

LIBRO DE RESÚMENES JORNADA CIENTÍFICA

- CC-CIR-01** DIVERTICULITIS APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO.
- CC-MI-02** USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL CON RESERVORIO EN PACIENTE CON INFECCIONES RECURRENTE POR MICROORGANISMOS RESISTENTES, A PROPÓSITO DE UN CASO.
- CC-MI-03** TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
- CC-MI-04** INFECCIÓN POR CITROBACTER FREUNDII, UNA RARA CAUSA DE ENDOCARDITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO
- CC-MI-05** AMENORREA PRIMARIA PRODUCIDA POR SÍNDROME DE MORRIS. REPORTE DE CASO CLÍNICO.
- CC-MI-06** ESTUDIO DEL SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN CONTEXTO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, UNA DIFICULTAD DIAGNÓSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
- CC-OFT-07** ENDOFTALMITIS ENDÓGENA, COMPLICACIÓN GRAVE Y POCO FRECUENTE DE LA BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS.
- CC-ORL-08** ADENOMA PLEOMORFO DE CAVIDAD NASAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.
- CC-PSI-09** DEPRESIÓN PSICÓTICA, OTRA FORMA DE DEPRESIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO
- CC-TMT-10** FRACTURA DE LISFRANC, UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA POCO FRECUENTE.
- CC-TMT-11** OSTEOMIELITIS AGUDA DE OLÉCRANON POR ENTEROCOCCUS FAECALIS, REPORTE DE UN CASO.
- CC-URO-12** COMPLICACIONES DE METASTASIS CEREBRAL EN CANCER TESTICULAR. REPORTE DE UN CASO.

AGRADECIMIENTOS

Temuco, diciembre 2023.

Estimados participantes, colaboradores y docentes,

En nombre del Comité Organizador del **Encuentro ACUTEM** y su Jornada Científica, 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. 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 Jornada 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

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

Temuco, diciembre 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 **Jornada Científica en el contexto del Encuentro ACUTEM**, desarrollada en **modalidad presencial el día 7 de diciembre del 2023**, donde fueron presentados 13 trabajos científicos de todas las especialidades, 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 la Universidad de La Frontera.

Los reportes de caso y trabajos de investigación aceptados y presentados fueron plasmados este Libro de Resúmenes, que está publicado en nuestra página web acutem.cl, de acceso público. 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

DIVERTICULITIS APENDICULAR: REPORTE DE UN CASO.

CC-CIR-01 | Cirugía General

Juan Erasmo Torres Sanhueza¹ (j.torres22@ufromail.cl), Ignacio Alberto Olivares Leal¹, Joaquín Alejandro Cortés Flández¹, Ricardo Ignacio Carcamo Rivera¹, Dr. Andrés Aguilar Aguilera².

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

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

Introducción: La diverticulitis apendicular aguda corresponde a la inflamación de un divertículo de la pared del apéndice vermiforme. Su cuadro clínico es muy difícil de diferenciar de una apendicitis aguda clásica, con presentación clínica e imagenológica muy similar. La apendicectomía en el cuadro agudo, corresponde al manejo definitivo, donde no hay diferencia entre técnica laparoscópica o abordaje abierto.

Presentación del caso: Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes, consulta en urgencias de HHA por cuadro de dolor abdominal en mesogastrio que migra a fosa iliaca derecha de 2 días de evolución. Al examen físico, presenta abdomen sensible difuso con predominio en flanco derecho con signos de Mc Burney y Blumberg positivos. En exámenes de laboratorio destaca leucocitosis, VHS y PCR elevada. Al estudio de imagen la tomografía computarizada de abdomen y pelvis reveló signos compatibles con apendicitis aguda en evolución. Se hospitaliza para una resolución quirúrgica por apendicitis aguda. Se efectúa apendicectomía bajo protocolo estándar, sin incidentes. En el control ambulatorio se obtiene resultado anatomopatológico con apendicitis aguda ulcero-flegmonosa y diverticulitis aguda ulcero-flegmonosa.

Discusión y conclusiones: La diverticulosis apendicular es una forma poco común, pero considerable, de enfermedad apendicular que puede presentarse como apendicitis aguda y puede asociarse con un mayor riesgo de perforación y neoplasias apendiculares. Esta patología no está exenta de complicaciones, siendo la más complicada y grave la perforación, lo que aumenta la morbilidad en un 30%

Palabras clave: Apendicectomía; Apendicitis; Dolor abdominal; Diverticulitis.

Uso de catéter venoso central con reservorio en paciente con infecciones recurrentes por microorganismos resistentes, a propósito de un caso.

CC-MI-02 | Medicina Interna

Nicolás Emilio Diener Celedón¹ (ndienerceledon@gmail.com), Pablo Andrés Navarrete Ortiz¹, Nicolás Gabriel Gatica Martínez¹, Vicente Arturo Quezada Navarro¹, Martín Emanuel Sánchez Nualart¹, José Ignacio Villena Cárcamo¹, Dr. Danilo Javier Pérez González².

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

² Tutor, Médico Internista, Universidad de la Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es un trastorno genético causado por mutaciones de proteínas que alteran el transporte iónico. Las manifestaciones más comunes son las bronquiectasias e insuficiencia pancreática; incluyendo exacerbaciones pulmonares, colonización y sobreinfección por microorganismos que suelen requerir antibióticos endovenosos. Se ha demostrado utilidad de los dispositivos de acceso venoso totalmente implantables (TIVADs), también llamados catéteres con reservorio subcutáneo.

Presentación del caso: Paciente femenina, chilena de 33 años con antecedentes de FQ, insuficiencia pancreática exocrina y diabetes mellitus secundaria. Paciente presenta múltiples bronquiectasias colonizadas por *Escherichia Coli* y *Staphylococcus Aureus*, ambos multirresistentes. Por las exacerbaciones pulmonares recurrentes por sobreinfección de los microorganismos que la colonizan, debió ser hospitalizada en múltiples ocasiones para administración de antibióticos endovenosos, presentando accesos venosos periféricos deficientes. La instalación de catéteres venosos centrales (CVC) de inserción periférica fueron frustrados, por lo que se decidió la instalación de un TIVADs. La paciente actualmente lleva 16 meses en los que se ha utilizado el TIVADs de forma ambulatoria y hospitalizada sin complicaciones.

Discusión y conclusiones: Los TIVADs se han usado principalmente en la práctica oncológica para luego ampliarse al campo de la FQ. Estos pacientes suelen requerir dosis altas de antibióticos, principalmente de administración endovenosa, lo que trae dificultades y complicaciones debido a las múltiples punciones. Queremos dar a conocer que los TIVADs son una opción válida y segura para casos como éste. Las complicaciones corresponden a infecciones, oclusión del catéter o trombosis venosa profunda, pero en la escasa literatura son menores que otros CVC, tal como se observa en el caso presentado.

La FQ es una patología poco común que requiere tratamientos endovenosos en múltiples ocasiones y se hace imprescindible conocer el enfrentamiento de sus complicaciones dado su severidad. Los TIVADs han demostrado utilidad y hacen falta estudios que demuestren la relación riesgo-beneficio para ser usados de manera más extendida.

Palabras clave: Catéteres venosos centrales; Fibrosis quística; Infecciones bacterianas; Resistencia a fármacos.

TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MI-03 | Medicina Interna

Benjamín Ignacio Rodríguez Jara¹ (b.rodriguez03@ufromail.cl), Valeria Paz Navarrete González¹, Dra. Aivonlec Espinoza Contreras².

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

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

Introducción: La tuberculosis ganglionar es una presentación atípica de infección por *Mycobacterium tuberculosis* (MT). Suele presentarse en población con inmunodeficiencia. Se manifiesta clínicamente con aumento de volumen de ganglios cervicales. Las pruebas diagnósticas tienen menos rendimiento que en la tuberculosis pulmonar por ser una enfermedad con menor población bacilar.

Presentación del caso: Paciente masculino de 42 años, con antecedentes de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), con 19 años de evolución, sin terapia antirretroviral (TARV) y viajes por múltiples países. Presenta cuadro de 3 meses de tos seca y disnea progresiva, náuseas, vómitos y anorexia. Al examen físico, destaca taquipnea, fiebre, adenopatías supraclaviculares bilaterales, induradas e inmóviles. Se controlan exámenes de laboratorio, que revelan aumento de parámetros inflamatorios y linfopenia severa. Se hospitaliza para estudio. Se solicita tomografía computarizada (TC), que revela múltiples adenopatías necróticas en cuello, mediastino y retroperitoneo, múltiples nódulos pulmonares de distribución miliar, compatibles con focos de implantación secundaria o tuberculosis (TBC). Se realiza lavado broncoalveolar (LBA), donde se toma baciloscopia y reacción de polimerasa en cadena (PCR) para MT, que resultan negativas. Se realiza biopsia ganglionar y se solicita baciloscopia, PCR para MT y cultivo. Por aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica, se sospecha linfadenitis tuberculosa y se inicia tratamiento empírico antituberculoso. Posteriormente, la baciloscopia ganglionar resulta positiva para TBC. El paciente evoluciona favorablemente, sin reacciones adversas a terapia indicada, por lo que se decide su alta. Mantiene controles en policlínico de infectología, donde completa tratamiento, con resolución del cuadro inicial, por lo que se decide iniciar TARV.

Discusión y conclusiones: La tuberculosis ganglionar es un hallazgo infrecuente, representando el 13.5% de las TBC. Debe sospecharse en pacientes con infección por VIH, ya que es una condición definitoria de la etapa C. Su diagnóstico requiere de una correlación entre la imagenología y la biopsia excisional, en la que suelen observarse granulomas necrotizantes, y será definitivo por medio de la histopatología hasta en el 91% de los casos. Su tratamiento no difiere de las pautas usadas en la tuberculosis pulmonar. Es fundamental iniciar TARV oportunamente en pacientes con infección por VIH, ya que previene infecciones oportunistas graves y atípicas como la presentada.

Palabras clave: Linfadenopatía, Tuberculosis Ganglionar, Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Infección por *Citrobacter freundii*, una rara causa de endocarditis, a propósito de un caso

CC-MI-04 | Medicina Interna

Nicolás Gabriel Gatica Martínez¹ (n.gatica07@ufromail.cl), Nicolás Emilio Diener Celedón¹, Pablo Andrés Navarrete Ortiz¹, Vicente Arturo Quezada Navarro¹, Martín Emanuel Sánchez Nualart¹, José Ignacio Villena Cárcamo¹, Dra. Valentina Barends Ketels².

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

² Tutora. Urgencióloga, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una infección del endocardio que afecta a una o más válvulas cardíacas y se produce mayoritariamente por bacteriemia. *Citrobacter freundii* es un bacilo gram negativo que suele colonizar mucosa intestinal y urinaria, ocasionando infecciones usualmente en inmunocomprometidos y neonatos.

Presentación del caso: Masculino de 70 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca, endocarditis mitral tratada en 2021 (rechaza cirugía), enfermedad renal crónica en hemodiálisis e hiperparatiroidismo. Usuario de aspirina, losartan, amiodarona y atorvastatina.

Consultó en urgencias por compromiso del estado general, sensación febril e hipotensión objetivada de 10 días de evolución. Destaca subfebril (37,4 °C) y zona eritematosa en torno a catéter de hemodiálisis, sin otros hallazgos al examen físico. En laboratorio destacan leucocitos 7.610 y PCR 249, por lo que se solicita hemocultivos, en los que se aísla *Citrobacter Freundii* multisensible a las 14 horas. Se decide hospitalizar e iniciar ciprofloxacino endovenoso. Durante la hospitalización se realiza ecocardiograma transesofágico destacando: antecedentes de necrosis caseosa del anillo mitral con endocarditis mitral 2021. Persisten hallazgos y existe una nueva imagen móvil compatible con vegetación de 8 mm adherida a cara auricular del anillo mitral en su porción lateral, reflujo mitral moderado, imagen filamentososa móvil de hasta 63 mm de longitud que se proyecta desde la vena cava superior e incursiona ampliamente al interior de la aurícula derecha pudiendo corresponder a trombo y/o vegetación.

Discusión y conclusiones: *Citrobacter freundii* como causante de EI posee escasos reportes. Las infecciones severas por este patógeno generalmente ocurren en inmunocomprometidos, por lo que es llamativa la gravedad de la afectación en un inmunocompetente, sin embargo, cobra relevancia los antecedentes de daño valvular previo y comorbilidades, las cuales podrían explicar su susceptibilidad. Otro gran problema de salud pública relacionado es la resistencia antibiótica, ya que al aislarse en ambientes nosocomiales es un riesgo latente.

La endocarditis es una enfermedad largamente estudiada que requiere un acercamiento diagnóstico y terapéutico multidisciplinario. Siempre es relevante el reporte epidemiológico de los agentes infecciosos causantes, siendo escasos en el país, este caso corresponde a un acercamiento a una mayor comprensión etiológica de la EI en la región.

Palabras clave: Bacteremia, *Citrobacter freundii*, Endocarditis.

AMENORREA PRIMARIA PRODUCIDA POR SÍNDROME DE MORRIS. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

CC-MI-05 | Medicina Interna

Carla Andrea Marin Martinez¹ (c.marin06@ufromail.cl), Cristóbal Elson Rubén Muñoz Ruiz¹, Juan Carlos Mella Pinela¹, Sebastian Edmundo Luna Henriquez¹, Sebastian Ignacio Fernandez Osses¹, Dra. Karla Levil Henriquez².

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

² Tutora. Médica Cirujana, Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile.

Introducción: El síndrome de Morris o Síndrome de Insensibilidad a Andrógenos (SIA), es una alteración genética que afecta al desarrollo sexual del individuo. En concreto, la persona nace con un sexo genético masculino (XY), pero su desarrollo y apariencia física es de mujer. Por esta razón, también se dice que corresponde a un tipo de pseudohermafroditismo masculino. La etiología es una mutación genética en el cromosoma sexual X que afecta al gen AR (receptor de andrógenos), generando que no haya formación de las proteínas receptoras de andrógenos y que las hormonas sexuales masculinas no pueden llevar a cabo su función.

Presentación del caso: Paciente de 24 años con antecedentes de hermafroditismo sin tratamiento ni control en infancia, y antecedente familiar de 2 hermanas que padecen del mismo cuadro. Consultó en el 2018 por cuadro de amenorrea primaria. Se describe pubarquia y telarquia a los 14 años, genitales externos femeninos de aspecto normal, en labio mayores se palpa nódulo bilateral de 3 cm, móvil, no doloroso. Estudio hormonal en rango para su edad, cariograma con resultado 46 XY, asociado resonancia magnética y TAC de pelvis, que evidenciaba ausencia de útero, ovarios y trompas y presencia de masas de 34 mm aproximadamente, anteriores al pubis, compatibles con testículos. Se determinó que padecía síndrome de morris. Se realizó orquiectomía total bilateral, sin incidentes en el procedimiento, fue dada de alta y mantiene sus controles ambulatoriamente.

Discusión y conclusiones: Las personas con SIA poseen caracteres sexuales femeninos y se consideran como mujeres. Sin embargo, no presentan útero ni ovarios, y descubren que padecen esta alteración genética al presentar amenorrea primaria en la pubertad. El estudio requiere cariograma y evaluar la presencia de gónadas masculinas con imágenes.

No existe tratamiento para corregir el déficit de los receptores de andrógenos, pero existen intervenciones que ayudan a estas personas, como las cirugías plásticas vaginales y orquiectomía bilateral, con el objetivo de evitar el desarrollo de tumores malignos.

El Síndrome de Morris es una causa poco frecuente de amenorrea, pero debe tenerse en cuenta al evaluar los antecedentes y la historia clínica del paciente y descartar otras causas.

Palabras clave: Amenorrea primaria, Síndrome de Morris, orquiectomía bilateral.

ESTUDIO DEL SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN CONTEXTO DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, UNA DIFICULTAD DIAGNÓSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-MI-06 | Medicina Interna

Mariana Paz Matamoros Zapata¹, Javiera Belén Matamoros Zapata², María Carolina Mansilla Yáñez¹, Diego Emilio García Derpich¹, Lucas Daniel Bascur Moenen-Lozoz² (l.bascur02@ufromail.cl), Matías Bastián Obreque Alvarado², Felipe Andrés Bravo Bravo³.

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

² Estudiante de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

³ Tutor. Infectólogo, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SHF) corresponde a una activación inmune exagerada con destrucción tisular ante un desencadenante infeccioso, reumatológico, metabólico o neoplásico, que por su severidad puede ser potencialmente mortal.

Presentación del caso: Paciente masculino 19 años, con hospitalización reciente por sospecha de mononucleosis infecciosa en contexto de cuadro febril intermitente hasta 40°C de 1 mes de evolución, con compromiso del estado general, poliartalgias, exantemas maculopapulares pruriginosos en torso y linfonodos cervicales reactivos.

Al persistir la clínica tras el alta, se hospitaliza en Hospital San Juan de Dios por fiebre de origen desconocido. En exámenes complementarios destaca linfopenia, trombocitopenia leve y anemia normo-normo severa, parámetros inflamatorios elevados, hiperbilirrubinemia directa, hiperferritinemia e hipertrigliceridemia. TC CTAP destaca esplenomegalia. Por fiebre persistente y pancitopenia progresiva, se realiza mielograma que evidencia hemofagocitosis en médula ósea. En estudio etiológico destaca serología CMV IgG (+), IgM (-), VHB, VHC y VIH (-), perfil reumatológico y microbiológico negativo, entre otros, y PET-CT no concluyente. Se inicia dexametasona e inmunoglobulina a dosis estándar. Con mejoría paulatina al tratamiento, se decide alta con control ambulatorio.

Discusión y conclusiones: Cuadro compatible con SHF diagnosticado con 5 de sus 8 criterios clínico-laboratorios; fiebre mayor a 38,5°C, esplenomegalia, bicitopenia, hipertigliceremia/hiperferritinemia y hemafagocitosis en mielograma.

Este síndrome es poco frecuente, con predominio en lactantes, pero posible de diagnosticar a toda edad. En adultos predomina la causa secundaria, por lo que destaca el estudio etiológico negativo.

En Chile no hay una incidencia conocida para esta enfermedad y la información publicada se basa en reportes de casos. La mortalidad global es del 95% sin tratamiento, asociada a falla multiorgánica, que disminuye con un manejo temprano y oportuno.

Por tanto, es importante un alto índice de sospecha ante la triada de fiebre, citopenias y elevación de ferritinemia.

Palabras clave: Fiebre, Pancitopenia, Síndrome hemofagocítico.

ENDOFTALMITIS ENDÓGENA, COMPLICACIÓN GRAVE Y POCO FRECUENTE DE LA BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS.

CC-OFT-07 | Oftalmología

Vicente Arturo Quezada Navarro¹ (v.quezada06@ufromail.cl), Felipe Ignacio Pérez González¹, Juan Carlos Mella Pinela¹, Diego Andres Herrera Suárez¹, Nicolas Gabriel Gatica Martinez¹, Javiera Valentina Sandoval Arriagada¹, Gabriel Ignacio Roa Vargas².

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

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

Introducción: La endoftalmitis endógena es una infección intraocular grave de poca frecuencia que ocurre por una diseminación hematógena de un foco infeccioso extraocular, siendo los agentes causales hongos y bacterias gram negativas y positivas.

Presentación del caso: Mujer 75 años, diabetes mellitus, con enfermedad 3 vasos e insuficiencia mitral severa de resorte quirúrgico se hospitaliza para cirugía. Inicia picos febriles, evoluciona con celulitis brazo derecho, hemocultivos pesquisan bacteriemia por *S. aureus*. Asociado a esto cuadro de dolor ocular, entopsias, disminución agudeza visual bilateral. Evaluada por oftalmología, se diagnostica endoftalmitis bilateral e inicia vancomicina/ceftazidima intravítrea y cloxacilina EV. Ecocardiograma transesofágico descarta endocarditis. Paciente evoluciona con mejoría clínica y recuperación de agudeza visual. En seguimiento por oftalmología, evoluciona con una complicación de su patología cardíaca de base, falleciendo en los días posteriores.

Discusión y conclusiones: Es una patología de diagnóstico tardío, siendo grave por su compromiso ocular donde puede llegar a la ceguera del paciente. Son 2-8% de todas las endoftalmitis y 25% son bilaterales, se asocia con *S. aureus* en sangre en 0,05%, asociado a factores de riesgo como Diabetes mellitus e inmunodeficiencias, hospitalizaciones prolongadas, intervenciones quirúrgicas o catéteres y que presenten focos infecciones en piel, tracto urinario, endocarditis, meningitis, neumonía, abscesos hepáticos y catéter intravascular. Es importante su rápida sospecha ante síntomas oculares y pruebas de evidente infección sistémica siendo el hemocultivo positivo en el 71% de los casos juntos a los síntomas sistémicos, para evitar las alteraciones anatómicas del globo ocular y de la visión.

Palabras clave: Endoftalmitis, Bacteriemia, Celulitis.

ADENOMA PLEOMORFO DE CAVIDAD NASAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CC-ORL-08 | Otorrinolaringología

Benjamín Ignacio Rodríguez Jara¹ (b.rodriguez03@ufromail.cl), Macarena Ignacia Oñate Dal Santo¹, Miguel Henriquez Alarcón².

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

² Tutor. Médico Otorrinolaringólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: Los tumores en fosas nasales pueden ser tanto benignos como malignos, siendo los primeros los más prevalentes con un 82%. Entre los tumores benignos de cavidad nasal, los tumores de glándulas salivales son un hallazgo excepcional, de estos, el más común es el adenoma pleomorfo (AP), pero solo un 0.4% se encuentra en la cavidad nasosinusal.

Presentación del caso: Paciente femenina de 38 años, sin antecedentes de importancia, presenta desde hace seis años obstrucción nasal y epistaxis. Tras consultar en policlínico de especialidad, se evidencia al examen físico tumoración de superficie lisa hipervascularizada y obstructiva en fosa nasal derecha. Se solicita tomografía computarizada, que objetiva la presencia de una masa sólida bien delimitada, expansiva, que desplaza el tabique nasal hacia contralateral, con pérdida de continuidad del tabique óseo. Se complementa estudio con resonancia nuclear magnética (RNM), que revela compromiso de cornetes nasales medio e inferior derecho, celdillas etmoidales y realce al contraste. Posteriormente, se realiza una biopsia incisional por nasofibroscopia, no concluyente histológicamente, pero que en su informe inmunohistoquímico señala posible origen benigno mioepitelial. Finalmente se ejecuta una resección local endoscópica, que en su biopsia excisional concluye que la lesión corresponde a una proliferación mioepitelial con elementos ductales, focos de matriz mixoide e inmunohistoquímica compatible con AP. En controles postoperatorios la paciente evoluciona sin recidiva.

Discusión y conclusiones: Dentro del diagnóstico diferencial de los tumores nasosinuales, hay escasas series de casos que reportan AP en esta ubicación. La mayoría afecta a mujeres, con una edad media al diagnóstico de 45 años. Para poder diferenciarlo de otras etiologías de tumores nasosinuales, es fundamental realizar RNM y biopsia, ya que esta última permite realizar el diagnóstico definitivo a través de la detección de patrones anatomopatológicos y marcadores inmunohistoquímicos específicos, como la proteína ácida fibrilar glial. Por otro lado, siempre debe realizarse cirugía con márgenes negativos, ya que hasta un 6% de estos tumores presenta transformación maligna. En conclusión, a pesar de su baja frecuencia, el AP es una entidad a considerar dentro del diagnóstico diferencial de la patología nasosinusal, sobre todo en pacientes con perfil epidemiológico compatible; dado su riesgo de malignización.

Palabras clave: Adenoma pleomórfico, Cavidad nasal, Tumor.

Depresión psicótica, otra forma de depresión, a propósito de un caso

CC-PSI-09 | Psiquiatría

José Ignacio Villena Cárcamo¹ (josetheboss1998@gmail.com), Nicolás Emilio Diener Celedón¹, Pablo Andrés Navarrete Ortiz¹, Nicolás Gabriel Gatica Martínez¹, Vicente Arturo Quezada Navarro¹, Felipe Ignacio Pérez González¹, Gonzalo Salinas Arraño².

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

² Tutor. Médico Cirujano, EDF, Hospital Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes, Chile.

Introducción: La depresión es una patología de alta frecuencia tanto a nivel nacional como internacional, según cifras de la OMS afecta al 3.8% población mundial, mientras que en Chile según informes del ministerio de salud 6.2% de las personas sufren esta patología y un 15.8% estaría bajo sospecha de esta. Una complicación poco frecuente es la psicosis y consecuentemente el Sd. de Cotard, que se caracteriza por pensamiento de mortalidad y sufrir putrefacción o ausencia de órganos

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 66 años con antecedentes de episodio depresivo mayor, Hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 insulinorequiriente (DM2IR), Fibromialgia, Artrosis. Usuaria de Venlafaxina, pregabalina, amitriptilina, clonazepam y fármacos crónicos. Es derivada desde APS a Psiquiatría en contexto de episodio depresivo grave con ideas delirantes acerca de *creer estar muerta*, refiriendo ausencia de intestino, razón por la cual presenta ausencia de deposiciones desde hace 1 año, previamente paciente con diversos esquemas terapéuticos, con escasa respuesta. Evaluada por psiquiatra en marzo de 2023, quien decide suspender amitriptilina y venlafaxina, e inicia duloxetine con risperidona además de hospitalización. En los sucesivos controles se evidencia estabilización de paciente, quien refirió sentirse algo mejor, evidenciando encapsulamiento de ideas delirantes

Discusión y conclusiones: La depresión psicótica es una patología rara, que altera la funcionalidad y la calidad de vida del paciente, 40% son institucionalizados a permanencia, empleando consecuentemente gran cantidad de recursos (30% de fondos a nivel nacional para salud mental). Su pesquisa precoz es necesaria para su correcto manejo el cual suele tener buena respuesta por parte de los pacientes (72% responden).

Tal como se presenta en el caso la pronta derivación y tratamiento repercute positivamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Los trastornos anímicos son frecuentes en la población chilena. Dentro de ellas se encuentra la depresión, pese a que el Sd. de Cotard es de baja frecuencia su manejo y conocimiento de cuándo derivar son primordiales para el médico general.

Palabras clave: Depresión, trastorno psicótico, antidepresivo.

FRACTURA DE LISFRANC, UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA POCO FRECUENTE.

CC-TMT-10 | Traumatología y Ortopedia

Bastián Ignacio Madrid Cifuentes¹ (b.madrid01@ufromail.cl), Ana Carolina Henríquez Lopes de Araújo¹, Juan Carlos Mella Pinela¹, Sebastián Edmundo Luna Henríquez¹, Jean Pierre Coloma Silva¹, Claudia Fernanda Gomez Romero¹, Juan Pablo Sandoval Briones².

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

² Tutor. Traumatólogo Universidad de La Frontera, Hospital Interculturas de Nueva Imperial.

Introducción: La fractura de Lisfranc ocurre en la parte media del pie que interrumpe una o más articulaciones tarsometatarsianas. Corresponde alrededor del 0,2% de las fracturas. El mecanismo habitual es por golpe directo o fuerza de torsión indirecta del pie en flexión plantar como ocurre en accidentes deportivos o atropellos. El tratamiento es quirúrgico. Es relevante la correcta sospecha clínica y toma de imágenes para el diagnóstico precoz, ya que, de no ser tratada, produce severas consecuencias funcionales.

Presentación del caso: Masculino de 42 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos sufre atropello en vía pública por vehículo menor, siendo aplastado su pie izquierdo. Consulta en urgencias del Hospital de Nueva Imperial donde ingresa cojeando, quejumbroso, sin compromiso de conciencia ni apremio cardiopulmonar. Al examen físico destaca edema +++/+++, impotencia funcional y equimosis plantar en pie izquierdo. Se solicita radiografía de pie anteroposterior, lateral y mortaja más tomografía computarizada (TC) de pie izquierdo. Se objetiva fractura de Lisfranc. Dada evolución con edema y flictenas tuvo resolución quirúrgica diferida a los siete días con reducción cerrada y osteosíntesis. Paciente evoluciona con favorable evolución clínica, sin compromiso neurovascular, es dado de alta y actualmente en seguimiento ambulatorio.

Discusión y conclusiones: La incidencia de esta fractura es baja, por ende, la sospecha es fundamental ante eventos de accidente de alta energía, pequeños traumatismos o torsiones del pie. La realización radiografías de pie anteroposterior, lateral y oblicua a 30 grados son imperativas ante la sospecha de este cuadro, sin embargo, hasta un 20% pueden pasar desapercibidas, lo que retrasa el diagnóstico y lleva a complicaciones como artrosis de articulación tarsometatarsiana y síndrome compartimental (hasta en un 10%). Por lo tanto, frente a duda diagnóstico la TC de pie es una herramienta útil.

Es una lesión grave de la articulación tarsometatarsiana que, tratada de forma errónea, acarrea graves secuelas funcionales. En ocasiones pueden producirse tras pequeños traumatismos o torsiones del pie, con cambios muy sutiles en la radiología, y pueden pasar inadvertidas si no se piensa en ellas ante un cuadro de dolor en mediopié postraumático. El tratamiento de elección es quirúrgico y el seguimiento es ambulatorio, donde se busca lograr un pie estable, funcional e indoloro.

Palabras clave: Fractura-Luxación, Tomografía computarizada, Osteosíntesis de Fracturas.

OSTEOMIELITIS AGUDA DE OLÉCRANON POR ENTEROCOCCUS FAECALIS, REPORTE DE UN CASO.

CC-TMT-11 | Traumatología y Ortopedia

Felipe Ignacio Farías Vásquez¹ (f.farias01@ufromail.cl), Sebastián Ignacio Fernández Osses¹, Ana Carolina Henríquez Lopes de Araújo¹, Juan Carlos Mella Pinela¹, Sebastián Edmundo Luna Henríquez¹, Matías Alonso Cuyul Vásquez².

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

² Tutor. Médico cirujano, residente en Ortopedia y Traumatología adulto, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La osteomielitis corresponde a la inflamación del tejido óseo, habitualmente de origen infeccioso; alcanzando el hueso por diseminación hematógena; contigua de tejidos adyacentes o por inoculación directa (trauma, cirugía).

Este cuadro es infrecuente con una incidencia anual de 21,8 por 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres. Dentro de los microorganismos involucrados el *Enterococcus faecalis* es inhabitual, correspondiendo al 2% de los casos.

Presentación del caso: Hombre de 45 años, sin antecedentes mórbidos. Sufre caída a nivel con trauma en codo derecho, al examen con aumento de volumen en bursa olecraneana, eritema y herida puntiforme con secreción purulenta; sin alteración articular. Laboratorio destaca: Leucocitos 5870 u/L; Proteína C Reactiva 15,8 mg/L. Se solicita escáner de codo sin lesiones agudas. Se diagnostica bursitis séptica y se maneja con curaciones y antibioterapia oral. Sin episodios febriles, persiste con secreción purulenta, se realiza resonancia magnética nuclear que muestra compromiso cortical de olecranon, con diagnóstico de osteomielitis se realiza aseo quirúrgico en pabellón, realizando bursectomía subtotal y toma de cultivos resultando positivos para *Staphylococcus epidermidis* y *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina/sulbactam; evaluado por infectología se maneja con este antibiótico por 2 semanas, dada evolución favorable es dado de alta con antibioterapia oral por 4 semanas.

Discusión y conclusiones: La osteomielitis es una infección compleja dada su variada etiología y factores asociados, por lo que requiere un manejo multidisciplinario. El tratamiento óptimo de este cuadro suele ser una combinación de antibioterapia y aseo quirúrgico, como fue en este caso. Sin embargo, dada su etiología variada requiere un diagnóstico etiológico preciso. Se describe en la literatura cuadros de osteomielitis como complicación de bursitis séptica de olécranon, por lo que debe sospecharse de forma activa ante un cuadro de bursitis con evolución desfavorable.

Este caso refleja la necesidad de un seguimiento activo en el manejo de la bursitis séptica y con ello la detección precoz de complicaciones como la osteomielitis, además de un diagnóstico etiológico que permita elegir el antibiótico más adecuado. Se requieren mayores estudios comparativos entre regímenes antibióticos y técnicas quirúrgicas que permitan elaborar protocolos terapéuticos en el manejo de esta infección.

Palabras clave: Bursitis, Olécranon, Osteomielitis.

COMPLICACIONES DE METASTASIS CEREBRAL EN CANCER TESTICULAR. REPORTE DE UN CASO.

CC-URO-12 | Urología

Juan Carlos Mella Pinela¹ (jcmella.p91@gmail.com), Sebastián Edmundo Luna Henríquez¹, Fiorella Natalia Bertolotto Leonelli¹, Nicole Javiera Cerda Giraldi¹, Cristóbal Elson Rubén Muñoz Ruiz¹, Vicente Arturo Quezada Navarro¹, Fernando Maximiliano Carrasco Sanchez².

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

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

Introducción: El cáncer testicular representa el 1% en neoplasias masculinas. Es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes, especialmente entre los 20-34 años. Los factores de riesgo incluyen antecedentes de criptorquidia, antecedentes personales o familiares de cáncer y origen étnico. Respecto al tipo histológico, el 90-95% provienen de células germinales, con tipos histológicos tanto seminomas como no-seminomas o mixtos. El tratamiento después de la orquiectomía depende de la histología, estadificación, pronóstico y una discusión individualizada con el paciente.

Presentación del caso: Paciente de 20 años, con aumento de volumen testicular izquierdo de 6 meses de evolución asociado a baja de peso, aproximadamente 15 kg.

Se realiza ecotomografía testicular, informa tumor testicular izquierdo de 7x6.5x11 cm. El estudio complementario con TAC evidencia múltiples metástasis en pulmones, hígado, bazo y cerebro. Tras la orquiectomía evoluciona con compromiso neurológico, RNM cerebral muestra lesión frontal con extenso edema perilesional y efecto de masa, focos hemorrágicos y lesión isquémica por efecto de masa. Se inicia quimioterapia más radioterapia cerebral de urgencia.

Discusión y conclusiones: El cáncer testicular es una neoplasia infrecuente, pero común en hombres jóvenes. Se clasifica en varios subtipos histológicos, siendo los más frecuentes los tumores de células germinales no seminomatosos. Estos pueden metastatizar a varios órganos, incluyendo pulmones, hígado, ganglios linfáticos y, excepcionalmente, cerebro.

Aproximadamente 1-2% de los pacientes con cáncer testicular desarrollan metástasis cerebrales. Respecto a las complicaciones de estas, son producto del crecimiento tumoral y rotura de vasos sanguíneos circundantes, lo que genera un aumento en la presión intracraneal. El tratamiento generalmente incluye una combinación de cirugía, quimioterapia y radioterapia.

La metástasis cerebral en cáncer testicular es una complicación grave que compromete el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento debe ser multidisciplinario e individualizado, teniendo en cuenta su estado general, la extensión de la enfermedad y las opciones terapéuticas disponibles.

Palabras clave: Cáncer Testicular, Metástasis cerebral, Orquiectomía.

COLELITIASIS EN EL HOSPITAL JORGE IBAR BRUCE DE PUERTO CISNES. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN MANOS DE MÉDICOS GENERALES.

TI-CIR-13 | Cirugía General

Carolina Antonia Goic Vilaso¹, León Fernando Raposo Sobarzo¹, Martín Emanuel Sánchez Nualart² (m.sanchez07@ufromail.cl), José Ignacio Villena Cárcamo², Leonardo Arturo Acuña Arroyo², Felipe Ignacio Pérez González², Gonzalo Alejandro Salinas Arraño^{1,3}.

¹ Médico EDF Hospital de Puerto Cisnes, Puerto Cisnes, Chile.

² Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

³ Tutor.

Introducción: La ecografía abdominal es una técnica inocua de alta eficiencia. En la actualidad es muy accesible, permitiendo que un mismo médico correlacione la clínica con los hallazgos imagenológicos. El Hospital de Puerto Cisnes (HPC) se encuentra a 200km de su centro derivador, lo cual implica que cualquier paso previo a la colecistectomía que se pueda resolver localmente disminuye los costos y tiempos invertidos por los pacientes. El objetivo principal de este trabajo es objetivar la utilidad de la ecografía realizada por médicos generales, relacionando el número de pacientes con diagnóstico ecográfico de coleditiasis en el HPC y aquellos que fueron admitidos en tabla quirúrgica por especialista para ser operados en el Hospital Regional Coyhaique.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de las ecografías realizadas en el Hospital de Cochrane entre enero y diciembre del 2022 y fichas clínicas de pacientes, identificando aquellos con diagnóstico de coleditiasis en nuestro centro, posterior confirmación por especialidad y admisión quirúrgica en el Hospital Regional de Coyhaique. Además de los tiempos implicados.

Resultados: Entre enero y diciembre del 2022 se realizaron 160 ecografías abdominales, derivando por sospecha de coleditiasis 36 pacientes, de las cuales se confirmaron 20. Se derivaron por dolor abdominal en estudio 94 pacientes, encontrando entre ellos 10 pacientes con diagnóstico de coleditiasis. De los 30 pacientes confirmados, 24 fueron admitidos para tabla quirúrgica. El tiempo promedio entre la sospecha diagnóstica y la confirmación ecográfica local fue de 12 días hábiles y el tiempo promedio de ingreso a tabla de espera quirúrgica fue de dos meses.

Discusión y conclusiones: En centros lejanos como HPC, la ecografía abdominal realizada por médicos generales agiliza la resolutivez de patologías como la coleditiasis y permite dar una respuesta oportuna a la comunidad. Al ser un examen operador dependiente se hace indispensable la capacitación de los médicos en centros de mayor complejidad y con mayor número de pacientes.

Palabras clave: Coleditiasis, Colecistectomía, Ultrasonografía.