% y un Valor Predictivo Negativo (VPN) de 97.9% para la identificación de coledolitiasis en pacientes con CA.

Discusión y conclusiones. Considerando que más del 90% de las CA son litiásicas (8), el ultrasonido clínico realizado por el MDU resultó ser una herramienta rápida y eficaz para el estudio diagnóstico, ya que al demostrar una elevada sensibilidad y VPN, permite hacer un descarte confiable en pacientes con sospecha de esta patología, haciendo más eficiente el proceso diagnóstico y terapéutico de estos pacientes en contexto de urgencias de alta demanda.

Palabras claves. Colecistitis Aguda, Medicina De Urgencia, Precisión Diagnóstica, Ultrasonografía.

Referencias

1. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. British Journal of Surgery [Internet]. 1989 Dec 6 [cited 2021 May 9];76(11):1121-5. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/76/11/1121/6171547>
2. Jain A, Mehta N, Secko M, Schechter J, Papanagnou D, Pandya S, et al. History, Physical Examination, Laboratory Testing, and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis. Academic Emergency Medicine. 2017;24(3):281-97.
3. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41-54.
4. John L. Kendall M and RJS. Quadrant Ultrasound By Emergency Physicians. J Emerg Med. 2001;21(1):7-13.
5. Rosen CL, Brown DFM, Chang Y, Moore C, Averill NJ, Arkoff LJ, et al. Ultrasonography by emergency physicians in patients with suspected cholecystitis. American Journal of Emergency Medicine. 2001;19(1):32-6.
6. Jang TB, Ruggeri W, Kaji AH. The Predictive Value of Specific Emergency Sonographic Signs for Cholecystitis. J Med Ultrasound [Internet]. 2013;21(1):29-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmu.2013.01.006>
7. Summers SM, Scruggs W, Menchine MD, Lahham S, Anderson C, Amr O, et al. A prospective evaluation of emergency department bedside ultrasonography for the detection of acute cholecystitis. Ann Emerg Med [Internet]. 2010;56(2):114-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.014>
8. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis. BMJ. 2002 Sep 21;325(7365):639-43. doi: 10.1136/bmj.325.7365.639. PMID: 12242178; PMCID: PMC1124163.

AUTOR CORRESPONSAL: Nicolás Gatica Martínez (n.gatica07@ufromail.cl)

ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO. TENDENCIA AL AUMENTO EN ATENCIONES DE URGENCIA A NIVEL NACIONAL DURANTE EL PERIODO 2018-2022.

TI-MU-077 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | MEDICINA DE URGENCIA

Autores: López Salvarani, D.¹; Martínez Bono, M.¹; Martínez Fernández, B.¹; Mora Garrido, B.¹; Orellana Lastra, C.¹; Solís Núñez, C.¹

Tutor/es: Angeli Gabriel López Salvarani²

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, Servicio de Atención Primaria, Hospital San Vicente de Arauco, Arauco, Chile.

RESUMEN

Introducción. El accidente vascular encefálico (AVE) es el déficit neurológico focal repentino de etiología isquémica o hemorrágica. Constituye una emergencia médica con una ventana de tratamiento estrecha, que repercute directamente en la morbilidad. En Chile, fue la tercera causa de muerte en 2021 y la tercera causa de años de vida saludables perdidos. Se pretende comparar descriptivamente la cantidad de atenciones de urgencia por AVE en Chile durante 2018- 2022.

Materiales y métodos. Estudio observacional descriptivo, diseño transversal y ecológico. La población estudiada son las atenciones de urgencia iniciadas por demanda espontánea o derivación desde otro establecimiento, a causa de AVE en los servicios de salud de Chile (Hospital, SAPU, SAR, SUR, CEAR), durante 01-01-2018 a 31-12-2022. Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Debido a su origen público, no fue necesario contar con comité de ética. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva mediante Microsoft Excel 365.

Resultados. El año 2018 registró la menor cantidad de atenciones, con 36.812 (18%), mientras que en 2022 se registró la mayor, con 42.783 (22%) casos. En el año 2021 destaca un aumento del 10% en relación al año previo. Se observa una tendencia creciente durante el periodo. Las tres regiones con mayor número de atenciones fueron Metropolitana, Bío-Bío y Valparaíso. Los más afectados fueron los mayores de 65 años con 120.487 (61%) casos.

Discusión y conclusiones. Las regiones con mayor incidencia son aquellas con mayor índice demográfico. Destaca la región de Ñuble donde se observa el doble de incidencia en relación a Chile, lo cual es atribuible a una mayor tasa de obesidad y sedentarismo y a un predominio de población mayor de 65 años. El rango etario más afectado coincide con lo reportado en la literatura. La escasa literatura a nivel nacional dificulta determinar el impacto real de este problema poblacional.

Palabras claves. Accidente Vascular Encefálico, Servicios Médicos de Urgencia, Chile.

Referencias

1. Poli L, Costa P, Morotti A. Acute stroke. Seminars in Neurology [Internet]. 2019 [citado 24 de abril de 2023];39(01):061–72. Disponible en: <http://doi.org/10.1055/s-0038-1676992>
2. Hankey GJ. Stroke. The Lancet [Internet]. 2017 [citado 24 de abril de 2023];389(10069):641–54. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30962-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30962-X)
3. Arturo Montaña, Daniel F. Hanley, J. Claude Hemphill, Hemorrhagic stroke [Internet]. 2021 [citado 25 abril de 2023] 0072-9752. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64034-5.00019-5>
4. Silva-Pozo A, Vallejos J, Almeida J, Martoni M, Martin RU-S, Miranda M, et al. Impact of covid-19 pandemic on stroke severity and mortality in the south-east of Santiago, Chile. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases [Internet]. 2021 [citado 24 de abril de 2023];30(11):105953. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00021-2>
5. Lavados PM, Hoffmeister L, Moraga AM, Vejar A, Vidal C, Gajardo C, et al. Incidence, risk factors, prognosis, and health-related quality of life after stroke in a low-resource community in Chile (ÑANDU): A prospective population-based study. The Lancet Global Health [Internet]. 2021 [citado 24 de abril de 2023];9(3). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30470-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30470-8)
6. Khurshid S, Trinquart L, Weng LC, Hulme OL, Guan W, Ko D, Schwab K, Rost NS, Al-Alusi MA, Benjamin EJ, Ellinor PT, Anderson CD, Lubitz SA. Atrial Fibrillation Risk and Discrimination of Cardioembolic From Noncardioembolic Stroke. [Internet]. 2020 [citado 25 de abril de 2023] 51(5), 1396–1403. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.028837>
7. Sharrief A, Grotta JC. Stroke in the elderly. Handbook of Clinical Neurology [Internet]. 2019 [citado 24 de abril de 2023];393–418. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804766-8.00021-2>
8. Navia V, Mazzon E, Olavarría VV, Almeida J, Brunser AM, Lavados PM, et al. Stroke symptoms, risk factors awareness and personal decision making in Chile. A national survey. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases [Internet]. 2022 [citado 24 de abril de 2023];31(12):106795. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106795>

AUTOR CORRESPONSAL: Catalina Ignacia Orellana Lastra (corellanal@uft.edu)

SÍNDROME FEBRIL COMO PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE DISECCIÓN AÓRTICA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-056 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA

Autores: Piñeiro Quizas, M.¹; Fernández Ponce, G.¹; Núñez Ibáñez, A.¹; Plaza Rubio, M.²

Tutor/es: Lukas Andrés Dabovich Stenger³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

² Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

³ Médico general, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La disección aórtica (DA) representa una patología poco frecuente (2.6 a 6 casos por 100.000 habitantes) pero de elevada mortalidad de no ser sospechada y manejada a tiempo. Hasta un 31% de casos no son reconocidos en una primera aproximación. Su clínica varía desde dolor que se corresponde generalmente con la región de la disección hasta la inestabilidad hemodinámica.

Presentación del caso. Masculino de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, consultó en Urgencias por cuadro de 4 días de dolor hipogástrico punzante escala 3/10, sin irradiación, atenuantes ni agravantes, asociando disuria y sensación febril sin cuantificar. Ingresó febril 39.4°C, disneico sin signos de inestabilidad hemodinámica, con pulsos simétricos. En exámenes destacó orina completa normal y elevación de parámetros inflamatorios. Para ampliar estudio del síndrome febril se solicitó Tomografía contrastada de abdomen y pelvis, reportando disección aórtica a nivel abdominal infrarrenal, de 4cm de diámetro. Fue ingresado a Unidad de Cuidados Intensivos.

Discusión y conclusiones. No se cuenta con muchos estudios de fiebre como signo de DA, pero está descrito como un signo poco frecuente. La clínica inespecífica dificultó el estudio inicial y manejo considerando que es una patología tiempo-dependiente. Por su parte, el estudio con exámenes de laboratorio permiten entender que el origen de la fiebre se debe a un proceso inflamatorio sistémico secundario a DA. La importancia de comprender que existe una amplia gama de presentación clínica de DA permiten disminuir el umbral de sospecha, siendo una patología emergente a descartar.

Palabras claves. Disección Aórtica, Fiebre, Tomografía.

Referencias

1. Siniorakis EE, Arvanitakis SG, Balanis AG, Limberi SJ. Fever as a first manifestation of acute aortic dissection. Neth Heart J [Internet]. 2017;25(9):530. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12471-017-1025-9>
2. Patris V, Whiteley J, Argiriou O, Lama N, Georgiou H, Constantinou C, et al. Pyrexia in patients with uncontrolled systemic hypertension: could they have an aortic dissection? J Thorac Dis [Internet]. 2014 [citado el 29 de abril de 2023];6(12):E246-8. Disponible en: <https://jtd.amegroups.com/article/view/3467/html>
3. Yamada S, Tokumoto M, Ohkuma T, Kansui Y, Wakisaka Y, Uchizono Y, et al. Slowly progressive and painless thoracic aortic dissection presenting with a persistent Fever in an elderly patient: the usefulness of combined measurement of biochemical parameters. Case Rep Med [Internet]. 2013 [citado el 29 de abril de 2023];2013:498129. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/crim/2013/498129/>
4. Sano M, Anzai J. The molecular mechanisms contributing to the pathophysiology of systemic inflammatory response after acute aortic dissection. Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi [Internet]. 2016 [citado el 29 de abril de 2023];39(2):91-5. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jsci/39/2/39_91/_article/-char/ja/
5. Manger B, Schett G. Aortic dissection and fever: cause or consequence. Z Rheumatol [Internet]. 2017 [citado el 29 de abril de 2023];76(6):550. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00393-017-0316-2>

AUTOR CORRESPONSAL: Matías Piñeiro Quizas (matias.pineiro@cloud.uaautonoma.cl)

ACIDOSIS LÁCTICA POR USO DE METFORMINA ASOCIADO A DELIRIUM EN MUJER DE 82 AÑOS.

CC-MU-021 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA

Autores: Baumgartner León, S.¹; Manríquez Muñoz, N.¹; Pietrantoni Richter, G.¹; Boettcher Sáez, B.¹

Tutor/es: Nicolás Ignacio Arroyo Cuevas²

Afiliaciones:

¹ Interno/a de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

² Médico Cirujano, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. La metformina es un medicamento ampliamente prescrito para el manejo de diabetes mellitus tipo 2. Su acción se basa en la inhibición de la gluconeogénesis y glucogenólisis a nivel hepático, aumentar la captación de glucosa a nivel muscular y disminuir su absorción gastrointestinal. A pesar de ser segura, se debe tener presente que aumenta la glucólisis anaerobia, lo cual podría conducir a resultados desfavorables, como se expone en el siguiente caso.

Presentación del caso. Femenina de 82 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina, hipertensión y enfermedad renal crónica, consultó por dolor abdominal, náuseas y diarrea asociado a confusión y desorientación de inicio reciente, el estudio de laboratorio evidenció acidosis metabólica descompensada, falla renal aguda y elevación del lactato hasta 91,3 mg/dL. Se diagnosticó acidosis láctica y se trasladó a unidad de cuidados intensivos. Se manejó con antibióticos, corticoides, volemicización y diálisis. Evolucionó con normalización del lactato a 11,4 mg/dL y buena respuesta clínica.

Discusión y conclusiones. Pese a ser considerado un fármaco seguro, la acumulación de metformina puede llevar al aumento de la producción de lactato. Si se asocia con un estado patológico previo que disminuya su eliminación (deterioro de la función renal, falla cardíaca, infección, mayores de 60 años), puede propiciar la aparición de acidosis láctica. Considerando su amplio uso, se debe tener un alto índice de sospecha clínica, no solamente por su alta mortalidad, sino también debido al tratamiento que conlleva.

Palabras claves. Acidosis Láctica, Diabetes Mellitus, Metformina

Referencias

1. Rodolfo JIA, Blanco TN, Aure G, Palacios A. Metformina, el fármaco paradigma del siglo XXI [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009223/409-787-1-sm.pdf>
2. Ortiz-Lasa M, Gonzalez-Castro A, Peñasco Martín Y. Acidosis Láctica asociada (o inducida) por Metformina. Med Clín (Engl Ed) [Internet]. 2017 [citado el 30 de abril de 2023];149(9):415–6. Disponible en: https://core.ac.uk/reader/46974154?utm_source=linkout
3. Zhang J, Sunderkrishnan R, Brackett S, Qureshi M, Shensky K, Gulati R. Acidosis Láctica asociada a Metformina. Med Forum [Internet]. 2015 [citado el 30 de abril de 2023];16(1):9. Disponible en: <http://jdc.jefferson.edu/tmf/vol16/iss1/9>

AUTOR CORRESPONSAL: Sofie Baumgartner León (sofiebaum.1996@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

FIBRILACIÓN AURICULAR PREEXCITADA EN URGENCIAS COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME WOLFF-PARKINSON-WHITE EN JÓVEN DE 15 AÑOS.

CC-EQ-063 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - CARDIOLOGÍA

Autores: Álvarez Martínez, F.¹; Triviño Borja, F.¹; Ayala Farías, M.¹; Krarup Soto, J.¹

Tutor/es: Moisés Raúl Sued²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Cardiólogo, jefe servicio Cardiología, Hospital Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La prevalencia de Fibrilación Auricular (FA) en menores de 30 años es 0.05%. Se asocia a enfermedades congénitas y/o estructurales como el Síndrome Wolff-Parkinson-White (WPW). Entre 15-30% de las arritmias en WPW corresponde a FA preexcitada, presentándose como taquiarritmia de QRS ancho irregular. Sólo 1-5% de las taquiarritmias de QRS ancho en urgencias corresponde a preexcitación. El manejo oportuno de la FA preexcitada fundamental, ya que, puede generar una Fibrilación Ventricular (FV) y/o Muerte Súbita (MS).

Presentación del caso. Paciente de 15 años sin antecedentes, consulta en SAPU por presentar 1 hora de palpitaciones y disnea progresiva. Ingres a hemodinámicamente estable, con taquiarritmia de QRS ancho irregular en ECG, es manejado maniobras vagales sin respuesta. Se traslada a Hospital Luis Tisné, donde se constata ECG en ritmo sinusal con patrón de WPW. Se hospitaliza, se realiza estudio electrofisiológico donde se diagnóstica WPW, y realiza manejo definitivo con ablación.

Discusión y conclusiones. El manejo oportuno de la FA preexcitada se caracteriza por la Cardioversión eléctrica (CVE) independiente del estado hemodinámico del paciente. Incluso ante duda, en una taquiarritmia de QRS ancho, es recomendado CVE para evitar efectos deletéreos. En la FA preexcitada se deben evitar maniobras vagales o fármacos que disminuyan o bloqueen la conducción por el nodo AV, porque aumentan la conducción ventricular aumentando el riesgo de FV y MS.

Se presenta un caso de FA preexcitada, sin manejo inicial con CVE. Este caso recuerda la importancia de la CVE como manejo inicial de la FA preexcitada para evitar complicaciones.

Palabras claves. Cardioversión Eléctrica, Fibrilación Atrial, Síndrome de Wolff-Parkinson-White.

Referencias

1. Asenjo R, Morris R, Sanhueza E, Ortíz M, Cereceda M. Diagnóstico diferencial de las taquicardias de complejo ancho: un desafío permanente. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2020 [Consultado 28 abr 2023]; 39(1):55–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-85602020000100055>.
2. Brugada J, Katritsis D, Arbelo E, Arribas F, Bax J, et al. Guía ESC 2019 sobre el tratamiento de pacientes con taquicardia supraventricular. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2020 [Consultado 28 abr 2023]; 73(6):496.e1-496.e60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2019.12.029>
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J [Internet] 2021 [Consultado 28 abr 2023]; 42(5):373–498. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

AUTOR CORRESPONSAL: Felipe Álvarez Martínez (felipe.alvarez1@mail.udp.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

Autores: Cavaletto Ortiz, G.¹; Fernández Ponce, G.¹; Morales Weibel, C.¹; Valencia Ortuzar, L.¹

Tutor/es: Lukas Andrés Dabovich Stenger²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

² Medico General, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en urgencias y puede tener múltiples causas. El síndrome de Tako-Tsubo (STKT) es una patología con síntomas similares a los del infarto agudo de miocardio (IAM), pero con diferencias en cuanto a fisiopatología y pronóstico.

Presentación del caso. Una mujer de 42 años, diabética, hipertensa y hábito tabáquico consultó por cuadro clínico característico de síndrome coronario agudo (SCA); electrocardiograma con SDST en II, III y AVF e infraST en V1-V2, por lo que se trombolizó. Tras persistir el dolor, se realizó coronariografía que reportó alteración de la motilidad compatible con STKT.

Discusión y conclusiones. El STKT es una patología con clínica similar a los de un infarto, caracterizada por una disfunción temporal del ventrículo izquierdo, con una prevalencia del 1-2% en pacientes con síntomas similares a infarto, en Chile no hay estudios específicos, pudiendo ser similar a otros países latinos.

El síndrome de Tako-Tsubo puede ser difícil de diagnosticar ya que sus síntomas y pruebas son similares IAM, tal fue en este caso que, bajo tal sospecha, se manejó como infarto, y no fue hasta la CAG que diagnosticó STKT. Lo más relevante en el manejo de STKT es la prevención de complicaciones; insuficiencia cardíaca, shock o arritmias. Manejada como SCA; con cardioprotección, diuréticos, IECA y betabloqueantes.

El caso destaca la importancia de considerar el síndrome de Tako-Tsubo como diagnóstico diferencial, aunque siempre se debe descartar un IAM. La paciente recibió tratamiento adecuado y fue dada de alta sin complicaciones.

Palabras claves. Dolor Torácico, IAM, Takotsubo, Urgencias

Referencias

1. Lyon AR, Bossone E, Schneider B, Sechtem U, Citro R, Underwood SR, et al. Current state of knowledge on Takotsubo syndrome: a Position Statement from the Taskforce on Takotsubo Syndrome of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology: Current state of knowledge on Takotsubo syndrome. Eur J Heart Fail [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 6];18(1):8–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26548803/>
2. Ghadri JR, Kato K, Cammann VL, Gili S, Jurisic S, Di Vece D, et al. Long-term prognosis of patients with Takotsubo syndrome. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 6];72(8):874–82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30115226/>
3. Y-Hassan S, Tornvall P. Epidemiology, pathogenesis, and management of takotsubo syndrome. Clin Auton Res [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 6];28(1):53–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28917022/>
4. Templin C, Ghadri JR, Diekmann J, Napp LC, Bataiosu DR, Jaguszewski M, et al. Clinical features and outcomes of takotsubo (stress) cardiomyopathy. N Engl J Med [Internet]. 2015 [cited 2023 Jun 6];373(10):929–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26332547/>
5. Ugalde H, Yubini MC, Sanhueza MI, Ayala F, Chaigneau E, Dussailant G, et al. Tako-tsubo syndrome. Analysis of 37 cases. Rev Med Chil [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 6];145(10):1268–75. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001001268

AUTOR CORRESPONSAL: Gianfranco Cavaletto Ortiz (gianfranco.cavaletto@cloud.uaautonoma.cl)

TORMENTA ELÉCTRICA SECUNDARIA A SÍNDROME QT LARGO CONGÉNITO. MÁS ALLÁ DE LA ELECTRICIDAD Y EL MAGNESIO.

CC-MU-139 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - CARDIOLOGÍA

Autores: Calderon Ibacache, R.¹; Zuñiga Soria, J.¹; Heredia Vasquez, N.²; Musso Pizarro, J.³

Tutor/es: Jorge Andres Musso Pizarro³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

² Residente Medicina de Urgencia, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

³ Médico Urgenciólogo, Docente programa Medicina Urgencia UCN, Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de QT largo es una canalopatía arritmogénica, caracterizada por una grave alteración en la repolarización ventricular, traducida electrocardiográficamente por una prolongación del intervalo QT, que predispone a arritmias ventriculares malignas, del tipo torsade de points o tormentas eléctricas ventriculares (TE). Definir un enfoque clínico para esta condición poco común y potencialmente letal, es desafiante en cualquier contexto clínico.

Presentación del caso. Mujer de 62 años con antecedente familiar de muerte súbita, consultó por dolor torácico precordial de inicio súbito. Se realizó electrocardiograma que evidenció Taquicardia Ventricular Polimórfica (TVp), la cual fue manejada por personal prehospitalario con cardioversión eléctrica (CVE) en 2 oportunidades, logrando salida a ritmo sinusal e intervalo QT de 671 Ms.

En urgencia paciente presentó nuevos episodios de TVp, requiriendo CVE en 8 oportunidades. Se decidió sedoanalgesia e inicio de ventilación mecánica invasiva. Se indicó terapia con magnesio, isoproterenol y carga de potasio. Trasladado a unidad coronaria presenta más de 80 episodios de TVp que requirieron CVE. Dado la refractariedad a terapias se decidió estimulación transitoria transvenosa con marcapasos (MTT) e inicio de betabloqueadores, logrando control de la TE.

Discusión y conclusiones. Enfrentarse a una TE es un escenario desafiante, más aún si existe refractariedad a las medidas habituales. Las medidas incluyen terapia con magnesio, tratar factores precipitantes como hipokalemia, hipocalcemia, hipotermia y suspensión de fármacos que prolongan QT. Cuando esto no es suficiente se requiere acortar QT mediante terapia cronotrópica, que puede ser con medidas farmacológicas o mediante MTT como se presentó en este caso, logrando finalmente control y estabilización del paciente.

Palabras claves. Canalopatías; Informes De Casos; Síndrome De Qt Largo; Taquicardia Ventricular Polimorfa Recurrente.

Referencias

1. Horn N, Rüb N, Wolpert C. Long and short QT syndromes: Emergency treatment and secondary prophylaxis: Notfalltherapie und Sekundärprophylaxe. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol* [Internet]. 2020;31(1):48–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00399-020-00666-y>
2. Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M, Winkel BG, Behr ER, Blom NA, et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J* [Internet]. 2022;43(40):3997–4126. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>
3. Viskin S, Chorin E, Viskin D, Hochstadt A, Schwartz AL, Rosso R. Polymorphic ventricular tachycardia: Terminology, mechanism, diagnosis, and emergency therapy. *Circulation* [Internet]. 2021;144(10):823–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.121.055783>
4. Simpson TF, Salazar JW, Vittinghoff E, Probert J, Iwahashi A, Olgin JE, et al. Association of QT-prolonging medications with risk of autopsy-defined causes of sudden death. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 [citado el 11 de mayo de 2023];180(5):698–706. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119028/>

AUTOR CORRESPONSAL: Rocio Calderón Ibacache (rocio.calderon@alumnos.ucn.cl)

SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON: URGENCIA DERMATOLÓGICA POCO FRECUENTE SECUNDARIO AL TRATAMIENTO CON LAMOTRIGINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MU-025 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - DERMATOLOGÍA

Autores: Bernal Davidson, F.¹; Calixto Cifuentes, C.¹; Flint Escobar, D.¹; Scherpf Aravena, M.¹

Tutor/es: Ariel Esteban Saavedra León²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Viña del Mar, Chile.

² Médico Cirujano, SAR Néstor Fernández Thomas, San Antonio, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) corresponde a una reacción de hipersensibilidad cutánea grave, caracterizada por aparición brusca de máculas en forma de diana en cara, tronco y cuello principalmente. Los fármacos más frecuentes que lo generan son sulfonamidas, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y antiepilépticos, como veremos en este caso.

Presentación del caso. Paciente femenino de 16 años, con antecedente de Síndrome Depresivo en tratamiento hace 2 semanas con Lamotrigina 25mg cada 24 horas. Acudió a urgencias por disuria y secreción vaginal purulenta. Destacó al examen físico máculas eritematosas en extremidades superiores e inferiores, mucosa oral y vaginal. Se trasladó la Unidad de Paciente Crítico para iniciar manejo. Al 4to día de tratamiento con Inmunoglobulinas por vía endovenosa (IgIV) se evidenció una Anemia Hemolítica con Hemoglobina de 6.4mg/dL y Bilirrubina Total de 6.36 mg /dL. Se decidió suspender IgIV e indicar pulsos de Metilprednisolona y transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos. Evolucionó de forma favorable con desaparición de las lesiones de piel y mucosas, hemoglobina fuera de rangos de anemia y buena tolerancia oral.

Discusión y conclusiones. El SSJ es una enfermedad poco frecuente, pero con elevada morbimortalidad, sus síntomas iniciales pueden variar desde fiebre hasta lesiones eritematosas maculopapulares con compromiso de mucosas, por lo que se hace imprescindible la sospecha y diagnóstico temprano y certero, para lograr identificar y suspender lo más pronto posible el fármaco causante para comenzar el manejo del cuadro de manera precoz.

Palabras claves. Anemia Hemolítica, Lamotrigina, Síndrome de Stevens-Johnson

Referencias

1. Alvarado M, Villamonte DS, Araúz C, Stevens J. Reporte de un caso clínico y revisión: Síndrome de Stevens Johnson por uso de Lamotrigina [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980131/13.p df>
2. Frantz R, Huang S, Are A, Motaparathi K. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: una revisión del diagnóstico y manejo. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021;57(9):895. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina57090895>
3. Gleghorn KL, Voigt C, Kelly B. La necrólisis epidérmica tóxica y la superposición del síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica en pacientes pediátricos con un enfoque en los fármacos antiepilépticos más nuevos: un estudio retrospectivo de 25 años en un solo centro de atención terciaria. Pediatr Dermatol [Internet]. 2021;38(4):812–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.14598>
4. Jha KK, Chaudhary DP, Rijal T, Dahal S. Tardío Síndrome de Stevens-Johnson secundario al uso de lamotrigina en el trastorno bipolar del estado de ánimo. Indian J Psychol Med [Internet]. 2017;39(2):209–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0253-7176.203130>

AUTOR CORRESPONSAL: Fernando Bernal Davidson (f.bernaldavidson@gmail.com)

INSULINOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

CC-MU-037 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - ENDOCRINOLOGÍA

Autores: Matamoros Zapata, J.¹; Melacho Cuevas, I.¹; Bascur Moenen-Lozoz, L.¹; Obreque Alvarado, M.¹

Tutor/es: Sebastián Antonio Peñaloza Castillo²

Afiliaciones:

¹ Alumno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

² Residente, Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. El insulinoma es un tumor neuroendocrino pancreático productor de insulina, causante de hipoglucemia. Esta última representa 16 de cada 1000 visitas en urgencias. La hipoglucemia en paciente no diabético es infrecuente, teniendo un abordaje diagnóstico desafiante, en donde la sospecha clínica de un insulinoma debe estar presente. Se presenta una paciente que consultó por hipoglucemias severas, cuyo estudio diagnóstico fue compatible con un insulinoma.

Presentación del caso. Paciente femenina de 38 años, sin antecedentes, consulta en servicio de urgencias del Hospital Hernán Henríquez Aravena por cuadro de mareos, astenia, disartria, desorientación y debilidad de extremidades inferiores, evolucionando a compromiso cualitativo de conciencia en contexto de ayuno prolongado. Dirigidamente refiere episodios similares resueltos con alimentación desde hace 3 años.

Al examen físico sin obedecer órdenes, hemodinámicamente estable, con hemoglucotest 23 mg/dl. Tomografía Axial Computarizada de abdomen y pelvis con contraste, nódulo hipervascular en proceso uncinado del páncreas compatible con tumor neuroendocrino. Tras manejo de hipoglucemia se confirma triada de Whipple.

Ingresa a medicina para estudio. Se realiza test de ayuno prolongado con valores de péptido C, cortisol, factor de crecimiento insulínico tipo 1, y angiografía selectiva de páncreas sugerentes de insulinoma. Manejo con suero glucosado más electrolitos a la espera de resolución quirúrgica.

Discusión y conclusiones. Es importante el manejo estándar de hipoglucemia según guías clínicas, y considerar durante la evaluación secundaria al insulinoma pancreático como diagnóstico diferencial ante cuadro hipoglucémico en pacientes sin comorbilidades previas. Destacar al test de ayuno de 72 horas que permite decantarse por el insulinoma con un 99% de sensibilidad.

Palabras claves. Diagnóstico Diferencial, Hipoglucemia, Insulinoma.

Referencias

1. Pérez Anabet S, Gutiérrez Santana J. Insulinoma. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2022 Dic [citado 2023 Abr 30] ; 26(4): 995-1001. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000400995&lng=es.
2. Wang T, Vu A, Mereu L, Ghosh M. Malignant insulinoma in a patient with hypoglycemia | CMAJ [Internet]. 2022 Mar 19 [citado 2023 Abr 30]. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/194/9/E332>
3. Ng HY, Pape A. Insulinoma: important in the differential diagnosis of persistent hypoglycaemia unrelated to diabetes [Internet]. 2018 Mar 5 [citado 2023 Abr 30]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29490216/>
4. Medina-Zamora P, Lucio-Figueroa JO. Insulinoma: revisión actual de manejo y tratamiento. Rev Med MD. 2015;6.7(2):83-90.

AUTOR CORRESPONSAL: Lucas Bascur Moenen-Lozoz (l.bascur02@ufromail.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

UNA RARA PRESENTACIÓN CLÍNICA, CETOACIDOSIS DIABÉTICA EUGLUCÉMICA
CONCOMITANTE A UNA CRISIS SUPRARRENAL: REPORTE DE UN CASO.

CC-MU-126 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - ENDOCRINOLOGÍA

Autores: Álvarez Cid, F.¹; Pino Palacios, D.¹; Peñaloza Cuadra, I.¹; Rojas Rojas, M.¹

Tutor/es: Alvaro Ignacio Soto Molina²

Afiliaciones:

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

² Medico Cirujano EDF, Hospital de Constitución, Constitución, Región del maule, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Addison (EA) resulta de un proceso autoinmune dirigido contra la 21-Hidroxilasa que destruye la corteza suprarrenal, la crisis suprarrenal (CS) es una complicación potencialmente mortal de la EA. La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda de la diabetes mellitus (DM) caracterizada por hiperglicemia, acidosis metabólica y cetonemia. Hoy las CAD euglicémicas son una entidad clínica infrecuente, por lo que es necesario reconocerla.

Presentación del caso. Paciente de 28 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 1 y Enfermedad de Addison consulta en el hospital de Constitución por dolor abdominal difuso, vómitos incontables y compromiso del estado general. Refiere haber cesado la fludrocortisona y luego la insulina por no tolerar vía oral. Al ingreso se encontraba en malas condiciones generales, mal perfundida e hipotensa. Los estudios de laboratorio mostraron una glicemia de 249, pH de 7,17, PCO2 de 55, HCO3 de 11, cetonemia ++++ y creatinina de 2,47 con un VFG de 27. Dado sus antecedentes, se consideró como diagnóstico una cetoacidosis diabética euglicémica secundaria a crisis suprarrenal. Se inició tratamiento con hidrocortisona 100mg, bomba de infusión continua de insulina y volemicación. Durante la hospitalización, tras cumplir los criterios de resolución, se reinició el esquema de insulina subcutáneo y el paciente fue dado de alta con controles ambulatorios programados.

Discusión y conclusiones. Existen 3 reportes en la base de datos PubMed de casos clínicos similares que muestran una presentación análoga y concluyen que el uso de hidrocortisona en dosis moderadas de 60mg disminuye la estadía hospitalaria. El manejo de la cetoacidosis diabética (CAD) y la crisis suprarrenal (CS) se fundamenta en la volemicación, y sus tratamientos específicos son la insulina y los glucocorticoides, respectivamente. Es imprescindible entender la fisiopatología subyacente para poder explicar nuevos escenarios clínicos y optimizar el manejo de nuestros pacientes.

Palabras claves. Cetoacidosis Diabética, Enfermedad de Addison, Urgencias Médicas.

Referencias

1. Karslioglu F, Donihi AC, Korytkowski MT. Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic syndrome: review of acute decompensated diabetes in adult patients: BMJ. 29 de Mayo 2019.
2. Nieman L, Lacroix, A. Causes of primary adrenal insufficiency (Addison's disease): UpToDate, 28 de Febrero 2022.
3. Nieman L, Lacroix, A. Treatment of adrenal insufficiency in adults: UpToDate, 19 de Octubre 2022.
4. Sheung N, Beechar A, Belalcazar LM. Nonsevere Diabetic Ketoacidosis and Adrenal Insufficiency: Exploring the Impact of Glucocorticoid Replacement on Metabolic Outcomes and ICU Length of Stay. Crit Care Explor. 5 de Noviembre 2020.

AUTOR CORRESPONSAL: Flavio Álvarez Cid (flavioalvarezcid@gmail.com)

ENFERMEDAD CELÍACA EN LA URGENCIA: CHOQUE HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A CRISIS CELÍACA. REPORTE DE CASO.

CC-MU-114 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - GASTROENTEROLOGÍA

Autores: Rojas Marchant, S.¹; Garcés Catril, S.¹; Rodríguez Contreras, C.¹; Toro Iribarra, F.¹

Tutor/es: Obed Abner Vega Garcés²

Afiliaciones:

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

² Médico Internista – Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad celíaca es una patología que se caracteriza por una respuesta inmunológica inapropiada secundaria a la ingestión de gluten en individuos genéticamente predispuestos. Dentro de las complicaciones de esta, una potencialmente letal es la crisis celíaca, caracterizada por diarrea profusa, deshidratación grave, alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas que conducen a debilidad neuromuscular, arritmias cardíacas y muerte súbita. Para mejorar el conocimiento de este cuadro se expone un caso de choque hipovolémico secundario a una crisis celíaca en urgencias.

Presentación del caso. Paciente femenina de 59 años con antecedentes de Enfermedad celíaca consulta a urgencias por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por diarrea profusa asociado distensión, dolor abdominal moderado, y compromiso del estado general. A su ingreso destaca marcada deshidratación, llene capilar enlentecido, piel fría a distal, somnolienta. Signos vitales ingreso: Presión Arterial 100 / 79 mmHg Temperatura: 36 °C Pulso: 77 latidos por minuto Frecuencia respiratoria 22 respiraciones por minuto. Exámenes a destacar: Creatinina 0.79 mg/dL Sodio 133.00 mEq/L Glóbulos Blancos 12650, resto normal. Se inicia fluidoterapia vigorosa y monitorización no invasiva. Se hospitaliza, donde posteriormente presenta empeoramiento clínico, por lo que se traslada a UTI maneja con fluidoterapia y corrección hidroelectrolítica, con respuesta favorable. Con buen manejo con dieta libre de gluten, se da de alta a los 7 días.

Discusión y conclusiones. Es fundamental que el paciente adhiera a dieta libre de gluten (DLG) en primera instancia como base de la terapia, y reconocer precozmente paciente en crisis para actuar oportunamente, y así evitar complicaciones tanto a corto como largo plazo.

Palabras claves. Choque, Enfermedad Celíaca, Gastroenterología, Hipovolemia, Urgencias Médicas.

Referencias

1. Caio G, Volta U, Sapone A, Lefler DA, De Giorgio R, Catassi C, et al. Celiac disease: a comprehensive current review. BMC Med [Internet]. 2019;17(1):142. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1380-z>
2. Waheed N, Cheema HA, Suleman H, Fayyaz Z, Mushtaq I, Muhammad, et al. Celiac crisis: A rare or rarely recognized disease. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2016;28(4):672–5.
3. Poudyal R, Lohani S, Kimmel WB. A case of celiac disease presenting with celiac crisis: rare and life threatening presentation. J Community Hosp Intern Med Perspect [Internet]. 2019;9(1):22–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/20009666.2019.1571883>

AUTOR CORRESPONSAL: Sebastián Andrés Rojas Marchant (sean_1610@hotmail.com)

CC-MU-014 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - INFECTOLOGÍA

Autores: Pérez Moreno, V.¹; Rebolledo Castillo, C.¹; Ramos Hernandez, J.¹; Peirano Borcosque, I.¹

Tutor/es: Veronica Moreno Rojo²

Afiliaciones:

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

² Medica Cirujana, clínica establecimiento penitenciario Alto Hospicio, Alto hospicio, Chile

RESUMEN

Introducción. El loxoscelismo es producido por la mordedura de la araña Loxosceles. Existen dos cuadros: loxoscelismo cutáneo, que puede ser necrótico o edematoso y loxoscelismo cutáneo visceral. Su clínica es variada, sin embargo, hay localizaciones típicas para las lesiones cutáneas. A continuación se mostrará una opción de abordaje en loxoscelismo cutáneo con lesiones en abdomen, un área poco frecuente.

Presentación del caso. Paciente de 31 años, consultó en urgencias por aparición súbita de absceso abdominal doloroso. Al examen afebril, hemodinámicamente estable. Se observó lesión infraumbilical indurada de 8 centímetros de diámetro, con halo eritematoso y centro elevado. Se manejó con clorfenamina y se desmarcó la lesión para evaluar progresión. Al día siguiente el paciente volvió a consultar por empeoramiento del cuadro. Se observó aumento del diámetro del halo, de color violáceo y centro necrótico de 4 centímetros. Ante clínica compatible, se sospechó loxoscelismo y se mantuvo al paciente con curaciones avanzadas y control periódico de función renal y hemograma hasta cicatrización.

Discusión y conclusiones. Si bien el loxoscelismo no se presenta frecuentemente en urgencias, tiene complicaciones potencialmente fatales.

Su diagnóstico es clínico, basado en las características de la lesión, sin embargo, cuando la mordedura pasa inadvertida se tiende a dejar de lado esta opción, sobre todo si ocurre en áreas infrecuentes. Por esto es necesario mantener una alta sospecha clínica para diagnóstico y tratamiento oportunos.

No hay consenso sobre el tratamiento lo que resalta la necesidad de nuevas investigaciones que contribuyan a profundizar el conocimiento del loxoscelismo e identificar las terapias más eficaces para prevenir posibles complicaciones.

Palabras claves. Arácnidos, Picaduras de Arañas, Venenos de Araña

Referencias

1. Puerto Constanza del, Saldías-Fuentes Cristóbal, Curi Maximiliano, Downey Camila, Andino-Navarrete Romina. Experiencia en loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral de manejo hospitalario: clínica, evolución y propuesta terapéutica. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2018 [citado 2023 Abr 27] ; 35(3): 266-275. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000300266&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182018000300266>.
2. Ministerio de Salud de Chile. Guía para el Manejo de Mordedura de Araña de los Rincones - Loxosceles laeta. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2016.
3. Barra Severino F, Vivanco P, Mix A. Loxoscelismo: revisión de la literatura a propósito de un caso: Loxoscelism: Literary review about a case. ARS med [Internet]. 7 de junio de 2022 [citado 27 de abril de 2023];47(2):29-35. Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1894>

AUTOR CORRESPONSAL: Vicente Pérez Moreno (vicente.perez@alu.ucm.cl)

MIGRAÑA CON AURA AFÁSICA PROLONGADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN URGENCIAS.

CC-EQ-069 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - NEUROLOGÍA

Autores: Contreras Rozas, B.¹; Guerra Abarca, M.¹; Vidal Mesina, K.¹; Torres Jara, S.¹

Tutor/es: Pablo Arteaga Pérez²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

² Neurólogo, Servicio de medicina, Hospital Mauricio Heyermann, Angol, Chile.

RESUMEN

Introducción. La migraña con aura afecta entre un 3-5% de la población adulta, definiendo aura como síntomas que preceden o acompañan la cefalea y suelen durar menos de una hora. Las manifestaciones más comunes son visuales, sensitivas, motoras, y del lenguaje.

Presentación del caso. Paciente de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes e hipotiroidismo, ingresó a servicio de urgencias (SU) por cuadro de tres horas de cefalea hemicránea pulsátil, de inicio súbito, asociada a disartria. En evaluación inicial se objetivó afasia de Broca, sin otro déficit neurológico. Tomografía Computarizada de cerebro se informó sin hallazgos patológicos. Se decidió hospitalizar y solicitar estudio etiológico de accidente cerebrovascular (ACV). Durante la hospitalización se evidenció mejoría total en déficit del lenguaje.

En anamnesis detallada se rescató antecedente de migraña con aura de larga data, inicialmente visual, que agregó dificultad para emitir lenguaje durante los últimos años, siempre asociada a migraña, cada seis meses aproximadamente.

Debido a estudio etiológico completo de ACV sin alteraciones y antecedente de episodios similares previos, se decidió alta médica con diagnóstico de migraña con aura afásica prolongada.

Discusión y conclusiones. En las migrañas con aura atípica, el diagnóstico suele alcanzarse con una historia detallada, y tras haber descartado otras causas del cuadro. Este caso destaca por lo inusual del aura presentada, en cuanto a temporalidad, duración y características.

Frente a sospecha de ACV es fundamental valorar diagnósticos diferenciales dependiendo de la sintomatología presentada, y buscar antecedentes que puedan orientar a ellos. Asimismo, conocer el manejo de una crisis de migraña y sus complicaciones.

Palabras claves. Accidente Cerebrovascular, Afasia, Migraña con Aura.

Referencias

1. Mayà-Casalprim G, Rudilosso S, Serrano E, Reyes-Leiva D, Escudero-Rubí D, Obach-Baurier V. Equivalente migrañoso de inicio tardío con aura prolongada y alteración de la perfusión cerebral. Rev Neurol [Internet]. 2020;70(11):430–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7011.2019333>
2. Nieuwkamp DJ, van der Schaaf IC, Biessels G-J. Migraña con aura que se presenta como disfasia con disfunción cognitiva global y anomalías en la TC de perfusión. Cephalalgia [Internet]. 2010;30(8):1007–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2982.2009.02007.x>
3. Agostoni E, Aliprandi A. Las complicaciones de la migraña con aura. Neurol Sci [Internet]. 2006;27 Suppl 2(S2):S91-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10072-006-0578-y>
4. Donnet A, Daniel C, Milandre L, Berbis J, Auquier P. Migraña con aura en pacientes mayores de 50 años: el registro de Marsella. J Neurol [Internet]. 2012;259(9):1868–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-012-6423-8>

AUTOR CORRESPONSAL: Bruno Contreras Rozas (brunocontreras@gmail.com)

SÍNDROME MENINGOENCEFÁLICO SUBAGUDO SECUNDARIO A VIRUS HERPES HUMANO 7 EN PACIENTE ADULTO INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO.

CC-MU-098 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - NEUROLOGÍA

Autores: Pinto Arata, T.¹; Sandoval Garay, A.¹; Riveros Salinas, C.¹; Donoso Briceño, V.¹

Tutor/es: Paula Ninoska Castillo Torres²

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Neuróloga, Departamento de Neurología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Virus del Herpes Humano 7 (VHH-7) pertenece a la familia Herpesviridae y es comúnmente encontrado en la población humana, estando relacionado con enfermedades como el exantema súbito en niños y diversas manifestaciones en pacientes inmunocomprometidos. Aunque son escasos los casos documentados en la literatura de adultos inmunocompetentes con alteraciones en el sistema nervioso central (SNC) causadas por este virus, en este caso presentamos a un paciente adulto inmunocompetente que exhibe manifestaciones neurológicas y en cuyo líquido cefalorraquídeo (LCR) se detectó la presencia de VHH-7.

Presentación del caso. Se presenta el caso de un paciente de 34 años sin antecedentes mórbidos que experimentó un cuadro clínico de dos semanas de evolución, caracterizado por dolor epigástrico, fiebre, cefalea y alteración de la agudeza visual. Ante la sospecha de síndrome de hipertensión endocraneana (SHE), se realizó una punción lumbar cuyos resultados fueron compatibles con meningitis viral crónica. En el panel neuroinfeccioso se detectó la presencia de Virus del Herpes Humano 7 (VHH-7), y una resonancia magnética mostró focos hiperintensos inespecíficos en el tálamo derecho sin captación leptomeníngea. Además, una campimetría de Goldman reveló un compromiso del campo visual heterónimo bilateral. Debido a la evolución favorable del paciente, se optó por darle de alta y continuar con seguimiento ambulatorio.

Discusión y conclusiones. La persistencia y reactivación del virus están estrechamente vinculadas al estado inmunológico del paciente y son poco comunes en individuos inmunocompetentes. No existe un tratamiento específico para esta condición; en su lugar, se adoptan medidas individualizadas según cada caso. Por lo tanto, es crucial considerar la posibilidad de esta infección incluso en pacientes inmunocompetentes y buscar activamente la presencia de otros factores que pudieran causar inmunosupresión.

Palabras claves. Herpesvirus humano 7, Infección viral del sistema nervioso central, Meningitis viral, Meningoencefalitis

Referencias

1. Ward KN, Kalima P, MacLeod KM, Riordan T. Neuroinvasion during delayed primary HHV-7 infection in an immunocompetent adult with encephalitis and flaccid paralysis. Journal of Medical Virology. 2002 Jul 2;67(4):538–41.
2. Miranda C M, Torres T JP, Larrañaga L C, Acuña L G. Meningiomielitis asociadas a infección por herpes virus humano 7: Comunicación de dos casos. Revista médica de Chile. 2011 Dec;139(12):1588–91.
3. Matthews E, Beckham JD, Piquet AL, Tyler KL, Chauhan L, Pastula DM. Herpesvirus-Associated Encephalitis: an Update. Current Tropical Medicine Reports. 2022 Sep 23;9(3):92–100.
4. Li Y, Qu T, Li D, Jing J, Deng Q, Wan X. Human herpesvirus 7 encephalitis in an immunocompetent adult and a literature review. Virology Journal. 2022 Nov 29;19(1).
5. Chan, P.K.S., Ng, H.-K., Cheung, J.L.K., Ng, K.-C. and Cheng, A.F. Prevalence and distribution of human herpesvirus 7 in normal brain. J. Med. Virol. (2000). 62: 345-348

AUTOR CORRESPONSAL: Tamara Francisca Pinto Arata (tamara.pinto.arata@ug.uchile.cl)

HEMINEGLIGENCIA Y HEMIANOPSIA SECUNDARIA A ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
ISQUÉMICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE CASO.

CC-MU-111 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - NEUROLOGÍA

Autores: Sandoval Garay, A.¹; Pinto Arata, T.¹; Riveros Salinas, C.¹; Martínez Poveda, R.¹

Tutor/es: Paula Ninoska Castillo Torres²

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Neuróloga, Departamento de Neurología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La heminegligencia es un trastorno que implica dificultad para responder a estímulos o acciones en el lado contrario a una lesión hemisférica. Su prevalencia varía según el territorio afectado, generalmente mayor en hemisferio derecho, observándose principalmente en enfermedades cerebrovasculares en el territorio de la arteria cerebral media, sin embargo a menudo se subdiagnostica, lo que puede impactar en el pronóstico funcional del paciente.

Presentación del caso. Se presenta el caso de una paciente de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y un accidente cerebrovascular (ACV) isquémico secuelado con disartria, que fue derivada a urgencias por cuadro súbito de aumento de disartria previa de 72 horas de evolución. Ingresó normotensa, normoglicémica, con electrocardiograma en ritmo sinusal. Se pesquisó un síndrome afásico mixto, disartria severa, heminegligencia visuoespacial izquierda, hemianopsia homónima izquierda, síndrome piramidal izquierdo agudo y un síndrome piramidal derecho crónico, hemisensitivo derecho, extinción sensorial izquierda y anosognosia.

Fue hospitalizada por sospecha de ACV y en tomografía computarizada (TC) de cerebro se evidenció lesión isquémica temporoparietal derecha subaguda, una lesión isquémica frontoparietal izquierda subaguda y una lesión temporoparietal izquierda secuelar. En AngioTC de cuello y cerebro se evidenció estenosis del 70% de la arteria carótida común derecha. Se inició doble antiagregación plaquetaria y se decidió alta para continuar manejo de forma ambulatoria.

Discusión y conclusiones. La heminegligencia es un trastorno multifacético que presenta desafíos para su diagnóstico y tratamiento. En este caso, se observa la importancia de reconocer los síntomas y adaptar el enfoque terapéutico individualmente para mejorar el pronóstico funcional del paciente.

Palabras claves. Accidente cerebrovascular isquémico, Lóbulo parietal, Hemianopsia, Corteza cerebral, Percepción visual, Percepción espacial

Referencias

1. López Arguelles Julio, Alfonso León Dailin, Barboza Sanchis Sebastián, Pérez Manso Dania. Heminegligencia y hemianopsia. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Ago; 10(4): 318-321.
2. Aparicio-López Celeste, García-Molina Alberto, Enseñat-Cantalops Antonia, Sánchez-Carrión Rocío, Muriel Vega, Tormos José María et al . Heminegligencia visuo-espacial: aspectos clínicos, teóricos y tratamiento. Acción psicol. [Internet]. 2014 Jun;11(1): 95-105.
3. Romero M, , Moraleda E. Aspectos clínicos y modelos teóricos en el Síndrome de Neglect. Revista Chilena de Neuropsicología [Internet]. 2012;7(2):54-59.

AUTOR CORRESPONSAL: Andrés Eduardo Sandoval Garay (andressandoval@ug.uchile.cl)

SÍNDROME DE PERCHERÓN Y COMPROMISO DE CONSCIENCIA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

CC-MU-124 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - NEUROLOGÍA

Autores: Amar Collantes, M.¹; Bastias Bravo, D.; Godoy Mandiola, V.¹; Schuller Martínez, M.¹

Tutor/es: Sergio Legua Koc²

Afiliaciones:

Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

Médico Neurólogo, Servicio de Neurología, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Síndrome de Percherón corresponde a un accidente cerebrovascular (ACV) infrecuente, de origen talámico paramediano bilateral, por el compromiso de la arteria de Percherón, estimándose que representa el 0.6%¹ de la totalidad de ACV. La arteria de Percherón corresponde a una variante anatómica de las arterias talámicas paramedianas, presente en el 4-12% de la población², que nace de un tronco único del segmento P1 de una de las arterias cerebrales posteriores (ACP), irrigando ambos tálamos con contribución variable al mesencéfalo³. Siendo el diagnóstico difícil por su cuadro atípico de fluctuación de consciencia, siendo éste clínico y radiológico; en dónde se caracteriza por la triada de compromiso de consciencia, parálisis vertical de la mirada y alteración de la memoria¹.

Presentación del caso. Mujer de 72 años de edad con antecedentes Hipertensión y Diabetes. Traída por SAMU al servicio de urgencias tras haber sido encontrada por familiares con cuadro de desorientación, dificultad en articulación del lenguaje y visión doble; última vez vista en su basal hace 4 horas. Al ingreso se constató presiones de 220/120 mmHg con exploración que evidenció paciente en sopor superficial, desorientación temporo-espacial, paresia del III par bilateral y disartria, resto examen neurológico normal. Realizándose Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cerebro que no evidencia lesiones de carácter agudo y electrocardiograma con hemibloqueo izquierdo anterior, sin realizarse trombólisis. A las 24 horas evolucionó con sopor profundo, realizándose Angiografía por Tomografía Computarizada (AngioTAC) que demostró hipodensidad bitalámica interpretándose como lesión isquémica aguda, iniciándose prevención secundaria de ACV. Paciente con regresión de sintomatología a las 2 semanas, manteniendo oftalmoparesia a la aducción de la mirada.

Discusión y conclusiones. Pocos son los ACV isquémicos que se pueden manifestar con compromiso de consciencia; siendo el Síndrome de Percherón uno de ellos, en dónde el espectro de fluctuación del nivel de consciencia nos orientará a él, asociado a cambios comportamentales/memoria y clínica ocular⁴. Siendo de difícil sospecha sumado a su baja prevalencia. Sin embargo, es un cuadro de evolución favorable y baja morbilidad².

Palabras claves. Accidente Cerebrovascular, Arteria Cerebral Posterior, Tálamo.

Referencias

1. Polo N, García MB, Camerlingo S, Domínguez MP. SINDROME DE PERCHERON INFARTO TALÁMICO BILATERAL: REPORTE DE 2 CASOS. Rev méd Clín Las Condes [Internet]. 2019;30(5):383–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300756>.
2. Baltar Yanes F, Turcatti E, González Rabelino G. Infarto talámico paramedial bilateral por oclusión de la arteria de Percherón. Andes Pediatr [Internet]. 2021 [citado el 9 de mayo de 2023];92(6):924–9. Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/3595>.
3. García-Sellanes D, Fernández-Rey L, Más V, Bruno G, Arciere B. Síndrome de Percheron. A propósito de dos casos clínicos. reccmi [Internet]. 2018;3(3):115–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32818/reccmi.a3n3a5>.
4. De la Cruz C, Márquez M, Aguilar R, Romero M, Valdivielso P. Neurología.com [Internet]. Variabilidad clínica y diagnóstico diferencial del síndrome de la arteria de Percherón; 27 de septiembre de 2011 [consultado el 9 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://neurologia.com/noticia/3077/variabilidad-clinica-y-diagnostico-diferencial-del-sindrome-de-la-arteria-de-percheron>

AUTOR CORRESPONSAL: Moisés Abraham Amar Collantes (moises.amar@alumnos.uv.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

NEURITIS ÓPTICA POR BARTONELLA HENSELAE EN PEDIATRÍA: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL DE VISUALIZAR.

CC-EQ-060 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - PEDIATRÍA

Autores: Sotomayor Jorquera, J.¹; Pacheco Marmolejo, E.¹; Madrid Deischler, V.²

Tutor/es: Leopoldo Méndez Lazo³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile

² Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

³ Médico Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis poco común causada por Bartonella Henselae, transmitida por el arañazo o mordedura de gato. Su presentación es benigna y autolimitada, caracterizada por linfadenopatía regional y síntomas gripales, su diagnóstico es clínico y serológico. Infrecuentemente puede presentarse de forma sistémica afectando otros órganos generando dificultad en su diagnóstico, a continuación presentamos un caso de neuritis óptica por Bartonella Henselae.

Presentación del caso. Adolescente, 13 años, antecedente de vivir con gato. Presentó fiebre asociada a disminución de agudeza visual unilateral, consultó en el Servicio de Urgencia donde se derivó a oftalmología. Se realizó fondo de ojo sugerente de neuritis óptica, se indicó hospitalización para estudio y tratamiento.

Se hospitalizó y se realizaron estudios de laboratorio e imágenes. Destacó Inmunoglobulinas G positivas a Bartonella Henselae, fondo de ojo y tomografía de coherencia óptica diagnóstica de neuritis óptica. Recibió metilprednisolona, rifampicina y doxiciclina. Al alta destacó mejoría de agudeza visual clínica y al fondo de ojo, quedó con seguimiento por especialidades.

Discusión y conclusiones. La pérdida de agudeza visual unilateral puede ser de causa infecciosa, post vacunación o enfermedad desmielinizante. El compromiso ocular es el sitio más frecuente en la presentación sistémica de la enfermedad por arañazo de gato, sin embargo, constituye un reto diagnóstico en el primer enfrentamiento como médicos tratantes. Un bajo umbral de sospecha, anamnesis completa, serología e imágenes permiten orientar el razonamiento diagnóstico y el manejo inicial. Este reporte aporta en ampliar el espectro de diagnósticos diferenciales en pediatría en contexto de pérdida de la agudeza visual.

Palabras claves. Bartonella Henselae, Enfermedad por arañazo de gato, Neuritis óptica

Referencias

1. Urbano-Pulido D, Camacho-Moreno G, López-Cubillos JF, Quintero-Palacios M. Enfermedad por arañazo de gato. Una patología emergente. Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2022;35(4):151–4. Disponible en: doi:10.35366/109408
2. Mirabet Mas J, Morell Daniel M, Martín Begué N, Melendo Pérez S. Neurorretinitis por Bartonella henselae: a propósito de un caso. Anales de Pediatría. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.013>
3. Conde ME, Antueno ME, Palmieri F, López MV, Cheistwer A. Neurorretinitis por Bartonella henselae en un adolescente. Archivos Argentinos Pediatría. 2021;119(6):e616-e620. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.e616>
4. Pérez R, Fischman A, Poblete MJ, Vizcaya C, Perret C, García C et al . Infección atípica y neurorretinitis por Bartonella henselae en una unidad de hospitalización pediátrica: comunicación de tres casos. Revista chilena de infectología. 2020; 37(4): 463-469. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182020000400463>.

AUTOR CORRESPONSAL: José Miguel Sotomayor Jorquera (jose.sotomayor@pregrado.uoh.cl)

CC-MU-012 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - PEDIATRÍA

Autores: Alarcón Alarcón, C.¹; Astroza Suárez, S.¹; Correa Muñoz, L.¹; Hernández Cerna, D.²

Tutor/es: María José Navas Guerrero³

Afiliaciones:

¹ Interna Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

² Interno Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.

³ Médico Pediatra, Unidad de Pediatría Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome hemolítico urémico (SHU) es un cuadro caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y afectación renal. Se distingue entre SHU asociado a toxina Shiga y SHU atípico. La mayoría de los casos ocurren entre los 3 a 5 años, con cuadros diarreicos con o sin disentería producidos por bacterias productoras de toxina Shiga, generalmente dado por *Escherichia coli* O157:H7. Debido a la mortalidad cercana al 3 por ciento por falla orgánica múltiple, se presenta un caso de SHU con clínica característica.

Presentación del caso. Paciente femenina de 2 años, sin antecedentes. Cursó cuadro de 4 días de dolor abdominal asociado a deposiciones diarreicas sin sangre y oliguria. Ingresó afebril, taquicárdica, presión arterial (PA) 138/81 mmHg. Exámenes de laboratorio: nitrógeno ureico 104.9 mg/dL, creatinina 4.69 mg/dL, lactato deshidrogenasa 4202 U/L, hemoglobina 11.2 g/dL, plaquetas 48000 por mL, coprocultivo reporta *Escherichia coli* O157:H7. Se inició peritoneodiálisis y transfusión de hemocomponentes en unidad de cuidados intensivos pediátricos. Evolucionó favorablemente, con PA estable, ecografía doppler renal normal y mejoría de función renal y serie roja.

Discusión y conclusiones. Se debe sospechar SHU en pacientes con cuadros diarreicos y la tríada clínica anteriormente mencionada. El tratamiento precoz es importante para evitar manifestaciones graves como compromiso neurológico por daño al endotelio vascular cerebral, por efectos de la PA elevada o alteraciones hidroelectrolíticas por daño renal. Dicho manejo debe realizarse en unidad de cuidados intensivos con disponibilidad de terapia de reemplazo renal, además de soporte intensivo con fluidoterapia y administración de hemocomponentes.

Palabras claves. Lesión Renal Aguda, Síndrome Hemolítico-Urémico, Trombocitopenia.

Referencias

1. Cavagnaro SM Felipe. Síndrome Hemolítico Urémico asociado a Shigatoxina: ¿Cómo prevenirlo?. Rev. chil. pediatría. [Internet]. 2019 Abr [Consultado el 27 de marzo de 2023] ; 90(2): 139-144. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019000200139&lng=es.
2. Caverio T, Praga M. Síndrome Hemolítico Urémico. Nefrología al día [Internet]. 2021. [Consultado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/216>
3. José M. Camacho Alonso, Vanesa Rosa Camacho y Guillermo Milano Manso [Internet]. Síndrome Hemolítico Uremico. An Pediatr Contin. 2013 [Consultado el 27 de abril de 2023] 11(4):187-196. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1696281813701379&r=51>

AUTOR CORRESPONSAL: Sebastián Astroza Suárez (sebastian.astroza@alu.ucm.cl)

ENFRENTAMIENTO DE SÍNDROME PURPÚRICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNE CON CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN, REPORTE DE UN CASO.

CC-MU-038 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - PEDIATRÍA

Autores: Prado Bozo, V.¹; Ovalle Ibáñez, M.¹; Beltrán Rodríguez, P.¹

Tutor/es: Carolina Andrea Núñez Rodríguez²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, EDF, CESFAM Palmilla, Palmilla, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome purpúrico es un grupo de enfermedades que producen sangrado de baja cuantía en piel y mucosas. Se pueden clasificar en trombocitopénicas y no trombocitopénicas.

En las causas trombocitopénicas se describe Púrpura trombocitopénico Inmune (PTI), su incidencia anual es 1 - 6.4 casos por 100.000 niños. Se produce por desarrollo de autoanticuerpos IgG contra antígenos de la membrana plaquetaria. Clínicamente puede presentarse con púrpura posterior a infección viral y acompañarse de epistaxis, gingivorragia, hematuria e incluso hemorragia gastrointestinal o intracraneal.

Presenta resolución espontánea en 80-90%. Sin embargo, requiere hospitalización con plaquetas menores a 20.000 y/o sangrado incoercible.

Se expondrá un caso con el propósito de conocer el enfrentamiento de este síndrome en el contexto de urgencias pediátricas.

Presentación del caso. Paciente masculino de 2 años sin antecedentes médicos. Consulta por cuadro iniciado hace 3 semanas de decaimiento y fiebre hasta 38.7°C, posteriormente se suman equimosis en extremidades y gingivorragia.

Al examen físico se evidencian múltiples equimosis a nivel de rodillas y codos, petequias en tórax y cara, además de un hematoma en región frontal. Sin gingivorragia.

Se solicitan exámenes donde destacan plaquetas 8.000 y orina completa con eritrocitos mayor a 100.

Dado los antecedentes descritos, se plantea el diagnóstico de PTI. El paciente ingresa a UCI y se inicia tratamiento con Inmunoglobulina 1 g/kg IV. Su evolución es favorable y el recuento plaquetario aumenta a 58.000 al tercer día de hospitalización.

Discusión y conclusiones. Es fundamental conocer el enfrentamiento de síndrome purpúrico en urgencias pediátricas dado que frente a la sospecha se debe solicitar el estudio correspondiente y descartar signos de alarma. En el caso presentado el paciente requiere hospitalización y manejo en cuidados intensivos, por lo que seguir un esquema para este síndrome permitirá un abordaje adecuado en el servicio de urgencias.

Palabras claves. Púrpura, Púrpura Trombocitopénica Autoinmune, Trombocitopenia.

Referencias

1. Provan D. Immune thrombocytopenia (ITP) in children: Clinical features and diagnosis. [UptoDate]. Actualizado el 14 de octubre de 2022 [Citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.uandes.idm.oclc.org/contents/immune-thrombocytopenia-itp- in-children-clinical-features-and-diagnosis/abstract/3>.
2. Sánchez-Galán A, Márquez-González H, Rivas-Crespo MF. Trombocitopenia inmune primaria en pediatría: diagnóstico y tratamiento. Revista de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2020 [Citado el 30 de abril de 2023];(20):e98 -e106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403319301821>.
3. Sociedad Chilena de Hematología (SOCHICHEM). Guías prácticas clínicas para el manejo del paciente pediátrico con trombocitopenia inmune primaria (PTI) aprobadas por Sociedad Chilena de Hematología (SOCHICHEM), 2015. [Internet]. Disponible en: <https://www.sochihem.cl/bases/arch1307.pdf>. [Citado el 30 de abril de 2023].

AUTOR CORRESPONSAL: Valentina Prado Bozo (vprado@miauandes.cl)

CC-MU-121 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - PSIQUIATRÍA

Autores: Aqueveque Henríquez, E.¹; Cortez Araneda, P.²; Peñaloza Gómez, G.³

Tutor/es: María de Lourdes Yévenes Guerra⁴

Afiliaciones:

¹ Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM La Leonera, Chiguayante, Chile.

² Médico en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Penco, Penco, Chile.

³ Médico General APS, CESFAM Penco, Penco, Chile.

⁴ Psicóloga, CESFAM La Leonera, Chiguayante, Chile.

RESUMEN

Introducción. Si bien existe cada vez más evidencia que sugiere una superposición sintomática como una coexistencia entre los trastornos del espectro autista (TEA) y los trastornos psicóticos, faltan mayores estudios que sustenten su comorbilidad. Esta presentación de caso tiene como objetivo exponer la coexistencia de ambos trastornos y las principales dificultades diagnóstico-terapéuticas.

Presentación del caso. Adolescente de 15 años, con autismo, ingresa a Salud Mental por ideación suicida y comportamiento anormal. Durante los primeros controles se pesquisa delirio de tipo amoroso en relación con compañera, conducta que previamente ya había presentado con otras mujeres. Posteriormente inicia con alucinaciones auditivas y referencia a sí mismo con acrónimos de creación propia, por lo que se deriva a urgencia psiquiátrica por episodio psicótico, tras lo cual se inicia con dosis bajas de antipsicóticos atípicos. Se decide presentar caso a consultoría psiquiátrica infanto-juvenil donde fue aceptado para mantener controles por especialidad debido a su complejidad. En seguimiento de paciente, éste se encuentra con aumento gradual de dosis de antipsicótico asociado a psicoterapia con lo que se ha mantenido sin alucinaciones, con comportamiento más adecuado, pero con mantención de algunas ideas delirantes.

Discusión y conclusiones. La diferenciación entre TEA y psicosis parece estar clara teóricamente, pero, en la práctica es mucho más complejo realizarlo, ya que el pensamiento rígido y discurso idiosincrásico del autista puede confundirse con el delirio y desorganización de la esquizofrenia y ambos pueden coexistir como se reveló en este caso. Estudios de seguimiento de niños con TEA apuntarían a una posible evolución hacia la esquizofrenia.

Palabras claves. Diagnóstico Diferencial, Trastorno del Espectro Autista, Trastornos Psicóticos.

Referencias

1. Kincaid DL, Doris M, Shannon C, Mulholland C. ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos del espectro autista y los rasgos del TEA en la psicosis? Una revisión sistemática. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017;250:99–105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.017>
2. Lugo Jorge, Alviani Montserrat. El diagnóstico de la psicosis en adultos con trastornos del espectro autista. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2017 Jun; 37(131): 113-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100007&lng=es.
3. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Trastornos del espectro autista y esquizofrenia de inicio en la infancia: revisión de las contribuciones clínicas y biológicas a una relación. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2009;48(1):10–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856708601653>
4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856708601653>
5. Upthegrove R, Abu-Akel A, Chisholm K, Lin A, Zahid S, Pelton M, et al. Autismo y psicosis: Implicancias clínicas para la depresión y el suicidio. *Schizophr Res* [Internet]. 2017;195:80–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.028>

AUTOR CORRESPONSAL: Evelyn Marlene Aqueveque Henríquez (eaqueveque18@gmail.com)

CC-EQ-068 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - REUMATOLOGÍA

Autores: Ritchie Olivares, R.¹; Bustamante Montoya, C.¹; González Madariaga, B.¹

Tutor/es: Oliver Lazo Pedraza²

Afiliaciones:

¹ Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Santiago, Chile.

² Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital el Pino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumatológica autoinmune, crónica y sistémica. Destacan sus manifestaciones musculoesqueléticas, mucocutáneas, pericarditis, pleuritis y derrame pleural.

A pesar de su baja incidencia y mortalidad, es la primera causa de muerte entre las enfermedades inflamatorias crónicas.

Presentación del caso. Paciente de 20 años de sexo femenino con hipotiroidismo sin tratamiento. Consultó en servicio de urgencias (SU) por cuadro de dos semanas de tos seca, dolor torácico con tope inspiratorio, disnea y sensación febril. Además, adinamia, baja de peso no cuantificada y artralgias generalizadas.

Ingresó con hemodinamia estable, taquipnea, saturación O₂ 92% FiO₂ ambiental. Al examen físico retracción intercostal, murmullo pulmonar disminuido en base izquierda. En los exámenes destacó anemia moderada, linfopenia, pruebas tiroideas normales. TC TAP informó derrame pleural bilateral, derrame pericárdico y ascitis moderados. La toracocentesis mostró exudado pleural.

Anticuerpos: Anti-ANA 1:160, Anti-ENA positivo, Anti-DNA 40.7, IgG 2038 mg/dl, complemento bajo, FR 12, IPC 0,35 mg/mg. Serología hepatitis, TBC y VIH negativos. Puntaje SLEDAI-2K 10. Equipo de Reumatología inició manejo con prednisona por debut de LES.

Discusión y conclusiones. El LES es una de las patologías reumatológicas que más motiva su consulta en SU, sus principales motivos de consulta son disnea, dolor torácico y mialgias. En pacientes mujeres, de edad media, con antecedentes de patología autoinmune es de suma importancia tener un alto índice de sospecha.

El LES puede cursar con debut y exacerbaciones fatales, ante esto se debe tener un alto índice de sospecha para iniciar un manejo precoz.

Palabras claves. Derrame Pleural, Lupus Eritematoso Sistémico, Pericarditis.

Referencias

1. Rubio ER, Emperiale V, Ruiz PP, Castañeda NG. Lupus eritematoso sistémico (I). Medicine [Internet]. 2021, recuperado el 28 de abril de 2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2021.04.001>
2. Rocío, R. O., Farías, I., Meneses, J., Krstulovic, M., Clavería, M., Belén, R., & Olivares, R. (s/f). Lupus eritematoso sistémico (LES): análisis de defunciones según sexo, grupo etario y región en Chile, durante el período 2016-2020 [internet], Santiago, Chile, 2021, recuperado el 28 de abril de 2023, de <https://revista.anacem.cl/wp-content/uploads/2021/12/Lupus-eritematoso-sistemico.pdf>
3. Rivera Núñez, MA, Martínez Caballero, C., Estébanez Muñoz, M., Calvin García, ME, Robles M, Á., & Quintana Díaz, Motivos de consulta en urgencias de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas [internet], 2015, recuperado el 28 de abril de 2023, Revista médica de Chile, 143 (12), 1546–1551. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015001200007>

AUTOR CORRESPONSAL: Rocío Ritchie Olivares (r.ritchieolivares@uandresbello.edu)

CC-MU-100 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - REUMATOLOGÍA

Autores: Orrego Staab, J.¹; Aburto Falcón, C.¹; Moreno Ávila, C.¹

Tutor/es: Pablo Espinoza Peña²

Afiliaciones:

¹ Universidad de Valparaíso.

² Médico Cirujano, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La arteritis de Takayasu es una enfermedad crónica, inmunomediada y clasificada como una vasculitis de vaso grande debido a que principalmente afecta a la aorta y sus ramas. Un 80-90% de los casos son mujeres de 10-40 años.

Presentación del caso. Femenina de 48 años con antecedente de cirugía hipofisaria, consultó en unidad de emergencia por cuadro de 3 días de evolución de dolor torácico asociado a disnea y vómitos. Ingresó taquicárdica, hipotensa y con alteraciones del sensorio.

Se inició reanimación y estudio con ecocardiograma que informó taponamiento cardíaco. Tras pericardiocentesis se obtuvo líquido citrino e inflamatorio en el estudio. En exámenes de laboratorio destacó indicadores de actividad inflamatoria elevada y anemia moderada.

Se realizó tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste que evidenció derrame pleural bilateral, ascitis leve y aortitis toraco-abdominal. Se amplió estudio con angiioresonancia, la cual informó un engrosamiento inflamatorio activo de la aorta abdominal con compromiso de arterias esplácnicas, renales y pleuropericarditis aguda.

Se diagnosticó arteritis de Takayasu y se inició corticoterapia asociada a metotrexato, con buena respuesta. Actualmente la paciente se encuentra estable con controles ambulatorios.

Discusión y conclusiones. La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco prevalente con presentación clínica variada e inespecífica. Se debe tener una aproximación clínica, serológica e imagenológica para lograr descartar diagnósticos diferenciales. A pesar de los esfuerzos clínicos por dilucidar tempranamente esta patología, muchos de los diagnósticos se logran una vez los pacientes acuden a un centro de urgencias.

Palabras claves. Aortitis, Arteritis de Takayasu, Derrame pleural, Urgencia, Taponamiento cardíaco.

Referencias

1. Ishikawa K. Aproximación diagnóstica y proposición de criterios para el diagnóstico clínico de arteriopatía de Takayasu. American College of Cardiology. 1988; 12:964.
2. Grayson PC, Ponte C, Suppiah R, et al. 202 Criterios de clasificación para arteritis de Takayasu. American College of Rheumatology/EULAR 2022; 74:1872.
3. Weyand CM, Goronzy JJ. Vasculitis de vaso mediano y grande. N Engl J Med 2003; 349:160.
4. Hall S, Barr W, Lie JT, et al. Arteritis de Takayasu, un estudio de 32 pacientes americanos. Medicine (Baltimore) 1985; 64:89.
5. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, et al. Criterios para la clasificación de la arteritis de Takayasu. The American College of Rheumatology 1990; 33:1129.

AUTOR CORRESPONSAL: Javier Orrego Staab (javier.orrego@alumnos.uv.cl)

REACTIVACIÓN DE ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: UN IMITADOR INESPECÍFICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

CC-MU-134 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIA - REUMATOLOGÍA

Autores: Cáceres Rozas, J.¹; Arias Valenzuela, M.¹; Torres García, C.¹; Alveal Bahamondez, M.¹

Tutor/es: Felipe Arturo Negrete Jorquera²

Afiliaciones:

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

² Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Francisco Boris Soler, Melipilla, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida. Su presentación clínica es muy poco específica, por tanto su enfrentamiento en el servicio de urgencias (SU) suele ser complejo. Es de importancia el diagnóstico sindromático y el abordaje empírico en pacientes con el antecedente de esta enfermedad.

Presentación del caso. Mujer de 53 años, con antecedente de ESA diagnosticada en 2017, posteriormente asintomática. Tres semanas previas presentó fiebre intermitente hasta 39,5°, exantema maculopapular generalizado de aparición concomitante a la fiebre, junto con poliartralgias, odinofagia y baja de peso. Ambulatoriamente recibió manejo sintomático. Ingresó al SU, taquicárdica, afebril, eupneica, normosaturando. Destacó en laboratorio elevación de parámetros inflamatorios con leucocitos 28.310 mm³, PCR 383 mg/L, VHS 130 mm/h, transaminasas elevadas con patrón colestásico y orina no inflamatoria. Evolucionó febril, hipotensa, hipoperfundida y desorientada, por consiguiente se inició bundle de sepsis. Ingresó a intermedio médico por sospecha de reactivación, recibiendo tratamiento con hidrocortisona. Respondió favorablemente, finalmente con estudio infeccioso negativo y ferritina 13.851 µg/L, concordante con la sospecha.

Discusión y conclusiones. La reactivación de ESA posee una clínica inespecífica que suele confundirse con otras condiciones potencialmente fatales como shock séptico, síndrome hemofagocítico o síndrome antifosfolípido catastrófico. Será esencial sospecharlo, descartar diferenciales, iniciar manejo del shock indiferenciado, considerando manejo empírico para sepsis, y el ingreso hospitalario a un servicio con especialista.

Palabras claves. Enfermedad de Still del Adulto, Shock Séptico, Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.

Referencias

1. Efthimiou P, Kontzias A, Hur P, Rodha K, Ramakrishna GS, Nakasato P. Adult-onset Still's disease in focus: Clinical manifestations, diagnosis, treatment, and unmet needs in the era of targeted therapies. Semin Arthritis Rheum [Internet]. 2021;51(4):858–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.06.004>
2. Mimura T, Kondo Y, Ohta A, Iwamoto M, Ota A, Okamoto N, et al. Evidence-based clinical practice guideline for adult Still's disease. Mod Rheumatol [Internet]. 2018;28(5):736–57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14397595.2018.1465633>
3. Annous Y, Manning S, Khoujah D. Ferritin, fever, and frequent visits: Hyperferritinemic syndromes in the emergency department. Am J Emerg Med [Internet]. 2021;48:249–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2021.04.088>

AUTOR CORRESPONSAL: José Ignacio Cáceres Rozas (jocaceres@ug.uchile.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA SECUNDARIO A COTRIMOXAZOL, A PROPÓSITO DE UN CASO

CC-MU-137 | CASO CLÍNICO | MEDICINA DE URGENCIAS - DERMATOLOGÍA

Autores: Silva Bravo, C.¹; Arcos Moraga, J.¹; Hernández Cerna, D.¹; Ibarra Silva, F.¹

Tutor/es: Claudio Andrés Ñanco Meléndez²

Afiliaciones:

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

² Medico cirujano especialista en Dermatología, Hospital de Curicó, Curicó, Chile.

RESUMEN

Introducción. Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) es una emergencia dermatológica secundaria a medicamentos, caracterizada por desprendimiento de epidermis y membranas mucosas. En Chile tiene una incidencia de 0,50 casos por millón de habitantes/año y una mortalidad mundial de 14,8 - 48%.

El objetivo es presentar el caso de una paciente que presentó NET secundario a uso de cotrimoxazol (CMX).

Presentación del caso. Paciente de 31 años sin antecedentes, presenta bronquitis indicándose CMX, no utilizado previamente. Tras 10 días consulta en Urgencias del Hospital de Curicó por disnea y exantema generalizado, tratándose con corticoides en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Deteriora presentando lesiones maculopapulares generalizadas de aspecto violáceo mayor al 30% de la superficie corporal total, asociándose compromiso ocular y genital. Biopsia de piel informa dermatitis de patrón vesico-ampollar subepidérmica con extensa necrosis de queratinocitos, confirmando NET. Paciente se mantuvo estable con medidas de soporte y aislamiento estéril. Evolucionó favorablemente indicándose alta médica a 22 días de iniciado el cuadro.

Discusión y conclusiones. La paciente de este caso presentó un cuadro típico de NET probablemente secundario a CMX. El manejo otorgado obtuvo resultados favorables, debido a la detección precoz y tratamiento en UCI. Este caso representa una oportunidad para obtener experiencia local sobre una patología poco común causada por fármacos de uso frecuente.

La NET es una patología poco frecuente, con escasa literatura nacional. Dada la elevada mortalidad, se requiere alta sospecha diagnóstica para iniciar medidas terapéuticas precoces. El reconocimiento de esta patología es indispensable dado su manejo multidisciplinario y secuelas a corto y largo plazo.

Palabras claves. Combinación Trimetoprim y Sulfametoxazol, Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos, Síndrome de Stevens-Johnson.

Referencias

1. Arellano J, Álvarez D, Salinas MP, Molina I. Hospital discharges due to Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Chile from 2001 to 2015. Rev Med Chil [Internet]. 2020;148(7):915–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700915>
2. Charlton OA, Harris V, Phan K, Mewton E, Jackson C, Cooper A. Toxic epidermal necrolysis and Steven-Johnson syndrome: A comprehensive review. Adv Wound Care (New Rochelle) [Internet]. 2020;9(7):426–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/wound.2019.0977>
3. Frantz R, Huang S, Are A, Motaparathi K. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A review of diagnosis and management. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021;57(9):895. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina57090895>
4. Hasegawa A, Abe R. Recent advances in managing and understanding Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. F1000Res [Internet]. 2020;9:612. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.24748.1>

AUTOR CORRESPONSAL: Camila Silva Bravo (cbravosilva1@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

Autores: Núñez Ibáñez, A.¹; Jara Navarro, M.¹; Polit Muñoz, A.¹; Piñeiro Quizas, M.¹
Tutor/es: Juan Moisés Salazar Badell²

Afiliaciones:

¹ Interno/a de Medicina. Universidad Autónoma de Chile. Santiago, Chile.
² Médico Cirujano, Universidad del Zulia, Venezuela.

RESUMEN

Introducción. El citomegalovirus (CMV) es una infección común en la mayoría de la población, pero poco común en personas inmunocompetentes. El CMV es la causa más frecuente de infección congénita. El CMV puede causar hepatitis, que es rara en pacientes inmunocompetentes y puede cursar de forma leve o grave con falla hepática fulminante.

Presentación del caso. Paciente masculino de 37 años quien consultó al servicio de urgencias por dolor de abdomen asociado a aumento de volumen hace 1 mes. Se evidenció ictericia de piel y mucosas, abdomen con ascitis y doloroso a la palpación. Se le realizó exámenes de laboratorio donde destaca una falla renal, parámetros inflamatorios elevados y aumento de transaminasas compatible con hepatitis. Se realizó manejo de soporte y se ingresa a unidad de paciente crítico para continuar estudio. Se solicita estudio serológico el cual resultó positivo solo IgM para CMV, por lo que se inició esquema de ganciclovir endovenoso con buena respuesta. Finalmente, se tomó elastografía hepática que informa fibrosis hepática, por lo que se decide dar alta médica.

Discusión y conclusiones. En el contexto de las causas de hepatitis, considerar al CMV como agente etiológico puede resultar difícil, especialmente en casos de hepatitis graves, debido a su baja prevalencia en pacientes con inmunocompetentes. Aunque es cierto que el CMV es bastante común en la población general, es poco frecuente que cause hepatitis. Sin embargo, es importante tener en cuenta al CMV como una posible causa de hepatitis en caso de que las pruebas iniciales no detecten los agentes más comunes.

Palabras claves. Citomegalovirus, Hepatitis, Hepatitis Viral Humana.

Referencias

1. Izquierdo G, Sandoval A, Abarzúa-Camus F, Silva M, Torres JP, Yamamoto M, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y el manejo de la infección por citomegalovirus en la mujer embarazada y el recién nacido. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2022;86(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000038>
2. Bunchorntavakul C, Reddy KR. Epstein-Barr virus and Cytomegalovirus infections of the liver. Gastroenterol Clin North Am [Internet]. 2020;49(2):331–46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088985532030008X>
3. Da Cunha T, Wu GY. Cytomegalovirus hepatitis in immunocompetent and immunocompromised hosts. J Clin Transl Hepatol [Internet]. 2021 [citado el 1 de junio de 2023];9(1):106–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14218/JCTH.2020.00088>

AUTOR CORRESPONSAL: Agustín Núñez Ibáñez (anunezibanez@gmail.com)

SÍNDROME DE SUSAC PRESENTADO COMO CEFALEA EN CONTEXTO DE EMERGENCIA HIPERTENSIVA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INUSITADO. REPORTE DE CASO.

CC-MU-088 | CASO CLÍNICO | MEDICINA INTENSIVA

Autores: Araya Retamal, J. ¹; Pino Luengo, R. ¹; Vásquez Sagal, C. ¹; Villablanca Ascencio, C. ¹

Tutor/es: Bernardita Elena Ayala Contreras²

Afiliaciones:

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

² Médica Internista, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital base de Linares, Linares, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de Susac(SS) corresponde a una entidad de etiología poco clara, que podría ser una vasculitis autoinmune. Es de presentación poco frecuente, subdiagnosticada e indiferenciada. Se reporta un caso clínico presentado en el Hospital Base de Linares(HBL).

Presentación del caso. Paciente femenina, 36 años, con antecedentes de hipertensión arterial sin control; presenta precordialgia y cefalea de 3 días de evolución. Paciente ingresa con presión arterial sistólica de 260 mmHg. Se ingresa a UTI en contexto de emergencia hipertensiva.

Durante la hospitalización evolucionó con compromiso de conciencia cualitativo, se estudió con resonancia nuclear magnética(RNM) cerebral informando múltiples infartos agudos con microhemorragia cerebelosa bilateral. Se trasladó a UCI.

Estando en UCI presentó agravamiento de su condición neurológica, por lo que al octavo día de hospitalización se realizó RNM cerebral protocolo STROKE que informó microangiopatía altamente sugestiva de síndrome de SUSAC, asociada a microhemorragias supra e infratentoriales de distribución predominantemente hipertensiva. Se inició terapia con corticoides.

En su decimoprimer día de hospitalización se traslada a HBL, donde continúa en estado neurológico grave, por lo que se inició curso de 5 días de plasmaféresis, con posterior reevaluación con RNM cerebral.

Discusión y conclusiones. El SS es un síndrome autoinmune que daña células endoteliales de la microvasculatura neurosensorial, responsable de la tríada encefalopatía, pérdida de la visión y de la audición. De prevalencia desconocida, existen 400 reportes de casos aproximadamente. Supone un desafío diagnóstico por tratarse de un diferencial de descarte de distintos síndromes en variadas especialidades, siendo clave su reconocimiento para un tratamiento precoz.

Palabras claves. Enfermedades autoinmunes, Neurología, Síndrome de Susac.

Referencias

1. Marrodan M, Fiol MP, Correale J. Susac Syndrome: Challenges in the diagnosis and treatment. Brain [Internet]. 2022 [Citado el 3 de mayo de 2023];145(3):858–871. Disponible en <https://doi.org/10.1093/brain/awab476>
2. Paviolo J, Aranda A. Síndrome de Susac: Una causa poco frecuente de encefalopatía. Medicina Buenos Aires [Internet]. 2019 [Citado el 3 de mayo de 2023]; 79(3): 204-207. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1020061>
3. Ramos P, Rodríguez L, Peralta C, Montoya F. Síndrome de Susac. Caso clínico y revisión. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2018 [Citado el 3 de mayo de 2023] Jun; 78(2): 167-173. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000200167>
4. Rennebohm RM, Asdaghi N, Srivastava S, Gertner E. Guidelines for treatment of Susac Syndrome – an update. Int J Stroke [Internet]. 2020 [Citado el 3 de mayo de 2023];15(5):484–94. Disponible en <https://doi.org/10.1177/1747493017751737>

AUTOR CORRESPONSAL: Camila Villablanca Ascencio (josemiguelarayar@gmail.com)

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, SECUNDARIO A EMBOLIA SÉPTICA EN CONTEXTO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA AÓRTICA. REPORTE DE CASO.

CC-MU-091 | CASO CLÍNICO | MEDICINA INTENSIVA

Autores: Araya Retamal, J. ¹; Pino Luengo, R. ¹; Vásquez Sagal, C. ¹; Villablanca Ascencio, C. ¹

Tutor/es: Bernardita Elena Ayala Contreras²

Afiliaciones:

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

² Médica Internista, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital base de Linares, Linares, Chile.

RESUMEN

Introducción. El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es un síndrome clínico caracterizado por la interrupción abrupta del flujo sanguíneo a un área específica del cerebro. Dentro de las causas embólicas, la endocarditis infecciosa es una causa importante, poco común, con altas tasas de morbilidad y mortalidad, por lo que requiere un alto grado de sospecha y búsqueda activa.

Presentación del caso. Paciente masculino 46 años, sin antecedentes mórbidos, quien ingresó a nuestro centro en contexto de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta, se ingresó a UCI, durante hospitalización evolucionó tórpidamente y requirió de resolución quirúrgica de urgencia con paro cardiorrespiratorio recuperado. Estando en sala común, presentó compromiso de conciencia súbito asociado a shock indiferenciado, por lo que se reingresó a UCI, sedado e intubado. Tomografía computada (TC) cerebro sin contraste, sin hallazgos patológicos. Al extubar, paciente presenta hemiplejía braquiocrural izquierda, con TC de cerebro que reportaba ACV isquémico derecho de posible origen embólico. Electrocardiograma, laboratorio y examen físico no sugerentes de origen, por lo que se estudió con ecocardiograma transesofágico que reportó vegetación en válvula aórtica de 0.7 cms, estableciendo el origen embólico.

Discusión y conclusiones. La endocarditis infecciosa (EI) es la inflamación e infección del endocardio y válvulas cardíacas. Las complicaciones más frecuentes son las neurológicas, representando un 25% de los casos. El ACV es la complicación neurológica más común. El manejo específico de este cuadro debe ser evaluado caso a caso debido a que en este contexto se ha relacionado con tasas más altas de conversión hemorrágica. El diagnóstico temprano es fundamental y requiere alta sospecha clínica.

Palabras claves. Endocarditis infecciosa, Enfermedades infecciosas, Complicaciones neurológicas.

Referencias

1. Domínguez A, Jiménez J, Izaguirre V, Palacios V, Bailón A, Castañeda S, Gallardo C. Evento vascular isquémico secundario a endocarditis infecciosa. Med Int Mex [Internet]. 2015 [Citado el 3 de mayo de 2023]; 31: 203-209. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57421>
2. Sotero FD, Rosário M, Fonseca AC, Ferro JM. Neurological complications of infective endocarditis. Curr Neurol Neurosci Rep [Internet]. 2019 [Citado el 3 de mayo de 2023]; 19 (5):23. Disponible en <https://doi.org/10.1007/s11910-019-0935-x>
3. Yallowitz AW, Decker LC. Infectious endocarditis. Stat Pearls [Internet]. 2022 [Citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557641/>

AUTOR CORRESPONSAL: José Araya Retamal (josemiguelarayar@gmail.com)

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN ADULTO CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA, DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

CC-MU-099 | CASO CLÍNICO | MEDICINA INTENSIVA

Autores: Sánchez Fernández, C.¹; Osorio Segura, W.¹; Sanhueza García, M.¹

Tutor/es: Daniel Kraunik Rodríguez²

Afiliaciones:

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

² Médico Intensivista, Servicio de Unidad de Paciente Crítico, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las cardiopatías congénitas tienen mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, requiriendo seguimiento de por vida. La principal complicación es la endocarditis infecciosa, que se presenta con síntomas atípicos y en un 22% no se demuestran vegetaciones ni otros signos ecocardiográficos.

Presentación del caso. Varón de 23 años con antecedentes de atresia pulmonar, comunicación interventricular amplia, conexiones arterio-pulmonares y dilatación biventricular con disfunción sistólica leve. Consultó en urgencias con compromiso de conciencia, hipotensión y lesiones petequiales en manos. Por antecedente de cardiopatía congénita, se decidió tratar empíricamente como endocarditis infecciosa. Ingresó a unidad de cuidados intensivos donde desarrolló crisis convulsiva tónico-clónica con deterioro de estado de conciencia, requirió ventilación mecánica invasiva. Hemocultivos periféricos detectaron *Staphylococcus aureus*. Tomografía computarizada cerebral mostró hemorragia subaracnoidea frontal y hematoma parasagital derecho, impresionó embolia séptica. Angiotomografía encefálica descartó aneurismas y evidenció efecto de masa, sin indicación neuroquirúrgica. Ecocardiograma transesofágico no demostró vegetaciones, dificultoso por anatomía alterada. Se mantuvo tratamiento antibiótico con cloxacilina endovenosa y en cuidados intensivos hasta mejora de cuadro neurológico y séptico. Extubación a los 17 días, buena evolución, se trasladó a cuidados básicos.

Discusión y conclusiones. Con el progreso de la cardiología pediátrica, un número creciente de individuos con cardiopatías congénitas alcanzan la adultez. Es importante el seguimiento prolongado y un alto índice de sospecha de endocarditis infecciosa frente a cuadros infecciosos sugerentes, a pesar de la ausencia de hallazgos imagenológicos, para diagnosticar e iniciar tratamiento oportuno en unidad de cuidados intensivos, especialmente en pacientes de riesgo o con complicaciones que podría mejorar la supervivencia y evitar el daño irreversible.

Palabras claves. Cardiopatía congénita, Ecocardiografía transesofágica, Endocarditis.

Referencias

1. Loureiro-Amigo J, Fernández-Hidalgo N, Pijuan-Domènech A, Dos-Subirà L, Subirana-Domènech T, González-Alujas T, et al. Endocarditis infecciosa en adultos con cardiopatía congénita. Experiencia en un centro de referencia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2016 [citado el 4 de mayo de 2023]; 34 (10): 626–32. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-endocarditis-infecciosa-adultos-con-cardiopatia-S0213005X1600029X>
2. Cordón CF, Arévalo RP, Bermejo J, Fernández-Avilés F. Actualización en cardiopatías congénitas del adulto. *Medicine* [Internet]. 2021 [citado el 4 de mayo de 2023];13(41):2379–89. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-actualizacion-cardiopatias-congenitas-del-adulto-articulo-S0304541221002353>
3. Ruiz Bailén M., Castillo Rivera A.M., Navarro Ramírez C. Endocarditis infecciosa en Medicina Intensiva. *Med. Intensiva* [Internet]. 2012Oct [citado 2023 Mayo 04]; 36 (7): 457-459. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000700001&lng=es.

AUTOR CORRESPONSAL: Camila Sánchez Fernández (csanchez2017@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AXONAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO, CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

CC-MU-107 | CASO CLÍNICO | MEDICINA INTENSIVA

Autores: Sanhueza García, M.¹; Sánchez Fernández, C.¹; Spano Guajardo, A.¹

Tutor/es: María Alejandra Gutiérrez Poblete²

Afiliaciones:

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

² Médico Pediatra, Servicio Pediatría Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de Guillain-Barré es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda, principal causa de parálisis neuromuscular aguda, infrecuente en la infancia. La Neuropatía Motora Axonal Aguda (AMAN) es una variante infrecuente en Latinoamérica, se ha asociado con pródrómo infeccioso entérico por *Campylobacter jejuni*, característicamente no presenta alteraciones sensitivas y la afectación de pares craneales es infrecuente.

Presentación del caso. Escolar femenina de 8 años, presentó diarrea autolimitada, cinco días después ingresó a urgencias con compromiso oculomotor de tercer, cuarto y sexto par, tetraparesia flácida simétrica bilateral, con fuerza muscular M0 de extremidades superiores, extremidades inferiores M2-3 y arreflexia global. Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, por sospecha de Síndrome de Guillain-Barré, se administró inmunoglobulina. Panel gastrointestinal positivo para *Campylobacter jejuni*. Estudio de líquido cefalorraquídeo, tomografía cerebral y resonancia toracodorsal normales. Al quinto día, sin respuesta neurológica. Se trasladó a centro de mayor complejidad para plasmaféresis, completó seis sesiones. Electromiografía mostró compromiso polineuropático axonal motor severo, degeneración axonal activa y cambios neuropáticos crónicos, sin gradiente próximo distal, compatible con Síndrome de Guillain-Barré variante AMAN. Progresiva recuperación del movimiento cefálico, al mes regresó a hospital de origen. Electromiografía de control mostró reinervación. Manejo multidisciplinario en cuidados intensivos, evolucionó favorablemente, recuperando movilidad.

Discusión y conclusiones. Síndrome de Guillain-Barré variante AMAN se caracteriza por debilidad progresiva ascendente y arreflexia, se confirma con electromiografía y disociación albúmino-citológica en líquido cefalorraquídeo, puede no presentarse al inicio del cuadro. Aunque es infrecuente en la infancia, es importante su sospecha y diagnóstico precoz, pues genera invalidez transitoria, hospitalizaciones prolongadas, procedimientos costosos, discapacidad secuelar y mortalidad.

Palabras claves. Electromiografía, Neuropatía, Síndrome de Guillain-Barré.

Referencias

1. Rigo Denise de Fátima Hoffmann Ross Claudia, Hofstätter Lili Marlene, Ferreira Maria Fernanda Azevedo Pompilio Leonel. Síndrome de Guillain Barré: perfil clínico epidemiológico y asistencia de enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2023 Abr 29] ; 19 (57): 346 –389. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100011&Ing=es. Epub 16 – Mar 2020.
2. Carregal María Sol, Ameri Camila, Yarcho María, Sbruzzi Agustina, Nasif Salome, González Fernanda. Síndrome de Guillain-Barre variante axonal en pediatría: reporte de caso. *Acta Neurol Colomb.* [Internet]. 2021 Mar [citado 2023 Abr 29] ; 37(1): 24-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482021000100024&Ing=en. Epub May 06, 2021.
3. Cea Gabriel, Jara Paula, Quevedo Fernando. Características epidemiológicas del síndrome de Guillain-Barré en población chilena: estudio hospitalario en un período de 7 años. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2015 Feb [citado 2023 Mayo 05] ; 143(2): 183-189. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200005&Ing=es

AUTOR CORRESPONSAL: Macarena Sanhueza García (msanhueza2017@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

Autores: Bobadilla Crovetto , S.¹; Verdugo Morales , I.¹; Medina Quezada, R.¹; Arroyo Correa, M.²

Tutor/es: Doris Ivette Padilla Maldonado³

Afiliaciones:

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

² Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

³ Pediatra, Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Complejo Asistencial Doctor Victor Ruiz, Los Ángeles, Chile.

RESUMEN

Introducción. De todos los traumas espinales 2-3% son pediátricos y de estos 60% son cervicales, generando gran morbi-mortalidad.

Presentación del caso. Escolar, sin antecedentes mórbidos, sufrió herida por arma de fuego mientras viajaba en vehículo particular. Bala impactó en nivel geniano derecho con trayectoria por rama mandibular y salida a nivel C2-C3. Ingresó a Servicio de Urgencias en Paro Cardiorrespiratorio (PCR) requiriendo 3 ciclos de soporte vital avanzado y drogas vasoactivas para retorno de circulación espontánea. Tomografía Computarizada de cerebro reveló estallido C2-C3, fractura cervical inestable, sección medular, sin lesión de encéfalo.

En Unidad de Paciente Crítico Pediátrico ingresó con Glasgow 3, llene capilar aumentado y con Ventilación Mecánica Invasiva. Exámenes evidenciaron acidosis metabólica, elevación de lactato e insuficiencia respiratoria mixta.

Se manejó con medidas de neuroprotección y apoyo vasoactivo, logrando estabilizar parámetros hemodinámicos y ventilatorios, obteniendo mejoría clínica y evolución favorable.

Discusión y conclusiones. Existen bases fisiopatológicas sobre neuroprotección en contexto de PCR y trauma medular. Una de estas es la Hipotermia Inducida, que ha demostrado reducir el riesgo de muerte o discapacidad mayor, permitiendo disminuir con ella el riesgo de daño neurológico adicional.

La corticoterapia sistémica en trauma espinal ha demostrado reducir el daño neurológico secundario a inflamación, pero se han evidenciado importantes efectos secundarios: aumento en infección de herida, neumonía y mortalidad en 28 días. En este caso no se utilizaron corticoides porque los riesgos eran mayor que el beneficio.

El aumento de este tipo de heridas en Chile evidencia la importancia de una actualización continua y basada en evidencia sobre su mejor manejo.

Palabras claves. Heridas por Arma de Fuego, Hipotermia Inducida, Traumatismos de Médula Espinal.

Referencias

1. Benmelouka A, Shamseldin LS, Nourelden AZ, Negida A. Una revisión sobre la etiología y el manejo de las lesiones traumáticas de la médula espinal en pediatría. Adv J Emerg Med. 2020;4(2):28.
2. Shin HK, Park JH, Roh SW, Jeon SR. Metanálisis sobre el efecto de la hipotermia en la lesión aguda de la médula espinal. 1 de septiembre de 2022;19(3):748–56.
3. Liu Z, Yang Y, He L, Pang M, Luo C, Liu B, et al. Metilprednisolona en dosis altas para la lesión traumática aguda de la médula espinal: un metanálisis. Neurología. 8 de enero de 2019;93(9):E841–50.

AUTOR CORRESPONSAL: Sofía Bobadilla Crovetto (s.bobadillacrovetto@uandresbello.edu)

Autores: Manríquez Muñoz, N.¹; Baumgartner León, S.¹; Boettcher Sáez, B.¹; Pietrantonio Richter, G.¹
Tutor/es: Felipe Ignacio Guzmán Maira²

Afiliaciones:

¹ Interno/a de medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

² Médico Cirujano, Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela de Curanilahue, Curanilahue, Chile.

RESUMEN

Introducción. El hematoma subdural espinal (HSDE) es una entidad clínica muy rara y compleja, que puede generar graves secuelas neurológicas secundarias a la compresión medular si no existe un diagnóstico y tratamiento oportuno. La etiología más frecuente es idiopática, sin embargo, las coagulopatías y medicación anticoagulante se consideran una importante asociación. La relevancia del siguiente caso radica en lo poco frecuente de esta patología.

Presentación del caso. Femenina de 59 años, con antecedentes de accidente cerebro vascular, foramen oval permeable, usuaria de rivaroxabán, quien consultó por intenso dolor dorso lumbar con irradiación a hemiabdomen derecho, no asociado a traumatismo. Se realizó resonancia magnética de columna que mostró hematoma subdural subagudo dorsolumbar asociado a signos de mielopatía dorsal T9-T10. Fue evaluada por neurocirugía, definiendo manejo quirúrgico por riesgo de mielopatía compresiva. Se realizó hemilaminectomía T8-T10 con vaciamiento de gran hematoma subdural con signos de compresión medular. La paciente evolucionó favorablemente, con remisión de síntomas y sin complicaciones.

Discusión y conclusiones. El HSDE representa un diagnóstico de gran relevancia dada su potencial gravedad. Existen pocos reportes de pacientes con HSDE no traumáticos. En este caso, la etiología fue secundaria al uso de rivaroxabán.

Según lo expuesto, resulta relevante la sospecha de esta patología, especialmente en pacientes usuarios de anticoagulantes, para así lograr el diagnóstico precoz y evitar complicaciones irreversibles, como sucedió en el caso expuesto en que si se logró prevenir esto.

Palabras claves. Anticoagulantes, Compresión de la Medula Espinal, Hematoma Subdural Espinal.

Referencias

- Galante Mulki DMJ, Marin Diez DE, Castanedo Vásquez DD, Herrán De La Gala DD, Cobo Ruiz DT, Perez Del Barrio DA, Olmedo Marina DM, Berasategui Criado DA. RM Urgente De Los Hematomas Espinales Espontáneos: Claves Para El Diagnóstico Certero En La Guardia No Subespecializada. seram [Internet]. 26 de mayo de 2022 [citado 30 de abril de 2023];1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9445>
- Casallo-Quiliano Carlos, Dávila-García Dennis, Ruiz-Perea Catherine, Pineda-García Ronald. Hematoma subdural espinal no traumático. Acta méd. peruana [Internet]. 2014 Oct [citado 2023 Abr 30] ; 31(4): 240-244. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000400007&lng=es.
- Avila JA, Rivarola S, Oliveros K, Flegler N, Sernaque C, Bonardo P, Bala M, Miquelini L, Stemmelin G, Ceresetto J. Hematoma espinal secundario a punción lumbar en paciente anticoagulado con rivaroxabán. RH [Internet]. 21 de enero de 2020 [citado 30 de abril de 2023];23(3):93-6. Disponible en: <https://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/242>

AUTOR CORRESPONSAL: Nicolás Manríquez Muñoz (n.manrquezmuoz@uandresbello.edu)

TRAUMATISMO ENCÉFALO-CRANEANO EN PEDIATRÍA DE RESOLUCIÓN NEUROQUIRÚRGICA:
CUANDO LA UBICACIÓN Y LA GRAVEDAD NO SON LO QUE APARENTAN.

CC-EQ-058 | CASO CLÍNICO | NEUROCIRUGÍA

Autores: Pacheco Marmolejo, E.¹; Sotomayor Jorquera, J.¹; Salazar Zapata, D.¹

Tutor/es: Leopoldo Méndez Lazo²

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile.

² Médico Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Regional Rancagua, Rancagua, Chile.

RESUMEN

Introducción. El Traumatismo encéfalo-craneano (TEC) tiene un impacto sustancial en morbilidad y mortalidad en pacientes pediátricos. Si bien la mayoría corresponden a TEC leves, una proporción que alcanza hasta la mitad de los pacientes presentarán una lesión objetivada en neuroimagen y solo entre un 0,3-4% precisará manejo neuroquirúrgico. El presente caso trata de un escolar que sufrió un TEC inicialmente leve, cuya evolución de carácter tórpido precisó de reconsultas en Urgencias y manejo neuroquirúrgico.

Presentación del caso. Escolar de 9 años, sin antecedentes mórbidos, sufrió colisión frontal en bicicleta contra otra a alta velocidad. Ingresó al Servicio de Urgencias (SU) con dolor en región parieto-occipital izquierda sin otros síntomas. Se realizó Tomografía Computarizada (TC) de cerebro que evidenció hematoma subgaleal parietal izquierdo. Fue dado de alta. Durante las próximas horas evolucionó despertando a vomitar, decaído e inapetente. Persistió emesis la mañana siguiente, reconsultó en SU donde indicaron manejo sintomático únicamente. Al día siguiente persistió la emesis, se agregó fotopsia, mareo y debilidad en ambas piernas. Consultó nuevamente, traído por madre en brazos. Glasgow 14, sin anomalías pupilares, hemodinamia estable. TC de cerebro informó Hematoma epidural en fosa posterior izquierda. Se hospitalizó para observación y drenaje neuroquirúrgico.

Discusión y conclusiones. El TEC en pacientes pediátricos tiene particularidades fisiopatológicas a tener en cuenta. La mayoría de las hemorragias extradurales se sitúan en fosa posterior y el sangrado puede ser pesquizable incluso después de 24 horas. La localización de la lesión primaria debe alertarnos para hacer un manejo y seguimiento oportunos y reducir potenciales secuelas y la morbilidad asociada.

Palabras claves. Hematoma craneal epidural, Medicina de urgencia pediátrica, Traumatismo Craneoencefálico.

Referencias

1. Pinto PS, Meoded A, Poretti A, Tekes A, Huisman TA. Características únicas de las lesiones cerebrales traumáticas en niños. Revisión de las características del cráneo y el cerebro pediátricos, mecanismos de traumatismo, patrones de lesión, complicaciones y sus hallazgos de imagen-parte 2. J Neuroimaging. 2012 Apr;22(2):e18-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6569.2011.00690.x>
2. Lumba-Brown A, Yeates KO, Sarmiento K, et al. Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve en niños: Una revisión sistemática. JAMA Pediatr. 2018;172(11):e182847. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2847>
3. Sarmiento K, Thomas KE, Daugherty J, Waltzman D, Haarbauer-Krupa JK, Peterson AB, Haileyesus T, Breiding MJ. Visitas al departamento de emergencias por lesiones cerebrales traumáticas relacionadas con deportes y recreación entre niños - Estados Unidos, 2010-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019 Mar;68(10):237-242. Disponible en: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6810a2>
4. Huth S, Slater A, Waak M, Barlow K, Raman S. Predicción de la recuperación neurológica tras una lesión cerebral traumática en niños: Una revisión sistemática de los modelos de pronóstico. J Neurotrauma. 2020 Oct;37(20):2141-2149. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/neu.2020.7158>

AUTOR CORRESPONSAL: Edgardo Pacheco Marmolejo (edgardo.pacheco@pregrado.uoh.cl)

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: REPORTE DE UN CASO.

CC-EQ-133 | CASO CLÍNICO | NEUROCIRUGÍA

Autores: Gálvez Flores, J.¹; Rubilar Maldonado, F.² **Tutor/es:** Francisco Javier Rubilar Maldonado² **Afiliaciones:**

¹ Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

² Médico Cirujano, Residente de Neurocirugía, Universidad de Los Andes, Clínica Dávila, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La enfermedad de Moyamoya es una arteriopatía esteno-oclusiva progresiva de la porción terminal de ambas arterias carótidas internas y con formación de red de circulación colateral compensatoria. Clínicamente se presenta con síntomas de isquemia o hemorragia cerebral dependiendo de su edad de presentación. Su incidencia es mayor en mujeres y población de etnia japonesa.

Presentación del caso. Mujer de 26 años, con antecedentes familiares de enfermedad de Moyamoya, consultó al servicio de urgencias por cuadro de cefalea súbita, compromiso de conciencia y vómitos mientras realizaba ejercicio. Ingresó con Glasgow 6/15, presentando hemiparesia izquierda y mala protección de vía aérea, por lo que se intubó e inició fármacos antiepilépticos.

Estudio con AngioTac mostró hidrocefalia supratentorial con hemoventrículo cuadventricular, disminución de calibre e irregularidad hacia distal de la carótida interna y origen M1 bilaterales. Evaluado por Neurocirugía, se decidió instalar un drenaje ventricular externo.

En estudios complementarios con angiografía cerebral que observa una severa estenosis de los segmentos supraclinoideos de ambas arterias carótidas internas, con predominio a derecha, hipertrofia de lentículo estriadas y leptomeninges que reperfundan, lo que sugiere la enfermedad de Moyamoya.

Finalmente, se sometió a un bypass cerebral con el objetivo de disminuir el estrés hemodinámico determinado por su enfermedad.

Discusión y conclusiones. El caso presentado destaca la importancia de sospechar patologías vasculares, entre éstas la enfermedad de Moyamoya, en pacientes jóvenes con antecedentes familiares y síntomas neurológicos como cefalea y deterioro neurológico. El diagnóstico y manejo oportuno con neuroimágenes y cirugía de bypass cerebral es crucial para ofrecer un buen pronóstico funcional al paciente.

Palabras claves. Enfermedad de Moyamoya, Trastornos Cerebrovasculares, Revascularización Cerebral

Referencias

1. Scott RM, Smith ER. Moyamoya disease and moyamoya syndrome. N Engl J Med [Internet]. 2009 [citado el 8 de mayo de 2023];360(12):1226–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19297575/>
2. Fujimura M, Bang OY, Kim JS. Moyamoya disease. Front Neurol Neurosci [Internet]. 2016 [citado el 8 de mayo de 2023];40:204–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27960175/>
3. Yáñez P L, Paredes M M, Lapadula A M, Martínez T P, Duran H F. Enfermedad de Moyamoya, a propósito de dos casos. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2008 [citado el 8 de mayo de 2023];79(6):629–35. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000600008

AUTOR CORRESPONSAL: Joaquín Gálvez Flores (jegalvez@miuandes.cl)

MELANOMA DE COROIDES, UNA INFRECIENTE NEOPLASIA MALIGNA OCULAR COMO CAUSA DE PÉRDIDA DE LA VISIÓN, REPORTE DE UN CASO.

CC-MQ-020 | CASO CLÍNICO | OFTALMOLOGÍA

Autores: Carmona San Martín, A.¹; Lynch Bastías, E.¹; Fuentealba Villanueva, D.¹; Muñoz Cornejo, F.²

Tutor/es: Cristóbal Klein Díaz³

Afiliaciones:

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

² Alumna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³ Residente de Oftalmología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las neoplasias oculares son muy infrecuentes. De estas, los melanomas uveales son los tumores malignos intraoculares más comunes. Sus principales síntomas son fotopsias, disminución de la visión o del campo visual. La enucleación del ojo afectado es el tratamiento más común en esta patología. Presenta una incidencia de 4 casos por millón de habitantes al año por lo cual es una patología infrecuente de interés clínico dada la morbilidad asociada a su tratamiento.

Presentación del caso. Paciente femenina de 63 años, consultó por dolor ocular y pérdida de visión en ojo izquierdo de 1 año de evolución. Estudio inicial impresionó masa en cuadrante nasal. Ecografía ocular evidenció desprendimiento de retina perilesional en relación con lesión tumoral intraocular, vascularizada, sugerente de melanoma de coroides. Estudio de etapificación mostró nódulo hipermetabólico en globo ocular izquierdo, sin lesiones metastásicas. Para extraer masa tumoral se decidió realizar enucleación junto a implante orbitario. Biopsia confirmó melanoma de coroides epiteliode en cámara posterior del ojo, sin compromiso del nervio óptico. La paciente presentó buena evolución postquirúrgica, siendo dada de alta, con controles posteriores.

Discusión y conclusiones. Es importante en pacientes de edad avanzada, con síntomas crónicos oftalmológicos, sospechar procesos neoplásicos y derivar oportunamente a especialista para confirmar diagnóstico y realizar tratamiento. En este contexto, tal como se revisa en la literatura, el tratamiento corresponde a la enucleación del ojo y confirmación histológica mediante biopsia. El resultado en este caso fue de un melanoma de coroides, el cual es una neoplasia muy rara de observar.

Palabras claves. Coroides, Enucleación del ojo, Melanoma.

Referencias

1. Maheshwari A, Finger PT. Cancers of the eye. Cancer Metastasis Rev. 2018 Dec;37(4):677-690. doi: 10.1007/s10555-018-9762-9. PMID: 30203109.
2. Shields CL, Manalac J, Das C, Ferguson K, Shields JA. Choroidal melanoma: clinical features, classification, and top 10 pseudomelanomas. Curr Opin Ophthalmol. 2014 May;25(3):177-85. doi: 10.1097/ICU.000000000000041. PMID: 24614143.
3. Soliman N, Mamdouh D, Elkordi A. Choroidal Melanoma: A Mini Review. Medicines (Basel). 2023 Jan 5;10(1):11. doi: 10.3390/medicines10010011. PMID: 36662495; PMCID: PMC9863301.

AUTOR CORRESPONSAL: Andrea Carmona San Martín (totocarmona@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

PANSINUSITIS COMPLICADA CON ABSCESO ORBITARIO CAUSADO POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS EN ADOLESCENTE DE 12 AÑOS.

CC-MQ-130 | CASO CLÍNICO | OTORRINOLARINGOLOGÍA

Autores: Aguayo Puentes, C.¹; Barrientos Iribarren, A.¹; Valdivieso Erazo, E.¹; Vásquez Manosalva, D.¹

Tutor/es: Cristian Luna Clavet²

Afiliaciones:

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

² Cirujano Infantil. Cirujano en Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz, los Angeles, Chile.

RESUMEN

Introducción. La sinusitis es la inflamación de los senos paranasales debida a múltiples microorganismos. Es una patología prevalente, que gracias a su oportuno tratamiento ha disminuido sus complicaciones, que pese a ser infrecuentes, son graves. Dentro de estas, la más frecuente es la afectación de la órbita. A continuación se presenta el caso de un adolescente que desarrolla una pansinusitis complicada con un absceso orbitario.

Presentación del caso. Paciente de 12 años, con antecedentes de discapacidad mental, genopatía. Consulta a urgencias por aumento de volumen palpebral y hemicara izquierda, motilidad ocular conservada de 2 semanas de evolución. Se solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cavidades paranasales que informa: compromiso pansinusal con contenido denso asociado a proceso infeccioso, por lo que se decide hospitalizar. Se inicia tratamiento antibiótico, previo toma de hemocultivos (HC). Debido a evolución tórpida se solicita TAC de órbita el cual confirma lesión abscedada en techo de órbita, la cual se drena sin incidentes. Se rescata HC anaerobio positivo a Streptococcus intermedius sensible a ceftriaxona y clindamicina, se completa antibioticoterapia por 14 días. Paciente evoluciona favorablemente.

Discusión y conclusiones. Streptococcus intermedius es un microorganismo anaerobio, comensal de la cavidad oral y nasofaringe. Es conocida por su capacidad de formar abscesos cerebrales por contigüidad o vía hematógena a partir de infecciones de la esfera otorrinolaringológica, por lo que, en los casos en los que ocurra una evolución tórpida de la sinusitis, se debe sospechar alguna complicación teniendo en consideración este germen y complementar con TAC.

Palabras claves. Absceso Orbitario, Sinusitis complicada, Streptococcus intermedius

Referencias

1. Álvarez C, Carazo M, López A. Complicaciones intracraneales graves secundarias a infecciones por Streptococcus intermedius. Protocolos Actualizados en Pediatría [Internet]. 2020 [citado el 31 de mayo de 2023] ;1(1):42-46. Disponible en: <https://pap.es/articulo/13633/complicaciones-intracraneales-graves-secundarias-a-infecciones-por-streptococcus-intermedius>.
2. Delgado Dianarelys, García Bárbara, Díaz Alejandro, Díaz Nery. Pansinusopatía complicada. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2021 [citado el 31 de mayo de 2023]; 19(4): 690-697. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000400690&lng=es.
3. Martínez L., Albañil R., Piñeiro R., Cervera J., Baquero F. et al . Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Revista Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013 [citado el 31 de mayo de 2023]; 15(59): 203-218. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000400002>.

AUTOR CORRESPONSAL: Catalina Aguayo Puentes (aguayopuentescatalina@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

SÍNDROME DE MOBIUS, UN INFRECUENTE SÍNDROME GENÉTICO, REPORTE DE UN CASO EN EDAD PEDIÁTRICA, Y COMPLICACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS ASOCIADAS.

CC-MQ-002 | CASO CLÍNICO | OTORRINOLARINGOLOGÍA

Autores: Lynch Bastías, E. ¹; Carmona San Martín, A. ¹; Fuentealba Villanueva, D. ¹; Muñoz Cornejo, F. ²

Tutor/es: Sahba Sedaghat Najafzadeh-Tabrizi³

Afiliaciones:

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

² Alumna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³ Otorrinolaringólogo, Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de Mobius es una patología extremadamente infrecuente, y congénita, de diagnóstico clínico, caracterizada por un trastorno en los nervios craneales involucrados en el control de los músculos de la cara y ojos. Tiene una prevalencia estimada de 1 en 250.000 nacimientos vivos. Presenta asociación clínica con anormalidades orofaciales. La otitis media con efusión (OME) es una afección pediátrica frecuente, donde la instalación de tubos de ventilación es uno de sus principales tratamientos.

Presentación del caso. Paciente de sexo masculino de 4 años, sin antecedentes familiares, portador de síndrome de Mobius bilateral con estrabismo secundario. Presenta trastorno del espectro autista no comunicante. Dentro de sus antecedentes destaca parto por cesárea por sufrimiento fetal agudo, comunicación interauricular e interventricular con cierre espontáneo, laringomalacia grave y estenosis subglótica operada a los 2 meses de edad, palatoplastia primaria por fisura palatina posterior a los 2 años. Presentó cuadro de molestias en ambos oídos desde hace más de 6 meses, siendo diagnosticado con OME bilateral, con fracaso del tratamiento médico, por lo que ingresó a pabellón en enero del presente año, donde se realizó punción timpánica bilateral con aspiración, más instalación de tubo de ventilación en oído izquierdo. Evolucionó favorablemente, siendo dado de alta el mismo día, quedando con controles en servicio de otorrinolaringología.

Discusión y conclusiones. El síndrome de Mobius es una enfermedad muy poco común, donde el temprano reconocimiento de esta patología permite tener presentes las posibles complicaciones que pueda presentar el paciente. En este caso, en particular, ha presentado múltiples afecciones otorrinolaringológicas de resorte quirúrgico.

Palabras claves. Laringomalacia, Otitis media con derrame, Síndrome de Mobius.

Referencias

1. Zaidi SMH, Syed IN, Tahir U, Noor T, Choudhry MS. Moebius Syndrome: What We Know So Far. Cureus. 2023 Feb 19;15(2):e35187. doi: 10.7759/cureus.35187. PMID: 36960250; PMCID: PMC10030064
2. Picciolini O, Porro M, Cattaneo E, Castelletti S, Masera G, Mosca F, Bedeschi MF. Moebius syndrome: clinical features, diagnosis, management and early intervention. Ital J Pediatr. 2016 Jun 3;42(1):56. doi: 10.1186/s13052-016-0256-5. PMID: 27260152; PMCID: PMC4893276.
3. Simon F, Haggard M, Rosenfeld RM, Jia H, Peer S, Calmels MN, Couloigner V, Teissier N. International consensus (ICON) on management of otitis media with effusion in children. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018 Feb;135(1S):S33-S39. doi: 10.1016/j.anorl.2017.11.009. Epub 2018 Feb 3. PMID: 29398506.

AUTOR CORRESPONSAL: Eduardo Lynch Bastías (elynch208@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

MASTOIDECTOMÍA EN PACIENTE CON OTITIS MEDIA CRÓNICA COLESTEATOMATOSA COMPLICADA, CON COMPLICACIÓN DE ABSCESO CEREBRAL, REPORTE DE UN CASO.

CC-MQ-009 | CASO CLÍNICO | OTORRINOLARINGOLOGÍA

Autores: Lynch Bastías, E. ¹; Carmona San Martín, A. ¹; Fuentealba Villanueva, D. ¹; Muñoz Cornejo, F. ²

Tutor/es: Sahba Sedaghat Najafzadeh-Tabrizi³

Afiliaciones:

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

² Alumna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³ Otorrinolaringólogo, Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. La otitis media crónica es una afección común del oído, cuyos principales síntomas son otorrea y pérdida auditiva. Sus complicaciones intracraneales son infrecuentes, donde el absceso cerebral presenta una incidencia de 1 caso por millón de habitantes al año. Los objetivos de la mastoidectomía asociada a meatoplastia son erradicar la infección y reconstruir la anatomía normal del oído medio alterado, que no puede ser resuelto médicamente.

Presentación del caso. Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de episodio convulsivo en diciembre del 2022, y secreción purulenta crónica en oído derecho (OD), consultó el 1 de enero del 2023 por episodios de agitación psicomotora y compromiso de conciencia, por ello se realizó una tomografía axial computarizada de cerebro, que evidenció absceso cerebral temporal derecho, por infección secundaria a otitis media crónica (OMC), siendo este evacuado el 4 de enero. Presentó evolución favorable, siendo trasladado al servicio de otorrinolaringología para resolver su afección ótica. Es operado del OD el 13 de febrero, con hallazgos de perforación de membrana timpánica, colesteatoma en protímpano, ático y antro, cadena osicular desarticulada, y meningoencefalocèle en techo de la mastoides. Se realizó una mastoidectomía radical de canal, meatoplastia, timpanoplastia con fascia del músculo temporal y cierre del meningoencefalocèle. Buena evolución post quirúrgica, alta con controles ambulatorios.

Discusión y conclusiones. El paciente presentó un cuadro de OMC colesteatomatosa complicada, además de un absceso cerebral, la cual es una complicación rara. Operado inicialmente por neurocirugía, posteriormente por otorrinolaringología, su cirugía cumplió el objetivo de erradicar la afección y reparar la anatomía del oído afectado.

Palabras claves. Absceso Encefálico, Mastoidectomía, Otitis media, Timpanoplastia.

Referencias

1. Wallis S, Atkinson H, Coatesworth AP. Chronic otitis media. Postgrad Med. 2015 Mayo;127(4):391-5. doi: 10.1080/00325481.2015.1027133. PMID: 25913599.
2. Schilder AG, Marom T, Bhutta MF, Casselbrant ML, Coates H, Gisselsson-Solén M, Hall AJ, Marchisio P, Ruohola A, Venekamp RP, Mandel EM. Panel 7: Otitis Media: Treatment and Complications. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Abril;156(4_suppl):S88-S105. doi: 10.1177/0194599816633697. PMID: 28372534.
3. Kim BG, Kim HJ, Lee SJ, Lee E, Lee SA, Lee JD. Outcomes of Modified Canal Wall Down Mastoidectomy and Mastoid Obliteration Using Autologous Materials. Clin Exp Otorhinolaryngol. 2019 Nov;12(4):360-366. doi: 10.21053/ceo.2018.01333. Epub 2019 Febrero 1. PMID: 30700087; PMCID: PMC6787485.

AUTOR CORRESPONSAL: Eduardo Lynch Bastías (elynch208@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CC-MQ-123 | CASO CLÍNICO | OTORRINOLARINGOLOGÍA

Autores: De Amesti Fuentes, P.¹; Dueñas Cancino, L.¹; Steinsapir Meriggio, J.¹; Silva Peña, F.¹
Tutor/es: Claudio De Amesti Ceroni²

Afiliaciones:

¹ Interno/a de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrinolaringología, Clínica Reñaca, Viña del Mar, Chile.

RESUMEN

Introducción. El osteoma es una tumoración benigna de crecimiento lento. En el oído, se presenta típicamente en el canal auditivo externo, existiendo escasos reportes de osteomas comprometiendo el oído medio. Su etiología es desconocida y la mayoría de los casos son asintomáticos, diagnosticándose de forma incidental en exámenes de rutina o por imágenes. Se presentará el caso de una paciente asintomática con osteoma del oído medio, con el objetivo de discutir sobre las opciones de manejo disponibles.

Presentación del caso. Paciente de 20 años con antecedente de otitis media aguda a repetición en la infancia. En control de rutina, se observa en otoscopia una masa blanca y redondeada en el oído izquierdo, que se proyecta sobre un tímpano atrófico y atelectásico. Niega hipoacusia, tinnitus o dolor. Se completa estudio con audiometría, sin evidencia de hipoacusia, y tomografía computada que confirma la presencia de una masa de densidad ósea, sésil, de 2,5 mm de longitud, con implante en el promontorio y que contacta la membrana timpánica. Dado riesgo de perforación timpánica por atrofia y atelectasia, se realiza la exéresis quirúrgica del osteoma, sin incidentes.

Discusión y conclusiones. El osteoma en el oído medio es una condición extremadamente rara. Existe consenso en que el manejo expectante es de elección en pacientes asintomáticos, reservándose el abordaje quirúrgico para casos sintomáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas no debe ser el único elemento a evaluar. Así, es crucial considerar las características propias de la lesión (ubicación, tamaño y crecimiento), junto con las repercusiones en estructuras cercanas relevantes, como el tímpano.

Palabras claves. Oído Medio, Osteoma, Otitis Media

Referencias

1. Yoon YS, Yoon YJ, Lee EJ. Incidentally detected middle ear osteoma: two cases reports and literature review. Am J Otolaryngol [Internet]. 2014;35(4):524–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2014.03.010>
2. Molher J, Pujol EDMD, Zounon A do S, Darrouzet V, Bonnard D. Middle ear osteoma causing mixed hearing loss: A case report. J Int Adv Otol [Internet]. 2018;14(3):493–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5152/iao.2018.5265>
3. Caballero G. A, Riera T. L, Alonso B. D. Osteoma de oído medio asintomático. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2021;81(3):392–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162021000300392>
4. Park HJ, Eom TH, Cho YB, Jang CH. Osteoma of the promontory mimicking a congenital cholesteatoma. Korean J Audiol [Internet]. 2014;18(1):38–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7874/kja.2014.18.1.38>

AUTOR CORRESPONSAL: Pascal De Amesti Fuentes (pascal.deamesti@uc.cl)

SÍNDROME DE LEMIERRE: TROMBOFLEBITIS SÉPTICA COMO COMPLICACIÓN GRAVE DE UNA
PATOLOGÍA SIMPLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-142 | CASO CLÍNICO | OTORRINOLARINGOLOGÍA

Autores: Becerra Hernández, C.¹; Jara Almeyda, C.¹; Ancic Barrera, V.¹
Tutor/es: Vicencio Sánchez, D.²
Afiliaciones:
(1) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
(2) Médico Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

RESUMEN

Introducción. El síndrome de Lemierre (SL), es una complicación infrecuente de infecciones orofaríngeas, generalmente causado por *Fusobacterium necrophorum*.

Este síndrome, que se presenta posterior a una faringoamigdalitis u otitis media aguda (OMA), se caracteriza por una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna asociado a embolias pulmonares, que puede evolucionar a sepsis severa, por lo que se considera una emergencia diagnóstica y terapéutica potencialmente mortal.

Presentación del caso. Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos, en tratamiento por OMA, consultó por cuadro de 1.5 semanas de evolución de fiebre y cervicalgia. Al Ingreso se encontraba con palidez y aumento de volumen cervical derecho. Se realizó una tomografía computarizada cervical que reveló trombosis de la vena yugular interna derecha. Se diagnosticó un SL e inició terapia antibiótica empírica hasta obtener resultado de hemocultivo que fue positivo a *Staphylococcus aureus*, por lo que se ajustó a clindamicina más cloxacilina durante 12 semanas, junto con anticoagulación con dalteparina. Fue egresado con tratamiento anticoagulante oral.

Discusión y conclusiones. A pesar de ser una complicación inusual, el SL debe sospecharse en pacientes con antecedentes de infección orofaríngea u ótica reciente que presentan fiebre, cervicalgia y/o manifestaciones pulmonares. En estos casos es fundamental el diagnóstico precoz con estudio imagenológico, además de la obtención de cultivos.

El pronóstico de este cuadro dependerá del inicio de antibioticoterapia empírica, mientras que el uso de fármacos anticoagulantes sigue en discusión y la baja incidencia del SL dificulta su estudio.

Palabras claves. Síndrome de Lemierre, Tromboflebitis, Trombosis.

Referencias

- Grille P, Grasiuso L, Alborno H. Síndrome de Lemierre. Caso y Revisión de la Literatura [Internet]. Sindicato Médico del Uruguay; 2020 [citado 2023 Mayo 9]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000300233
- Ibsaine O, Aitidir K, Berrah H, Arrada Z. El Síndrome de Lemierre: Una Patología resurgente. A propósito de una observación pediátrica [Internet]. Sociedad Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello; 2016 [citado 2023 Mayo 9]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000200012
- Valerio L, Corsi G, Sebastian T, Barco S. Síndrome de Lemierre: evidencia actual y justificación del registro de trombosis, tromboflebitis y síndrome de LEmierre asociados a bacterias (BATTLE) [Internet]. Elsevier; 2020 [citado 2023 Mayo 9]. Disponible en: <https://www.thrombosisresearch.com/action/showPdf?pii=S0049-3848%2820%2930540-5>

AUTOR CORRESPONSAL: Carolina Becerra Hernández (Carolina.becerra@alumnos.uv.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

DESCRIPCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR TRAUMATISMOS DE LA RODILLA Y DE LA
PIERNA EN REGIONES DE CHILE: PERÍODO 2019 - 2022.

TI-EQ-079 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Cruces Herrera, A.¹; Fuentes Ramírez, J.¹; Jofré Seguel, F.¹; Puga González, A.¹; Rioseco Sepúlveda, I.¹; Vergara Fuentes, K.¹

Tutor/es: Ignacio Renato Gajardo Jofré²

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

² Médico Cirujano, CESFAM Lorenzo Arenas, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. La articulación de rodilla presenta una biomecánica muy compleja, y su trauma reduce la capacidad funcional de los pacientes. En Chile, los Traumatismos en la Rodilla y Pierna (TRP) representaron el 25,1% de todos los

egresos hospitalarios por Traumatismos durante el 2022. El presente trabajo buscó describir la epidemiología regional de los Egresos Hospitalarios (EH) por TRP en Chile entre los años 2019-2022.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo que determina la prevalencia de EH por TRP entre 2019 y 2022, utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Los que fueron agrupados por región, género y Rango Etario (RE), calculándose tasas anuales por cada 100.000 habitantes, a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadísticas. Para el análisis de datos se utilizó Microsoft Excel®. Al tratarse de datos públicos, no se requirió comité de ética.

Resultados. A nivel nacional, el RE con mayores tasas de EH por TRP fue de 20-44 años, con una Tasa Anual Promedio (TAP) cada 100.000 habitantes de 61,0, con predominio del sexo masculino (TAP 73,9). En la región de Aysén se registró la TAP más elevada (TAP 79,8 en RE 20-44), siendo los hombres los más afectados (TAP 56,8). Por otro lado, la región con la TAP más baja corresponde a Ñuble (TAP 4,6 en RE de 15-20).

Discusión y conclusiones. A nivel país, se identificaron diferencias en la TAP de EH por TRP, siendo el RE 20-44 el más alto, con predominio del sexo masculino. La región con mayor TAP fue Aysén, lo cual puede asociarse a su tipo de población y la relación con las principales causas de TRP (caídas, accidentes deportivos, automovilísticos, entre otros).

Entendiendo el TRP como un evento prevenible de impacto significativo en la calidad de vida del paciente, se invita a concientizar e impulsar políticas preventivas de salud para su enfrentamiento.

Palabras claves. Epidemiología, Rodilla, Traumatología.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) [Internet]. Minsal.cl. [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
2. Palacios R, Mora I. Dolor de la rodilla en atención primaria, Enfrentamiento de una lesión degenerativa de menisco [Internet]. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. 14 de agosto de 2018 [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/dolor-de-rodilla-atencion-primaria/>
3. Orrego & Morán. Ortopedia y Traumatología Básica [Internet]. Monseñor Álvaro del Portillo 12455, Santiago, Las Condes, Región Metropolitana: Universidad de los Andes; 2014. Disponible en: <https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2020/03/Ortopedia-y-Traumatologia-Basica.pdf>
4. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Cinemática y epidemiología de los traumatismos. Síntesis, Medicina Universidad de Chile [Internet]. Fecha de publicación desconocida [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-urgencias/101-revision/r-de-urgencias/1931-cinemática-y-epidemiología-de-los-traumatismos>
5. Hospital del Trabajador. Fractura de rodilla [Internet]. 2019 [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitaldeltrabajador.cl/detalle-noticia/2019/fractura-de-rodilla>

AUTOR CORRESPONSAL: Agustín Esteban Puga González (agustinpuga28@gmail.com)

CARACTERIZACIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR LUXACIÓN RECIDIVANTE DE RÓTULA EN EL PERIODO 2018-2021, EN CHILE.

TI-EQ-081 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Chávez Sagredo, M.¹; Álvarez Arcos, C.¹; Santander Olave, J.²; Sanzana Ruiz, P.¹; Cisterna Vega, J.¹

Tutor/es: Paula Aldunate González³; Enrique Rubio Muñoz.⁴

Afiliaciones:

¹ Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

² Interno de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

³ Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

⁴ Médico Cirujano, Hospital Clínico IST, Viña del Mar, Chile.

RESUMEN

Introducción. La luxación recidivante de rótula es un problema multifactorial que causa dolor y limitaciones funcionales. Frente a una luxación recurrente, la intervención quirúrgica es la opción principal, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) por luxación recidivante de rótula en el periodo 2018-2021, en Chile

Materiales y métodos. Estudio descriptivo observacional, sobre egresos hospitalarios por luxación recidivante de rótula en Chile en el periodo: 2018-2021, según sexo y grupo etario, datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, se realizó cálculo de TEH. No se requirió comité de ética.

Resultados. Durante el periodo de estudio, el año 2020 presentó la menor TEH con 1,35/100.000 habitantes; El sexo femenino presentó año a año la mayor TEH con una TEH del periodo 9,77/100.000 habitantes. Se obtuvo que la mayor TEH corresponde al grupo 15 - 19 años, con una TEH de 22,39/ 100.000 habitantes.

Discusión y conclusiones. La menor TEH durante el año 2020, podría explicarse por las medidas de restricción evidenciadas a raíz de la pandemia por COVID-19, resultando en una disminución de la actividad física, pudiendo esto llevar a una menor ocurrencia de luxación. No se reporta diferencias entre sexos en la literatura, podría explicarse el aumento de TEH en el sexo femenino, al presentar este un mayor porcentaje de hiperlaxitud, siendo un factor de riesgo. En cuanto a grupo etario, este hallazgo resulta similar a lo mencionado por bibliografías internacionales, en las que se define el grupo con mayor riesgo entre los 10 a 19 años, postulándose la inmadurez esquelética. En conclusión, este estudio contribuye a la comprensión de la epidemiología de la luxación recidivante de rótula en Chile. Se destaca la importancia de identificar los grupos de riesgo para estandarizar medidas de prevención para la población afectada.

Palabras claves. Hospitalización, Luxación de la Rótula, Traumatología.

Referencias

1. Duerr R, Chauhan A, Frank D, DeMeo P, Akhavan S. An Algorithm for Diagnosing and Treating Primary and Recurrent Patellar Instability. JBJS Rev. 2016; 4(9):e2. Doi: 10.2106/JBJS.RVW.15.00102
2. Weber, A. E., Nathani, A., Dines, J. S., Allen, A. A., Shubin-Stein, B. E., Arendt, E. A., & Bedi, A. An algorithmic approach to the management of recurrent lateral patellar dislocation. JBJS. 2016; 98(5):417-427.
3. Huntington L, Webster K, Devitt B, Scanlon J, Feller J. Factors Associated With an Increased Risk of Recurrence After a First-Time Patellar Dislocation. AJSM. 2020; 48(10):2552-2562 Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0363546519888467>
4. Parikh SN, Lykissas MG, Gkias I. Predicting Risk of Recurrent Patellar Dislocation. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. 2018; 11(2):253-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29736871/>
5. Celis-Morales Carlos, Salas-Bravo Carlos, Yáñez Aquiles, Castillo Marcelo. Inactividad física y sedentarismo. La otra cara de los efectos secundarios de la Pandemia de COVID-19. Rev. méd. Chile. 2020; 148(6):885-886. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600885>

UFRO

AUTOR CORRESPONSAL: María Gloria Chávez Sagredo (maritachavez1@gmail.com)

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR EN EL PERIODO 2018-2021 EN CHILE.

TI-EQ-082 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Ávila Rivera, R.¹; Chávez Sagredo, M.²; Rosales Bielenberg, C.²; Rodríguez Flores, J.³

Tutor/es: Paula Aldunate González⁴

Afiliaciones:

¹ Interna de medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile

² Interna de medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

³ Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

⁴ Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. La luxación acromioclavicular (LAC), afecta principalmente a hombres jóvenes atléticos. Según la gravedad, puede ser necesario hospitalizar al paciente para reparar ligamentos dañados y restaurar la estabilidad de la articulación. El tratamiento oportuno y adecuado previene complicaciones a largo plazo. El objetivo de este trabajo es estudiar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por LAC en el periodo 2018-2021 en Chile.

Materiales y métodos. Corresponde a un estudio observacional, descriptivo. Se obtuvieron datos a partir del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, sobre la cantidad de egresos hospitalarios por LAC en Chile entre los años 2018-2021, según sexo y grupo etario. Se calculó TEH. No se requirió comité de ética.

Resultados. Se observa una tendencia a la baja respecto a la TEH entre los años 2018-2020, con una TEH del periodo de estudio de 6,61/100.000 habitantes. El sexo masculino presentó la mayor TEH con 12,69/100.000 hombres. El grupo etario de 20 y 44 años presentó una TEH de 37,56 siendo la mayor TEH de todos los grupos etarios.

Discusión y conclusiones. La tendencia decreciente de la TEH entre 2018-2020, puede deberse a la pandemia COVID-19, con la suspensión de actividades deportivas y la reconversión de camas a camas respiratorias. Sexo masculino tiene mayor participación en actividades deportivas de alto riesgo asociadas a alta energía o de contacto, que involucran mayor susceptibilidad a lesiones por mecanismos de golpe directos e indirectos. Las TEH fueron más altas entre los 20 y 44 años, que corresponde al segmento más activo y expuesto a traumatismos deportivos. En conclusión se evidencia que hombres de 20 a 44 años presentan un mayor riesgo de TEH por luxación acromioclavicular, se requieren más investigaciones para comprender mejor la epidemiología y los factores de riesgo asociados con la LAC en Chile.

Palabras claves. Articulación Acromioclavicular, Hospitalización, Traumatología

Referencias

1. Nolte PC, Lacheta L, Dekker TJ, Elrick BP, Millett PJ. Optimal management of acromioclavicular dislocation: Current perspectives. Orthop Res Rev [Internet]. 2020;12:27–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ORR.S218991>
2. Bezruchenko S, Dolhopolov O, Yarova M, Luchko R, Mazevykh V. Clinical evaluation and instrumental diagnostics in acute acromioclavicular joint dislocation. Ortop Traumatol Rehabil [Internet]. 2022;24(1):1–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0015.7800>
3. Martetschläger F, Kraus N, Scheibel M, Streich J, Venjakob A, Maier D. The diagnosis and treatment of acute dislocation of the acromioclavicular joint. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2019;116(6):89–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2019.0089>
4. Zimbrón López Daniel, Reyes Sillerico Roberto, Algarín Reyes José Antonio, Sainos Sánchez Alfonso Pedro, Zimbrón Manzanilla Julio Benjamín, Saucedo Moreno Eric. Tratamiento de la luxación acromioclavicular. Comparación de tres diferentes técnicas quirúrgicas. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2018 Mar [citado 2023 Mayo 01]; 16(1): 35-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000100035&lng=es
5. Contreras J, Díaz C. Libro de resúmenes: módulo hombro y codo: U. de Chile [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - ; 2020 [citado: 2023, abril]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/184378>

AUTOR CORRESPONSAL: Rosa Stephany Ávila Rivera (rosa.avilar08@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

COMPARACIÓN DESCRIPTIVA DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR DESGARRO DE MENISCOS EN EL PERIODO 2018-2021 EN CHILE.

TI-EQ-085 | TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Gálvez Cofré, D.¹; Cabezas Portales, C.²; Saldías González, S.³; Gutiérrez Maureira, C.⁴; Villaroel Carvajal, B.⁴

Tutor/es: Paula Aldunate González⁵

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del mar, Chile.

² Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile.

³ Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

⁴ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del mar, Chile.

⁵ Médica Cirujana, Hospital del Carmen, Maipú, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las lesiones meniscales han aumentado en las últimas décadas. Actualmente, como tratamiento se prefiere la preservación y reconstrucción del menisco mediante una menisectomía artroscópica, requiriendo

hospitalización. Por lo expuesto anteriormente, el objetivo del trabajo es describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) por desgarro de meniscos en el período 2018-2021 en Chile.

Materiales y métodos. Estudio de diseño observacional, descriptivo de tipo transversal, sobre los egresos hospitalarios por desgarro de meniscos entre los años 2018-2021, en Chile (N=14.091) según sexo y grupo etario. Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Se calculó TEH. No se requirió comité de ética.

Resultados. La TEH durante el 2018-2021 fue 25,25/100.000 habitantes, la menor tasa fue el 2020 con 20,31, El sexo masculino presentó la mayor TEH en el periodo de estudio con 34,5/100.000 habitantes; 16,55/100.000 habitantes para el sexo femenino, El grupo etario con mayor TEH fue el de 45-64 años con una TEH de 39,1.

Discusión y conclusiones. Debido a la pandemia por SARS-Cov2 durante el año 2020 se restringió el uso de pabellones, disminuyendo la TEH por enfermedades no respiratorias, como lo es el desgarro meniscal. En la literatura internacional, se reporta que el sexo masculino presenta un mayor número de desgarros meniscales, esto podría explicar una mayor TEH al tener más probabilidad de requerir reparaciones quirúrgicas. La TEH en el grupo etario de 45-64 se podría explicar debido al envejecimiento meniscal y de la articulación. En conclusión, es necesario identificar a los grupos de riesgo, como los pacientes de sexo masculino de 45 a 64 años, para aplicar medidas de prevención de esta patología, debido a la falta de epidemiología chilena, se invita a continuar la realización de estudios de investigación esta patología.

Palabras claves. Hospitalización, Menisectomía, Menisco.

Referencias

1. Bhan K. Meniscal tears: Current understanding, diagnosis, and management. Cureus [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. 2020;12(6):e8590. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.8590>
2. Kontio T, Heliövaara M, Rissanen H, Knekt P, Aromaa A, Solovieva S. Risk factors for first hospitalization due to meniscal lesions - a population- based cohort study with 30 years of follow-up. BMC Musculoskelet Disord [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. 2017;18(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-017-1886-5>
3. Wilson PL, Wyatt CW, Romero J, Sabatino MJ, Ellis HB. Incidence, presentation, and treatment of pediatric and adolescent meniscal root injuries. Orthop J Sports Med [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. 2018;6(11):2325967118803888. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2325967118803888>
4. Kurzweil PR, Cannon WD, DeHaven KE. Meniscus repair and replacement. Sports Med Arthrosc [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. 2018;26(4):160–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/jsa.0000000000000224>
5. Luvsannyam E, Jain MS, Leitao AR, Maikawa N, Leitao AE. Meniscus tear: Pathology, incidence, and management. Cureus [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. 2022;14(5):e25121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.25121>
6. Ministerio de Salud. COVID-19 en Chile, Pandemia 2020-2022 [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.03_LIBRO-COVID-19-EN-CHILE-1-1.pdf
7. Ozeki N, Koga H, Sekiya I. Degenerative meniscus in knee osteoarthritis: From pathology to treatment. Life (Basel) [Internet] [citado el 29 de abril de 2023]. 2022;12(4):603. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/life12040603>

AUTOR CORRESPONSAL: Denissa Nicole Gálvez Cofré (denissa5med@gmail.com)

TRANSFERENCIA DE TRAPICIO INFERIOR EN LESIÓN IRREPARABLE DEL MANGUITO ROTADOR POSTEROSUPERIOR, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

CC-EQ-003 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Tapia Reyes, F.¹; Venegas Sanhueza, M.²; Saldivia Zaror, D.²; Vidal Rojas, C.²

Tutor/es: Pablo Torres Sanhueza³

Afiliaciones:

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

² Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³ Médico Cirujano, Residente Traumatología y Ortopedia, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las lesiones irreparables del manguito rotador postero-superior (LIMRPS) involucran a tendones supraespinoso e infraespinoso y representan un desafío terapéutico.

La transferencia de trapecio inferior (TTI) es una técnica nueva que ha tenido buenos resultados en el corto y mediano plazo. Una ventaja descrita es el adecuado acople de fuerzas, ya que mantiene un vector similar a los tendones previamente descritos, aportando una mejor biomecánica al hombro lesionado.

Presentación del caso. Masculino, 42 años, sufrió accidente automovilístico, presentó contusión de hombro izquierdo, en urgencias se descartó lesión ósea aguda y se dio de alta.

Posteriormente, es referido a policlínico de hombro doloroso y limitación de rango articular, principalmente rotación externa. Se realizó Resonancia Magnética de hombro izquierdo que evidenció desgarró completo de tendón infraespinoso con retracción grado 4 asociado a infiltración grasa y rotura parcial del tendón supraespinoso. En abril 2022 se realizó TTI combinado con autoinjerto de semitendinoso. Al momento del alta, se indica pauta de rehabilitación kinesiológica logrando buenos resultados en función articular y manejo del dolor.

Discusión y conclusiones. La TTI representa una opción prometedora para tratar pacientes con LIMRPS. Los avances en la técnica quirúrgica permiten se realice combinada con artroscopia mejorando los resultados, las ganancias funcionales tempranas y evitando complicaciones. La ventaja más descrita en la literatura es la excursión similar del vector de fuerzas al tendón infraespinoso, presentando ganancias biomecánicas. Se necesitan estudios comparativos futuros con mayor número de pacientes y seguimiento más prolongado para conocer resultados a largo plazo.

Palabras claves. Dolor de hombro, Lesiones de hombro, Manguito de los rotadores.

Referencias

1. Muench LN, Berthold DP, Kia C, Obopilwe E, Cote MP, Imhoff AB, et al. Biomechanical comparison of lower trapezius and latissimus dorsi transfer for irreparable posterosuperior rotator cuff tears using a dynamic shoulder model. J Shoulder Elbow Surg 2022;31: 2392-2401.
2. Ghoraishian M, Stone MA, Elhassan B, Abboud J, Namdari S. Techniques for lower trapezius tendon transfer for the management of irreparable posterosuperior rotator cuff tears. J Orthop 2020;22: 331-5.
3. Valenti P, Werthel JD. Lower trapezius transfer with semitendinosus tendon augmentation: Indication, technique, results. Obere Extremit 2018;13: 261-8.
4. Wagner ER, Elhassan BT. Surgical Management of Massive Irreparable Posterosuperior Rotator Cuff Tears: Arthroscopic-Assisted Lower Trapezius Transfer. Curr Rev Musculoskelet Med 2020 ;13: 592-604.

AUTOR CORRESPONSAL: Florencia Tapia Reyes (florenciatapiar@gmail.com)

Autores: Farías Vásquez, F.¹; Fernández Osses, S.¹
Tutor/es: Javier Jara Cánovas²

Afiliaciones:

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

² Médico cirujano, Residente Ortopedia y Traumatología adulto, Hospital Dr. Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las luxofracturas de talo generalmente son producto de traumatismos de alta energía. Son infrecuentes representando el 0,5% de todas las fracturas. La complicación más frecuente en fracturas de cuerpo y cuello talar es la necrosis avascular, requiriendo un diagnóstico y manejo oportuno.

Presentación del caso. Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes, sufre accidente automovilístico como piloto chocando con árbol, ingresa a reanimación donde se estabiliza. Al examen físico sin compromiso neurovascular en extremidades inferiores.

Se realiza tomografía axial computarizada de cerebro, columna, tórax, abdomen y pelvis, evidenciando fractura de pared posterior del acetábulo y luxofractura de talo bilateral con riesgo de exposición.

Ingresa a pabellón y se realiza abordaje seno del tarso e instalación de Schanz transcalcáneo para distracción, se fija con 2 agujas de Kirschner 2,5 mm calcáneo-talo-tibial adicionando 2 agujas de Kirschner 2 mm cruzadas a talo, repitiendo procedimiento en el otro pie. A los 2 meses postoperatorio se retira agujas. Desarrolla osteomielitis crónica en talo izquierdo, requiriendo múltiples aseos quirúrgicos. Evoluciona favorablemente iniciando rehabilitación motora.

Discusión y conclusiones. Los reportes de casos describen como vía de abordaje habitual la osteotomía del maléolo medial y fijación con tornillos, en el caso expuesto se realizó reducción percutánea con agujas de Kirschner, logrando resultados similares en cuanto a reducción de la fractura, sugiriendo otra alternativa de manejo para dichas lesiones.

Dada la escasa evidencia registrada de esta lesión no existe un tratamiento único. El caso abre la posibilidad de mayor investigación en los aspectos clínicos y terapéuticos, considerando complicaciones postoperatorias y su manejo.

Palabras claves. Accidentes de Tránsito, Astrágalo, Fractura-Luxación.

Referencias

1. Noia, G., Silluzio, N., Sircana, G., Maccauro, G., & Ziranu, A. (2019). Aviator's Fracture - Bilateral Fracture-Dislocation of Talus in a 29-year- old Patient: A Case Report. Malaysian orthopaedic journal, 13(3), 80–84. <https://doi.org/10.5704/MOJ.1911.015>
2. Vosoughi, A. R., Fereidooni, R., Shirzadi, S., Zomorodian, S. A., & Hoveidaei, A. H. (2021). Different patterns and characteristics of Talar injuries at two main orthopedic trauma centers in Shiraz, south of Iran. BMC musculoskeletal disorders, 22(1), 609. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04486-0>
3. Taraz-Jamshidi, M. H., Shapari, O., Shiravani, R., Moalemi, S., & Birjandinejad, A. (2013). Simultaneous bilateral fracture dislocation of the talus: a case report. Trauma monthly, 18(2), 90–94. <https://doi.org/10.5812/traumamon.11228>

AUTOR CORRESPONSAL: Felipe Farías Vásquez (f.farias01@ufromail.cl)

Autores: Farías Vásquez, F.¹; Fernández Osses, S.¹
 Tutor/es: Javier Jara Cánovas²

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
² Médico cirujano, residente en Ortopedia y Traumatología adulto, Hospital Dr. Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. La incidencia de la bursitis séptica (BS) es de 10 por cada 100.000 habitantes, y esta corresponde a la infección, generalmente por inoculación directa, de un microorganismo, lo que genera inflamación, mayor producción de líquido sinovial, hinchazón y dolor.

Presentación del caso. Paciente masculino de 77 años, con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, consulta por un cuadro de 5 días de evolución de aumento de volumen en la rodilla derecha posterior a caída de altura. Al examen físico se observan secuelas de heridas previas en la zona afectada, que se acompaña de salida de líquido hematópurulento, eritema, calor local, y sensación febril. Se hace un aspirado observando líquido hematópurulento. Se inician antibióticos e ingresa a pabellón para drenaje y aseo con 6 litros de suero fisiológico, se toman cultivos de tejido bursal superficial y profundo, identificando Staphylococcus aureus como microorganismo responsable de la infección. Posteriormente, debido a que el cuadro no mostró mejoras, se hace un segundo aseo quirúrgico, se toman cultivos nuevamente y se realiza bursectomía. En control postoperatorio se presenta en buenas condiciones generales, sin dolor espontáneo en la zona.

Discusión y conclusiones. Es necesario que todo clínico se familiarice con el cuadro de BS, que a pesar de presentar una baja incidencia, se deben pesquisar estos cuadros debido al riesgo de complicaciones como septicemia, y derivar al especialista para que realice el manejo definitivo. La mayoría de las veces el manejo es con aseo quirúrgico, pero en casos como este, cuando el cuadro persiste o empeora, es necesario hacer una intervención quirúrgica como la bursectomía.

La BS corresponde a un diagnóstico diferencial de rodilla inflamada de origen infeccioso poco frecuente, el cual es omitido por otros más comunes como la artritis séptica y la osteomielitis. La posibilidad de desarrollar complicaciones como septicemia hace que sea necesario tenerlo como alternativa.

Palabras claves. Bursitis, Infecciones, Rodilla.

Referencias

1. Brown OS, Smith TO, Parsons T, Benjamin M, Hing CB. Management of septic and aseptic prepatellar bursitis: a systematic review. Arch Orthop Trauma Surg. 2022;142(10):2445-2457. doi:10.1007/s00402-021-03853-9
 2. Khodae M. Common Superficial Bursitis. Am Fam Physician. 2017;95(4):224-231. PMID: 28290630.
 3. Sato M, Watari T. Housemaid's Knee (Prepatellar Septic Bursitis). Cureus. 2020;12(9):e10398. Published 2020 Sep 11. doi:10.7759/cureus.10398
 4. Truong J, Mabrouk A, Ashurst JV. Septic Bursitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 25, 2022. PMID: 29262131.
 5. Lormeau C, Cormier G, Sigaux J, Arvieux C, Semerano L. Management of septic bursitis. Joint Bone Spine. 2019;86(5):583-588. doi:10.1016/j.jbspin.2018.10.006

AUTOR CORRESPONSAL: Felipe Farías Vásquez (f.farias01@ufromail.cl)

REPORTE DE UN CASO: FRACTURA ACETABULAR TRANSVERSA CON COMPROMISO DE PARED POSTERIOR.

CC-EQ-049 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Farías Vásquez, F.¹; Fernández Osses, S.¹

Tutor/es: Javier Jara Cánovas²

Afiliaciones:

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

² Médico cirujano, residente en Ortopedia y Traumatología adulto, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

Introducción. La fractura acetabular (FA) es infrecuente, con una incidencia de 3 por cada 100.000 habitantes, correspondiendo entre 0,3-6% del total de fracturas del cuerpo. Pese a su atipia son de gran relevancia, dada su complejidad por su localización, estructuras adyacentes al complejo articular y compromiso funcional que genera.

Presentación del caso. Paciente masculino de 70 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, sufre caída de 3 metros de altura que ocasiona fractura de ramas púbicas derechas y es derivado con cinturón pélvico. Al examen físico con dolor pélvico difuso, se solicita una tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis. Donde se confirma la fractura de ramas púbicas derechas y se visualiza una fractura acetabular transversa izquierda con compromiso de su pared posterior. Se hospitaliza para resolución quirúrgica diferida por el equipo de cadera, quienes en un primer tiempo mediante un abordaje lateral y uno posterior logran una reducción adecuada. En postoperatorio el paciente evoluciona sin complicaciones.

Discusión y conclusiones. Las FA suelen ocurrir por traumas de alta energía y provocan lesiones graves, se asocian generalmente con artrosis postraumática, parálisis del nervio ciático, osificaciones heterotópicas y necrosis de la cabeza femoral, resulta fundamental realizar un correcto diagnóstico y manejo para evitar estas complicaciones, sin embargo, debido a la escasa información local sobre la epidemiología de la FA resulta difícil.

Actualmente, existen pocos casos reportados en la literatura nacional e internacional, se requiere mayores estudios y publicaciones respecto a la temática, con el objetivo de orientar a una correcta toma de decisiones.

Palabras claves. Acetábulo, Fractura-Luxación, Pelvis.

Referencias

1. Reyes J, Caballero J, Ganso A. Fractura-luxación de cabeza femoral asociada con fractura acetabular. Reporte de un caso. Rev Colomb Ortop Traumatol. 2015. vol. 29; 152157. DOI: 10.1016/j.rccot.2016.03.004 2.
2. Butterwick D, Papp S, Gofton W, et al. Fracturas acetabulares en ancianos. J Bone Joint Surg Am. 2015. vol. 97-A; 758-768. DOI: 10.2106/JBJS.N.01037.
3. Ali E. Fracturas acetabulares – Una revisión en su manejo. J Trauma Treat. 2015. Vol. 4; 278-282. DOI: 10.4172/2167-1222.1000278.
4. Melhem E, Riouallon G, Habboubi K, Gabbas M, Jouffroy P. Epidemiología de las fracturas pélvicas y acetabulares en Francia. Orthop Traumatol Surg Res. 2020;106(5):831-839. doi:10.1016/j.otsr.2019.11.019 8.
5. Phruetthiphat OA, Willey M, Karam MD, Gao Y, Westerlind BO, Marsh JL. Comparación de resultados y complicaciones de fracturas acetabulares aisladas y fracturas acetabulares con lesiones asociadas. J Orthop Trauma. 2017;31(1):31-36. doi:10.1097/BOT.0000000000000720.

AUTOR CORRESPONSAL: Sebastián Fernández Osses (s.fernandez09@ufromail.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

FRACTURA VERTEBRAL DESAPERCIBIDA COMO DEBUT DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTE JÓVEN.

CC-EQ-071 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Olfos Martel, B.¹; Llanos Rodriguez, C.¹; Melo Moreno, N.¹; Figueroa Araneda, V.¹

Tutor/es: Cristian Alejandro San Martin Leal²

Afiliaciones:

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

² Traumatólogo de Columna, Equipo de Columna, Hospital Traumatológico, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. El dolor lumbar es de las consultas más frecuentes en medicina, la aparición de este luego de un traumatismo hace necesario descartar cualquier tipo de fractura, sin embargo, en la radiografía algunas permanecen desapercibidas. Las fracturas osteoporóticas se presentan con menor dolor que las traumáticas y son consecuencia de mecanismos menos enérgicos, estas tampoco se suelen sospechar en pacientes jóvenes sin antecedentes ni comorbilidades. Dentro de los tratamientos de este tipo de fracturas en las vértebras nos encontramos con la artrodesis, cuyo objetivo va a ser fijar el segmento afectado dándole la estabilidad necesaria a la columna.

Presentación del caso. Paciente femenino de 36 años de edad sin antecedentes mórbidos refiere caída con contusión dorso lumbar evolucionando con dolor en dicha zona. Consulta en atención primaria donde es dada de alta, sin embargo, persiste con dolor y re consulta dos semanas después en atención secundaria, donde mediante una tomografía axial computarizada se pesquisa una fractura tipo estallido en la vértebra T12 y mediante densitometrías se diagnostica osteoporosis. Se decide realizar una artrodesis de T11 a L1. Buena evolución, con reintegro a vida normal persistiendo en control traumatológico y endocrinológico.

Discusión y conclusiones. Ante la pesquisa de una fractura vertebral no justificada por un traumatismo es importante ir a la busca de otras patologías que la puedan causar, sobre todo considerando que la columna puede ser el asentamiento de procesos metastásicos o infecciosos. La cirugía de artrodesis surge como uno de los principales ejes del tratamiento de este tipo de fracturas otorgándole estabilidad y contención a las vértebras afectadas.

Palabras claves. Artrodesis, Fracturas de la Columna Vertebral, Osteoporosis.

Referencias

1. Santos C, Donoso R, Ganga M, Eugenin O, Lira F, Santelices JP. Dolor lumbar: revisión y evidencia de tratamiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2020 [citado el 2 de mayo de 2023];31(5–6):387–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.03.008>.
2. Tanasansomboon T, Kittipibul T, Limthongkul W, Yingsakmongkol W, Kotheeranurak V, Singhatanadgige W. Thoracolumbar Burst Fracture without Neurological Deficit: Review of Controversies and Current Evidence of Treatment. World Neurosurg [Internet]. 2022 [citado el 2 de mayo de 2023]; 162:29-35. Disponible en: [doi: 10.1016/j.wneu.2022.03.061](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2022.03.061).
3. Prost S, Pesenti S, Fuentes S, Tropiano P, Blondel B. Treatment of osteoporotic vertebral fractures. Orthop Traumatol Surg Res [Internet]. 2021[citado el 2 de mayo de 2023]. 107(1S):102779. Disponible en: [doi: 10.1016/j.otsr.2020.102779](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102779).

AUTOR CORRESPONSAL: Benjamin Olfos Martel (olfos.martel@gmail.com)

CC-EQ-128 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Torres Fuica, C. ¹; Escobar Renjifo, R. ¹; Erazo Neira, J. ¹
Tutor/es: Joaquín Villagra Jara²

Afiliaciones:

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

² Residente Traumatología y Ortopedia, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. La luxación de rodilla es infrecuente, pero conlleva elevada gravedad al presentar lesión de arteria poplítea, hasta en 19% de los casos, amenazando la vitalidad de la extremidad inferior afectada, con riesgo de amputación de hasta 86% tras 8 horas de lesión, por lo que es clave realizar siempre estudio vascular para el reconocimiento precoz.

Un índice tobillo brazo (ITB) menor a 0,9 orienta a lesión vascular, confirmándose diagnóstico con angiografía por tomografía computada (angioTAC). Ante un ITB mayor se sugiere control seriado del índice y de los pulsos por 24 horas. La ausencia de pulso distal es indicación de exploración quirúrgica inmediata.

Presentación del caso. Conductor masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos, ingresó inmovilizado a urgencias tras colisión de alta energía. No presentó pérdida de conciencia ni compromiso hemodinámico. Durante la exposición destacó evidente deformidad de rodilla izquierda, sin alteración de pulso distal. Tras descarte de patologías de riesgo vital, se redujo luxación en box. AngioTAC mostró compresión de arteria poplítea por hematoma. Se controló pulsos distales cada una hora hasta realización de fijación externa (FE) transarticular en pabellón. Presentó disminución gradual de temperatura y pulso pedio izquierdo, que recuperó posterior a FE con resolución del hematoma en hospitalización, sin secuelas.

Discusión y conclusiones. Ante una luxación de rodilla siempre se debe realizar estudio vascular precoz, pues son lesiones tiempo dependiente, con riesgo de amputación elevado tras 8 horas de lesión. Herramientas claves y sin costo que el médico puede aplicar para la detección precoz son el ITB y la palpación de pulsos distales.

Palabras claves. Arteria poplítea, Lesiones vasculares, Luxación de la rodilla.

Referencias

1. Coronado G, Fernández J, Gómez S, Herrera L, Martínez L, Roldán M, Vanegas D. La lesión vascular asociada a la luxación de rodilla. Acta ortop. Mex. 2021; 35(2):226-35.
2. Sandoval R. Evaluación y manejo de urgencia de una rodilla aguda. En: Infante Calvo C, editor. Traumatología de la rodilla. Chile: Departamento de Ortopedia y Traumatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2021. p. 161-178.
3. Brú A, Estrems V, Novoa B, Ribas J. Luxaciones de rodilla: revisión de 11 casos. Rev Española de cirugía osteoarticular. 2015; 50(262):123 - 127

AUTOR CORRESPONSAL: Catalina Torres Fuica (ctorres2017@udec.cl)

TRANSFERENCIA TENDINOSA DE TIBIAL POSTERIOR COMO SOLUCIÓN A PIE EQUINO NEUROLÓGICO POR IMPACTO BALÍSTICO

CC-EQ-131 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Ogalde Bravo, J.¹; Veloso Vera, S.¹; Labraña Rosales, S.¹; Lagos Valladares, D.¹

Tutor/es: Fernando Ruiz Salinas²

Afiliaciones:

¹ Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.

² Médico Cirujano, Traumatólogo, Centro de Traumatología Sanatorio Alemán, Concepción.

RESUMEN

Introducción. La lesión del nervio peroneo común (NPC), es la lesión de nervio periférico más frecuente del miembro inferior, lo que probablemente se deba a su localización superficial a nivel del cuello del peroné. El NPC brinda inervación a la musculatura que permite la dorsiflexión del pie. Por lo que su afección conlleva a pie equino y marcha equina lo que no solo genera dificultad en la marcha, sino que está relacionado a un alto riesgo de caídas. Esta presentación tiene el objetivo de dar a conocer un caso exitoso en el tratamiento quirúrgico de un pie equino neurológico.

Presentación del caso. Paciente masculino 21 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, recibió impacto por arma de fuego en zona poplítea externa, lo que lesionó el NPC provocando un pie equino, con plejía completa de musculatura dorsiflexora, aumentando el riesgo de caída, ya que al arrastrar el pie afectado sobre el suelo este se podía trabar contra desniveles del mismo causando la caída, afectando considerablemente la calidad de vida del paciente. Fue sometido a una transferencia tendinosa del tibial posterior de forma exitosa, recuperando la capacidad de dorsiflexión.

Discusión y conclusiones. Otra alternativa de tratamiento es la reconstrucción primaria del NPC, no obstante, sus resultados tienden a ser pobres en comparación con otros nervios, probablemente por la particular organización fascicular de dicho nervio. Posicionando a la transferencia tendinosa como una buena alternativa, permitiendo a los pacientes reincorporarse a las actividades básicas de la vida diaria e incluso actividad deportiva.

Palabras claves. Herida por arma de fuego, Neuropatías Peroneas, Pie equino, Transferencia tendinosa.

Referencias

1. Di Masi G, Socolovsky M, Bonilla G, Bataglia D. Transferencia tendinosa de tibial posterior en parálisis del nervio peróneo común: ¿El fin del pie caído? Rev argent neurocir [Internet]. 2014 [citado el 4 de mayo de 2023];48–54. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998385>
2. Elsevier | Una empresa de análisis de la información | Empowering Knowledge [Internet]. Transferencia tendinosa combinada del tibial anterior y el posterior como tratamiento de la recidiva del pie equino en un paciente con antecedente de poliomiелitis. A propósito de un caso | Revista del Pie y Tobillo; [consultado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-del-pie-tobillo-366-articulo-transferencia-tendinosa-combinada-del-tibial-S169721981630043X>
3. Parra-Téllez P, Jiménez-López H, López-Gavito E, Vázquez-Escamilla J. Transposición tendinosa del tibial posterior al centro del pie en lesiones neuromusculares. Experiencia en pacientes adultos. Acta ortop. mex [revista en la Internet]. 2017 Abr [citado 2023 Mayo 03] ; 31(2): 61-66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000200061&lng=es.
4. 66. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000200061&lng=es.

AUTOR CORRESPONSAL: Jorge Ogalde Bravo (jogaldeb@gmail.com)

MANEJO CON SISTEMA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VAC) Y FIJADORES EXTERNOS PARA PRESERVACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA GRAVEMENTE LESIONADA.

CC-EQ-140 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Anconetani Burgos, F.¹; Medina Gallegos, S.¹; Ubal Olguín, A.¹; Fernández Leiva, F.¹

Tutor/es: Francisco José Carreño Brito²

Afiliaciones:

¹ Interna de Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello, Sede Concepción, Talcahuano, Chile.

² Traumatólogo de pie y tobillo, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

RESUMEN

Introducción. Las fracturas expuestas de tibia tipo IIIB de Gustilo son causadas por traumatismos de alta energía, pudiendo traducirse en lesiones críticas de partes blandas, periostio, incluyendo pérdidas óseas y compromiso neurovascular. Frecuentemente, la consolidación de la fractura y cobertura del defecto resulta difícil, debiendo valorarse alternativas conservadoras versus eventual amputación. Se expone caso con manejo conservador, con el fin de aportar una experiencia favorable.

Presentación del caso. Paciente masculino de 68 años, ingresó al servicio de urgencias, posterior a accidente de tránsito de alta energía con diagnóstico de fractura expuesta tipo III. Se ejecutó aseo quirúrgico de urgencia e instalación de fijadores externos monolaterales en ambas extremidades inferiores. En evaluación por Traumatología se constató extremidad derecha con extenso daño de partes blandas, escara en tercio medio anterior de la tibia con prolongación hacia distal sin daño neurovascular. Se realizó escarectomía amplia e instalación de Fijador externo circular tipo Ilizarov y sistema de cierre asistido al vacío (VAC), requiriendo 4 aseos quirúrgicos durante hospitalización, con desbridamiento y cambios frecuentes de VAC. Finalmente, la cobertura se logró con injerto dermoepidérmico. Se logró consolidación y retiro de fijador externo luego de 6 meses. Paciente evolucionó favorablemente, recuperó funcionalidad y movilidad de la extremidad, pudiendo caminar sin órtesis.

Discusión y conclusiones. La toma de decisiones en tratamiento de las extremidades severamente traumatizadas es difícil, debiendo decidir entre amputar o preservar la extremidad. Existen diversas escalas que categorizan según gravedad las fracturas, orientando el manejo. Sin embargo, múltiples factores influyen en el proceder en cada caso, eventualmente superando propuestas tradicionales.

Palabras claves. Fijadores Externos, Fracturas de la Tibia, Terapia de Presión Negativa para Heridas

Referencias

1. Águila-Ledesma IR, Medina-Rodríguez F, Altamirano-Gutiérrez LM, Núñez-Gómez DA, Torres-González R, Pérez-Atanasio JM. Patrón de decisión quirúrgica en la prescripción de amputaciones con escala MESS en fracturas de tibia expuesta grado III-B Gustilo-Anderson. Acta ortop. mex [revista en la Internet]. 2019 Feb [citado 8 de mayo de 2023] ; 33(1): 2-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022019000100002&lng=es.
2. Merchán-Galvis Ángela M, Concha-Sandoval JM. Sistema de presión negativa en el tratamiento de las fracturas abiertas: Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca [Internet]. 1 de junio de 2013 [citado 7 de mayo de 2023];15(2):21- Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/56>
3. Camporro-Fernández D., Ontaneda-Rubio A., Castellanos-Morán M.. Tratamiento de fracturas abiertas de tibia grado IIIB-IIIC de Gustilo con colgajos libres microvascularizados. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2015 Sep [citado 8 de mayo 2023]; 41(3): 283-293. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000300008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922015000300008>.
4. Gavilanes Pilco JJ. Fractura expuesta de tibia y peroné Gustilo III B: Reconstrucción mediante colgajo hemisóleo medial. The Ecuador Journal of Medicine [Internet]. 01 de mayo de 2022 [citado 8 de mayo de 2023];4(1):101–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46721/tejom- vol4iss1-2022-101-110>

AUTOR CORRESPONSAL: Fiorella Anconetani Burgos (f.anconetaniburgos@uandresbello.edu)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

EPIFISIOLISIS FEMORAL PROXIMAL BILATERAL COMO PRESENTACION ATIPICA DE UNA EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA, A PROPOSITO DE UN CASO

CC-EQ-147 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Toledo Boggie, P.¹; Reinicke Burgos, M.²; Acuña Arevalo, F.¹; Rudolph Oppliger, T.¹

Tutor/es: David Edison Rioseco Montecino³

Afiliaciones:

¹Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

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

³Cirujano General, Servicio de Cirugía, Hospital Mauricio Heyermann Torres, Angol, Chile.

RESUMEN

Introducción. La epifisiolisis femoral proximal se define como patología de origen no traumático que resulta del desplazamiento entre la metáfisis y la epífisis proximal del fémur, mayormente en adolescentes. La incidencia a nivel mundial oscila entre 0.2 a 10 casos cada 10000 habitantes y está asociada en más del 50% de los casos con la obesidad.

Presentación del caso. Paciente masculino de 13 años con antecedente de epifisiolisis izquierda no operada debido a artritis séptica y obesidad, que consulta en el servicio de urgencias luego de evolucionar súbitamente con impotencia funcional de la cadera derecha, dolor EVA 10/10 y claudicación tras estar manejando su bicicleta. Ingresó con la extremidad inmóvil, abducida y acortada respecto a la contralateral, sin compromiso neurovascular a distal, con dolor a la movilización pasiva y en reposo. Se tomó TAC de Pelvis el cual informó deslizamiento epifisiario derecho compatible con una epifisiolisis proximal femoral. Por ser una emergencia ortopedia se presentó a centro con capacidad resolutive donde es operado de urgencias para epifisiodesis y fijación in situ, evolucionando posteriormente de manera favorable tras su alta para continuar recuperación y controles ambulatorios.

Discusión y conclusiones. Con el aumento de la tasa de obesidad infantil, la sospecha de la epifisiolisis femoral proximal debe ser alta en los servicios de urgencia, debido a que, si no se actúa con celeridad, las consecuencias pueden derivar desde gonartrosis hasta osteonecrosis avascular. Asociado a esto, la afectación bilateral tanto sincrónica como escalonada debe siempre sospecharse, ya que en hasta un 20% de los casos se encuentra presente.

Palabras claves. Adolescente, Epifisiolisis, Obesidad

Referencias

1. González Bateca CJ. Epifisiólisis femoral proximal, una entidad desapercibida en atención primaria. Rev. Med. [Internet]. 11 de septiembre de 2020 [citado 15 de mayo de 2023];28(1). Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/4812>
2. González Díaz R. Traumatología y ortopedia, Raquis y ortopedia infantil. 1era ed. La Ciudad Condal, España: Elsevier Masson; 2022
3. Filippini J, Pagano L. Perez ME, Von Heideken J. Revista Médica del Uruguay [Internet]. Vista de Epifisiolisis de fémur proximal: resultados y calidad de vida; 2020 [consultado el 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/557/572>
4. Ducksworth A, Porter D, Ralston S. Ortopedia, Traumatología y Reumatología. 2da ed. Barcelona, España: Elsevier; 2017.

AUTOR CORRESPONSAL: Pedro Pablo Toledo Boggie (pedro.toledo@mayor.cl)

CARPECTOMIA DE FILA PROXIMAL COMO TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE KIENBÖCK, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-001 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Venegas Sanhueza, M.¹; Saldivia Zaror, D.¹; Vidal Rojas, C.¹; Tapia Reyes, F.²

Tutor/es: Pablo Francisco Torres Sanhueza³

Afiliaciones:

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

² Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

³ Médico Cirujano, Residente de Traumatología, Universidad de Concepción, Chile.

RESUMEN

Introducción. La osteonecrosis avascular del hueso semilunar o enfermedad de Kienböck (EK) es un cuadro progresivo y debilitante que genera dolor crónico y pérdida de la función.

La historia natural de la EK está mal definida y los hallazgos radiográficos no siempre se correlacionan con la clínica.

Estudios recientes revelan que la carpectomía de fila proximal (CFP) es una opción confiable para el manejo de esta enfermedad.

Presentación del caso. Paciente femenina, 33 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por dolor de muñeca izquierda, aumento de volumen y pérdida de fuerza sin asociación a traumatismos.

Se realizó resonancia nuclear magnética (RNM), que evidencia signos de EK grado II, y se indicó osteotomía de acortamiento radial. Evolucionó con empeoramiento sintomático diario y nocturno e irradiación del dolor hacia antebrazo y codo. Una nueva RNM de muñeca izquierda reveló progresión a etapa III. Tras 9 meses de la primera intervención se ejecutó exéresis ósea de primera fila del carpo sin incidentes. Evolucionó satisfactoriamente, logrando mejoría sintomática y de movilidad.

Discusión y conclusiones. La EK es una afección rara pero debilitante. La causa precisa y el tratamiento óptimo continúan inciertos. Sin embargo, una mayor atención a la evaluación de los resultados ha llevado a una mayor facilidad de toma de decisiones cuando se enfrenta este problema. El diagnóstico preciso dirige la selección del tratamiento apropiado.

Diferentes estudios a largo plazo indican que la CFP es un procedimiento que brinda adecuado control de síntomas y reestructuración funcional si se aplica de forma adecuada y al paciente correcto.

Palabras claves. Hueso Semilunar, osteonecrosis, osteotomía.

Referencias

- De Carli P, Zaidenberg E. Kienböck's disease: current concepts. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2020;85(3):26-35.
- Lichtman D, Pientkall W, Ian Bain G. Kienböck Disease: A New Algorithm for the 21st Century. J Wrist Surg. 2017;6:2–10.
- Bain G, Richard M, Bishop A, Buerger H, Rhee P. 74TH ANNUAL MEETING OF THE ASSH. Kienbock Disease: Current Concepts in Evaluation and Management. American Society for Surgery of the Hand. Las Vegas, NV; 2019.

AUTOR CORRESPONSAL: Matías Andrés Venegas Sanhueza (mvenegas2017@udec.cl)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CC-MQ-094 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Reyes Guerra, J. ¹; Ferrada Rosales, I. ¹; Salinas Castillo, M. ¹; Reyes Guerra, M. ²
Tutor/es: Manuel Guillermo Reyes Ramirez³

Afiliaciones:
¹ Interna medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
² Alumno medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.
³ Médico Traumatólogo Hospital San Juan De Dios, San Fernando, Chile.

RESUMEN

Introducción. La espondilodiscitis es una patología infecciosa que afecta a la columna vertebral. La comorbilidad más frecuentemente reportada es la diabetes mellitus I y II. El diagnóstico se realiza con la clínica, examen físico, laboratorio e imágenes. Su manejo consiste en antibioticoterapia y en algunos casos cirugía. El retraso diagnóstico y/o tratamiento inadecuado puede derivar en complicaciones graves y secuelas principalmente neurológicas.

Presentación del caso. Paciente de 34 años diabético tipo I mal controlado quien presentó cuadro de dolor lumbar intenso asociado a compromiso de estado general. Se realizó resonancia nuclear magnética (RNM) de columna que reporta protrusión desde L4 a S1 asociado a edema paravertebral, sinovitis facetaria y miositis. Una semana después consultó en servicio de urgencias donde se diagnostica sepsis generalizada de foco lumbar ingresando a Unidad de Tratamiento Intensivo. Inicia antibioticoterapia de amplio espectro por hemocultivos positivos. Evoluciona desfavorablemente, por lo que se controla con nueva RNM evidenciando colecciones paravertebrales. Paciente queda en manos del equipo de traumatología, quien en vista de imágenes solicita evaluación por neurocirugía, sin embargo, este último desestima el caso. Finalmente fue intervenido de urgencia por equipo de cirugía general drenando absceso lumbar.

Discusión y conclusiones. La espondilodiscitis es una patología de buen pronóstico cuando se tiene un tratamiento oportuno, sin embargo, un porcentaje de pacientes puede generar complicaciones y secuelas devastadoras. Es por esto que la claridad en el manejo es fundamental. En este caso, la resolución quirúrgica se vio retrasada por la descoordinación entre equipos médicos, desestimando el caso hasta llegar a una complicación mayor.

Palabras claves. Absceso, Discitis, Sepsis

Referencias

1. Mavrogenis AF, Megaloikonomos PD, Igoumenou VG, Panagopoulos GN, Giannitsioti E, Papadopoulos A, et al. Espondilodiscitis revisado. EFORT Open Rev [Internet]. 2017 [citado el 28 de abril de 2023];2(11):447–61. Disponible en: [https://eor.bioscientifica.com/configurable/content/journals\\$002feor\\$002f2\\$002f11\\$002f2058-5241.2.160062.xml?t:ac=journals%24002feor%24002f2%24002f11%24002f2058-5241.2.160062.xml](https://eor.bioscientifica.com/configurable/content/journals$002feor$002f2$002f11$002f2058-5241.2.160062.xml?t:ac=journals%24002feor%24002f2%24002f11%24002f2058-5241.2.160062.xml)
2. Soto A, Fica A, Dabanch J, Olivares F, Porte L. Espondilodiscitis: experiencia clínica en un hospital general de Chile. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2016 [citado el 28 de abril de 2023];33(3):322–30. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182016000300013
3. Marcovici A. Discitis [Internet]. Medscape. 2022 [citado el 28 de abril de 2023]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1263845-overview>
4. Peel T. Osteomielitis vertebral y discitis en adultos [Internet]. Uptodate. 2023 [citado el 28 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/vertebral-osteomyelitis-and-discitis-in-adults?search=discitis&source=search_result&selectedTitle=1~82&usage_type=default&display_rank=1

AUTOR CORRESPONSAL: Javiera Alejandra Reyes Guerra (javireyesgue@gmail.com)

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: REPORTE DE CASO DE COXOARTRITIS INDUCIDA POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS.

CC-MQ-143 | CASO CLÍNICO | TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Autores: Jara Almeyda Constanza (1), Ancic Barrera Valentina (1), Becerra Hernández Carolina (1),
Tutor/es: Becerra Simonetti Manuel
Afiliaciones:
(1) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
(2) Médico Traumatólogo, Servicio de Traumatología, Instituto Traumatólogo Dr. Teodoro Gebauer, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La tuberculosis es una infección producida por Mycobacterium tuberculosis (MT) con formas de presentación pulmonar y extrapulmonar, siendo esta última menos frecuente, pudiendo presentar compromiso pleural, renal, ganglionar y osteoarticular.

La tuberculosis osteoarticular se origina por diseminación hematógica o linfática del MT, el cual se aloja a distancia. El diagnóstico se realiza por punción con aguja fina a través de cultivo, baciloscopia y reacción en cadena de polimerasa; y si no es concluyente se realiza biopsia, que es un examen de referencia.

Presentación del caso. Paciente de 38 años con antecedente de abuso de sustancias, ingresó para estudio de coxalgia de tres años de evolución. Se realizó una radiografía de pelvis que mostró osteólisis de la cadera derecha.

Se completó el estudio, donde hubo hallazgos de tuberculosis miliar, renal y una biopsia ósea, donde se describió un proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante, confirmando tuberculosis osteoarticular.

Se inició terapia antibiótica durante seis meses normalizando parámetros inflamatorios, realizándose posteriormente artroplastia resectiva.

En 2023, tras buena evolución clínica e imagenológica, se realizó artroplastia total para lograr recuperación funcional de la extremidad, permitiendo la deambulaci3n sin ayudas técnicas ni dolor.

Discusi3n y conclusiones. Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis son infrecuentes pero desafiantes por su alta morbilidad. Dentro de ellas se encuentran las osteoarticulares, donde la coxoartritis tuberculosa representa solo un 10%, pero su clínica insidiosa e inespecífica ocasiona un diagnóstico tardío, con mayores secuelas, como destrucci3n articular, impotencia funcional y dolor crónico, resultando crucial un alto índice de sospecha.

Palabras claves. Mycobacterium tuberculosis, Osteoartritis de la Cadera, Tuberculosis Extrapulmonar.

Referencias

1. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, Una revisi3n - Scielo españa [Internet]. Scielo Espa3a; 2014 [citado 2023 Mayo 10]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n1/02_revision.pdf
2. Villafañe MF, Corti M, Palmieri O, Castro M. Tuberculosis de la cadera. Presentaci3n de un caso y revisi3n de la literatura [Internet]. Sociedad Chilena de Infectología; 2015 [citado 2023 Mayo 10]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000600015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Chaves W, Buitrago JF, Dueñas A, Bejarano JC. Acerca de la Tuberculosis Extrapulmonar [Internet]. Elsevier; 2017 [citado 2023 Mayo 10]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirugia-263-articulo-acerca-tuberculosis-extrapulmonar-S0121737217300183>
4. Amado Garz3n SB, Moreno-Mercado S, Mart3nez-Vernaza S, Lasso Apráez JI, Lasserna Estrada AF. Tuberculosis Extrapulmonar: Un reto cl3nico vigente [Internet]. Hospital Universitario San Ignacio; 2020 [citado 2023 Mayo 10]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392020000400066&script=sci_abstract&tlng=es

AUTOR CORRESPONSAL: Constanza Jara Almeyda (cjaraalmeyda@gmail.com)

CC-MQ-022 | CASO CLÍNICO | UROLOGÍA

Autores: Cuevas Cortés, J.¹; Gil Maturana, I.¹; Manríquez Benavente, C.¹; Soto Molina, A.¹

Tutor/es: Javiera Francisca Ortiz Rocquant²; Paulina Francesca Olivares Romero³

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

³ Médica Cirujana, CESFAM Hernán Urzua Merino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad hereditaria, caracterizada por la presencia de múltiples quistes renales bilaterales y afectación extrarrenal. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imágenes, siendo la ecotomografía doppler renal la más utilizada, seguida de la Tomografía Computarizada (TC) de abdomen y pelvis. Sus manifestaciones incluyen deterioro de la función renal, hipertensión arterial (HTA) secundaria, y dolor abdominal.

Se expone este caso clínico para recalcar la importancia del diagnóstico precoz de PQRAD.

Presentación del caso. Paciente femenina, 21 años, con antecedente de HTA secundaria a poliquistosis renal y resistencia a la insulina en control irregular, consultó en Atención Primaria de Salud (APS) para revisión de exámenes, destacando glicemia en ayunas de 921 mg/dL, PIELO-TC que mostró riñones aumentados de tamaño por múltiples quistes de hasta 43 mm de diámetro, y ecotomografía doppler renal bilateral que evidenció riñón derecho de 15 cm, e izquierdo de 15.9 cm en sus ejes mayores; se observaron múltiples quistes corticales renales simples bilaterales, uno a derecha de 39 mm; hallazgos compatibles con PQRAD. Se realizó educación, manejo metabólico y derivación a nefrología.

Discusión y conclusiones. La PQRAD se ha asociado a manifestaciones renales y extrarrenales, siendo importante la HTA secundaria, asociada a progresión de la enfermedad, que se presenta como una de las principales manifestaciones en el caso.

Es importante realizar un diagnóstico precoz de la PQRAD incluso a nivel de APS, el cual permitirá una derivación oportuna y manejo multidisciplinario de sus complicaciones, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras claves. Dolor abdominal, Enfermedades renales quísticas, Poliquistosis renal autosómica dominante.

Referencias

1. Torra B. Poliquistosis Renal Autosómica Dominante. Sociedad Española de Nefrología. España. 2020. Recuperado a partir de: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-poliquistosis-renal-autosomica-dominante-531>
2. Tobal D. Poliquistosis renal autosómica dominante: necesidad de diagnóstico y tratamiento oportuno. Revista Médica del Uruguay. Uruguay. 2014. 30 (3). Recuperado a partir de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000300007
3. Ars E. Documento de consenso de poliquistosis renal autosómica dominante del grupo de trabajo de enfermedades hereditarias de la Sociedad Española de Nefrología. Revisión 2020. Revista de la Sociedad Española de Nefrología. 2022. 42 (4). Páginas 363-500. Recuperado a partir de: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-consenso-poliquistosis-renal-autosomica-articulo-S0211699521002010>

AUTOR CORRESPONSAL: Julio Cuevas Cortés (julio.cuevas@mail.udp.cl)

CC-MQ-031 | CASO CLÍNICO | UROLOGÍA

Autores: Cuevas Cortés, J.¹; Gil Maturana, I.¹; Manríquez Benavente, C.¹; Soto Molina, A.¹
Tutor/es: Javiera Francisca Ortiz Rocquant²; Paulina Francesca Olivares Romero³

Afiliaciones:

¹ Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Médica Cirujana, Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile.

³ Médica Cirujana, CESFAM Hernán Urzua Merino, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna más común que afecta al sistema urinario, siendo el carcinoma urotelial el tipo histológico predominante (90%).

La clínica característica es hematuria indolora, aunque los síntomas de micción irritativa pueden ser la manifestación inicial. Aproximadamente el 90% de los cánceres de vejiga son de origen epitelial y el 5% de estos, corresponde al no urotelial.

Adenocarcinoma primario comprende menos del 2% de todos los casos de cáncer de vejiga, teniendo alta frecuencia de invasión muscular y baja sobrevida a 5 años.

Se expone la relevancia de la hematuria como signo sugerente de adenocarcinoma vesical.

Presentación del caso. Paciente femenina de 74 años, con antecedentes de adenocarcinoma de vejiga metastásico diagnosticado hace 3 años, tumor primario extirpado por resección transuretral de vejiga, actualmente quimioterapia de cuarta línea. Consulta al policlínico de urología por hematuria de 1 semana de evolución. Se hospitaliza para su estudio. Cistoscopia realizada evidencia cicatriz de lesión extirpada anteriormente, la cual se reseca y envía a biopsia diferida. Resultado es adenocarcinoma vesical y es derivada a oncología.

Discusión y conclusiones. El adenocarcinoma de vejiga es una entidad poco común dentro de los cánceres de vejiga, con un curso agresivo. La importancia del estudio de la hematuria recae en la detección oportuna de un cáncer, con el fin de ofrecer terapia precoz, dando una mejor sobrevida al paciente.

Es importante el diagnóstico precoz y reevaluación en pacientes con cáncer de vejiga, especialmente en tipos histológicos poco frecuentes, que tienden a una mayor agresividad, en este caso el adenocarcinoma.

Palabras claves. Adenocarcinoma, Cáncer de la vejiga, Hematuria.

Referencias

1. Uptodate.com. [citado el 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/non-urothelial-bladder>
2. Velarde LC, García LB, Arrija IN, Veiga MP, Espinosa JC. Cáncer de Vejiga. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021 Feb; 13(26):1441–53.
3. Horn Bengoa C, Oporto Uribe S, Villena Hidalgo JM. Apuntes de Urología, 3era edición. Villena Hidalgo, José Miguel; 2021.

AUTOR CORRESPONSAL: Ignacio Alberto Gil Maturana (ignacio.gil@mail.udp.cl)

ABSCESO CORTICAL RENAL ROTO SECUNDARIO A PIELONEFRITIS NO TRATADA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPATO RENAL POLIQUÍSTICA

CC-MQ-041 | CASO CLÍNICO | UROLOGÍA

Autores: Bravo-Iratchet Marengo, B.¹; Fuentes Candia, J.¹; Pedreros Valenzuela, C.¹; Hissi González, M.¹

Tutor/es: Christian Marcelo Morales Dinamarca²; Manuel Alejandro Pedreros Valenzuela³

Afiliaciones:

¹ Interno de Medicina, Universidad Autónoma, Santiago, Chile.

² Urólogo, Servicio de Cirugía, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.

³ Médico General de Zona, Cefam El Roble, La Pintana, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción. Los abscesos renales corresponden a infecciones supuradas que comprometen el parénquima y/o espacio perinefrítico. Se asocian a diseminación ascendente de infecciones del tracto urinario bajo y son frecuentemente asociados a patologías secundarias del riñón o estructuras adyacentes. Son infrecuentes, pero sus consecuencias pueden ser graves, incluyendo enfermedad renal crónica o nefrectomía total.

Presentación del caso. Acudió al servicio de urgencias una mujer de 31 años con antecedentes de enfermedad hepatorenal poliquística, quien inició hace un mes un cuadro de dolor lumbar de aparición insidiosa que evolucionó con dolor de intensidad severa en hipogastrio, asociado a fiebre, diaforesis y náuseas. Signos vitales con frecuencia cardíaca en 101 latidos por minuto, afebril y normotensa. Presentó proteína C reactiva en 322.3 mg/L, leucocitos en 13.100 U/L, creatinina en 1.06 y en examen de orina nitritos positivos y leucocitos 50-100 por campo. Se realizó Tomografía axial computada abdominal con contraste donde se reportó lesión quística en riñón derecho compatible con un absceso cortical renal. Las opciones de tratamiento en este caso son el drenaje quirúrgico, nefrectomía o un manejo conservador con antibióticos endovenosos. Se prefirió antibioticoterapia con Ceftriaxona endovenosa por ocho días y una dosis única de Amikacina con posterior mejoría clínica y posterior resolución del cuadro infeccioso.

Discusión y conclusiones. Entre las opciones de tratamiento la intervención quirúrgica presenta riesgos y complicaciones como hemorragias o descarga séptica. Por lo que debido a la función renal conservada se decide un manejo conservador que demostró ser igualmente efectivo, sumándose a ello la reducción de riesgos, costos y tiempo de hospitalización.

Palabras claves. Absceso renal, antibioticoterapia, tratamiento conservador

Referencias

1. Fullá O J, Storme C O, Fica C A, Varas P M A, Flores M J, Marchant G F, et al. Abscesos renales y peri-renales: análisis de 44 casos. Rev Chilena Infectol [Internet]. 2009;26(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182009000600009>
2. Rubilotta E, Balzarro M, Lacola V, Sarti A, Porcaro AB, Artibani W. Current clinical management of renal and perinephric abscesses: A literature review. Urologia [Internet]. 2014;81(3):144–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5301/urologia.5000044>
3. Yamamichi F, Shigemura K, Kitagawa K, Arakawa S, Tokimatsu I, Fujisawa M. Should we change the initial treatment of renal or retroperitoneal abscess in high risk patients? Urol Int [Internet]. 2017;98(2):222–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000454887>

AUTOR CORRESPONSAL: Bakthi Luna Bravo-Iratchet Marengo (bakthi.lumi@gmail.com)

Los autores certifican que no han recibido financiamiento externo y que no mantienen conflictos de interés que puedan influir en la ejecución de este estudio. Este trabajo se ha llevado a cabo en estricto cumplimiento con las directrices éticas internacionales y nacionales.

CARCINOMA PRIMARIO DE PRÓSTATA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MQ-109 | CASO CLÍNICO | UROLOGÍA

Autores: Poblete Burgos, C.¹; Muñoz Ramírez, C.¹; Poblete Burgos, V.¹; Held Espinoza, I.¹

Tutor/es: Ignacio Gallegos Valenzuela²

Afiliaciones:

¹ Internos de Medicina Universidad San Sebastián sede de la Patagonia, Puerto Montt, Chile.

² Médico urólogo, Servicio de Uro-oncología, Clínica Andes Salud, Puerto Montt, Chile.

RESUMEN

Introducción. El carcinoma primario prostático con células en anillo de sello (CPPCAS) es un subtipo poco frecuente de cáncer de próstata con aproximadamente 130 casos reportados a nivel mundial. Su importancia radica en su peor pronóstico y necesidad de estudios adicionales.

Presentamos a continuación un caso de CPPCAS.

Presentación del caso. Masculino, 72 años, con adenoma prostático, en tratamiento con terapia combinada. En control con antígeno prostático específico (PSA) se pesquisa aumento de PSA total. Se realizó resonancia nuclear magnética multiparamétrica prostática que concluyó nódulo prostático con 5 puntos según el Prostate Imaging Reporting And Data System (PIRADS) anterior apical derecho con signos sugerentes de extensión extra prostática y nódulo indeterminado PIRADS 3 posterior izquierdo. Biopsia cognitiva prostática informa adenocarcinoma acinar poco diferenciado Gleason 4 + 4, ISUP 4. Etapificación estándar negativa. Se realizó prostatectomía radical con linfadenectomía extendida sin incidentes.

Biopsia quirúrgica: Adenocarcinoma acinar poco diferenciado con células en anillo de sello Gleason 5+4, ISUP 5, márgenes quirúrgicos negativos, ganglios pelvianos 0/18, inmunohistoquímica altamente captante en PSA. pT2N0M0.

Control post operatorio, 100% continente y PSA a los 30 días 0.0 ng/mL.

Discusión y conclusiones. El CPPCAS es un subtipo histológico de alto grado con pobre sobrevida al mediano plazo, al momento del diagnóstico aproximadamente el 75% presenta enfermedad localmente avanzada o metástasis. No existen guías internacionales de manejo del CPPCAS.

La prostatectomía radical con linfadenectomía extendida es una opción segura y eficaz, con intención curativa en un paciente con CPPCAS sin evidencia de metástasis a distancia.

Palabras claves. Cáncer de próstata, Carcinoma de Células en Anillo de Sello, Prostatectomía.

Referencias

1. Li P, Zhou Z, Bao M, Li J, Meng X, Liu B, Tang M. Diagnosis and Management of Primary Prostatic Signet Ring Cell Carcinoma: Single-Center Experience. Am J Mens Health [Internet]. 2022 [citado el 22 de mayo de 2023];16(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15579883221087839>.
2. Warner JN, Nakamura LY, Pacelli A, Humphreys MR, Castle EP. Primary signet ring cell carcinoma of the prostate. Mayo Clin Proc [Internet]. 2010 [citado el 22 de mayo de 2023];85(12):1130-1136. Disponible en: <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0463>.
3. Sidhu S, Mohd Sharin M, Mohd Ghani K, Mohd Zainuddin S, Azizan N, Hayati F. Primary prostatic signet ring cell carcinoma in elderly with obstructive uropathy: a case report. Afr J Urol [Internet]. 2022 [citado el 22 de mayo de 2023];28(16). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12301-022-00283-w>
4. Li J, Wang Z. The pathology of unusual subtypes of prostate cancer. Chin J Cancer Res [Internet]. 2016 [citado el 22 de mayo de 2023];28(1):130-143. Disponible en: <https://doi.org/10.3978/j.issn.1000-9604.2016.01.06>.

AUTOR CORRESPONSAL: Clemente Poblete Burgos (clemente.poblete@gmail.com)