



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

LIBRO RESUMEN



JORNADA CIENTÍFICA 2025
ACUTEM 2025



**UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA**



ACADEMIA DE CIRUGÍA, URGENCIAS Y TRAUMA

de estudiantes de medicina

Diseño libro resumen

Pedro I. J. Escobar Q.

Alexandra I. Barra H.

Camila B. Díaz H.

Juan Marco A. Hidalgo J.

Academia de Cirugía, Urgencias y
Trauma de Estudiantes de Medicina
de la Universidad de La Frontera
(ACUTEM UFRO)

Manuel Montt 112, Temuco, Chile

Email: secretaria@acutem.cl

Página web: www.acutem.cl

Contáctanos

contacto@acutem.cl



La Academia de Cirugía, Urgencias y Trauma de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera nace de la motivación de estudiantes de medicina de diferentes años y universidades con interés en el área quirúrgica y médico-quirúrgica con el fin de potenciar sus conocimientos, a través de la educación, investigación y divulgación biomédica, tanto a nivel técnico como al público general, entregándoles a estos últimos las herramientas necesarias para poder asistir en diferentes situaciones, sobre todo en trauma.

En Chile, la formación en trauma sigue siendo escasa, por lo que nos parece fundamental comenzar desde pregrado a llevar estos temas para elevar la atención en esta área en distintos rincones del país. Por eso, y como menciona la Fundación Trauma Chile, “es muy importante que el trauma sea reconocido como una enfermedad que se ha convertido en un problema de salud pública y que tiene un gran impacto desde el punto de vista Biológico, Psicológico y Social”.

Al ser fundamental en trauma el abordaje interdisciplinario, nuestra Academia espera ofrecer distintas instancias de formación e investigación en las especialidades involucradas, como lo es anestesiología, cirugía (y sus subespecialidades), cirugía pediátrica, ginecología y obstetricia, medicina de urgencias, medicina intensiva, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, radiología, trauma, traumatología, urología y dermatología. Al mismo tiempo, esperamos poder realizar actividades con el público en general interesados en prevenir y aprender diferentes herramientas que los preparen para la atención en primeros auxilios, realizando charlas y talleres con la comunidad.

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

© 2024 ACADEMIA DE CIRUGÍA, URGENCIAS Y TRAUMAS DE
ESTUDIANTES DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

CARTA A COMISIONES EVALUADORAS

PARA PROCESOS CONISS, CONE-APS, UNIVERSIDADES U OTROS

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 2025**, desarrollada en modalidad online el **25 y 26 de octubre de 2025**.

En dicha instancia fueron presentados **76 trabajos científicos** correspondientes a **Casos Clínicos, Trabajos de Investigación y Revisiones**, abarcando subcategorías desde las Ciencias Biomédicas hasta especialidades Médico-Quirúrgicas. Los trabajos fueron expuestos ante una comisión de docentes y expertos locales.

Los trabajos aceptados y presentados fueron plasmados en el presente **Libro de Resúmenes**, publicado en nuestra página web, además de ser indexados a Google Scholar para su búsqueda. **Cada participante cuenta con su certificado individual en formato digital.**

Saludan atentamente a ustedes,



Alexandra Barra Hernández

Presidenta ACUTEM



Dr. Wilfred Diener Ojeda

Decano Facultad de Medicina
Universidad de La Frontera

Mensaje de agradecimiento | Presidenta ACUTEM 2025



Estimados participantes, docentes evaluadores y colaboradores:

En nombre de la **Academia de Cirugía, Urgencias y Trauma de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera (ACUTEM UFRO)** y del **Comité Organizador**, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento por su participación y apoyo en la realización de la **Jornada Científica 2025**.

Este evento, llevado a cabo con éxito, no habría sido posible sin el compromiso de cada uno de ustedes. Agradecemos profundamente a los autores que enviaron sus **Casos Clínicos, Trabajos de Investigación y Revisiones**, demostrando rigor científico y excelencia en las diversas áreas temáticas, desde las Ciencias Biomédicas hasta las distintas especialidades médicas y quirúrgicas.

Extendemos un reconocimiento especial a la **Comisión de Docentes y expertos locales**. Su labor ha sido fundamental tanto en la evaluación de resúmenes como en la retroalimentación durante las defensas orales, garantizando el alto estándar ético y metodológico que caracteriza a nuestra academia.

Nos complace informarles que, gracias a este esfuerzo conjunto, los trabajos seleccionados formarán parte del **Libro de Resúmenes** que estará disponible en nuestro sitio web. Destacamos que dichos trabajos serán además indexados en Google Scholar, permitiendo una mayor difusión del conocimiento generado.

Atentamente,



Alexandra Barra Hernández

Presidenta ACUTEM



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

CASOS CLÍNICOS



JORNADA CIENTÍFICA 2025
ACUTEM 2025



**UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA**

CC-AR-0050 | Anestesiología y Reanimación | Caso clínico

ANAFILAXIA INDUCIDA POR RELAJANTE NEUROMUSCULAR DURANTE ANESTESIA GENERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Valentina Daniela Morales Villarreal^{1*}, Carmen Margarita de las Rosas Guerrero Castro², Constanza Carolina Lara Muñoz³, Catalina Consuelo Merino Matus de la Parra⁴, Sofía Angélica Espinoza Muñoz⁵, Camilo Andrés Tello Guerra⁶, Joaquín Ignacio Ferguson Caamaño⁷.

^{1,2,3,4,5} Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Anestesiólogo, Hospital Base Curicó, Curicó, Chile.

⁷ Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Base Curicó, Curicó, Chile.

Introducción: El rocuronio, agente bloqueador neuromuscular no despolarizante es utilizado para la relajación muscular, especialmente durante la intubación. Las reacciones adversas intraoperatorias graves, como el shock anafiláctico, representan una emergencia médica que amenaza la vida del paciente si no se identifica y trata rápidamente. La incidencia de la anafilaxia perioperatoria es 1/10.000 anestésicos, donde es más frecuente a los antibióticos; posicionándose en segundo lugar los bloqueadores neuromusculares. Del total de pacientes, $\frac{3}{4}$ ingresan a cuidados intensivos.

Objetivo: Describir la presentación clínica y el manejo terapéutico del caso. Destacar la importancia del trabajo multidisciplinario y del traslado oportuno a UCI. Reforzar la necesidad de protocolos y capacitación para enfrentar anafilaxia perioperatoria.

Presentación de caso: Paciente femenina de 26 años, previamente sana, ingresó a cirugía electiva por disfunción temporomandibular. Durante la inducción con midazolam, fentanilo, lidocaína, propofol y rocuronio (70 mg), presentó taquicardia de 175 lpm e hipotensión de 50/32 mmHg, con eritema facial y dificultad ventilatoria. Se sospechó anafilaxia a rocuronio, administrándose adrenalina IV en bolos de 100 µg, con mejoría hemodinámica progresiva. Se complementó con hidrocortisona y ranitidina. La cirugía se suspendió y la paciente fue trasladada a UCI, con manejo de edema de vía aérea y extubación diferida sin complicaciones. No se realizó medición de triptasa sérica por falta de disponibilidad local, y el estudio alergológico con pruebas cutáneas e IgE específica se encuentra pendiente.

Discusión y conclusiones: Identificar tempranamente una reacción anafiláctica severa es crucial para evitar complicaciones. El tratamiento inmediato con fármacos, y la monitorización continua en UCI, es fundamental para la resolución del evento. La confirmación diagnóstica orienta la prevención de reexposición futura. Este caso resalta la necesidad de protocolos intraoperatorios, manejo multidisciplinario y planificación anestésica segura. Además, este evento enfatiza la necesidad de protocolos institucionales para el manejo de anafilaxia intraoperatoria.

Palabras clave: Anafilaxia; Rocuronio; Bloqueadores neuromusculares; Adrenalina; Anestesia general.

*valentinamoralessvillarreal.il@gmail.com

CC-CP-0021 | Cirugía Pediátrica | Caso clínico

INFECCIÓN URINARIA FEBRIL EN LACTANTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE REFLUJO VESICoureTERAL SEVERO

Sofía Constanza Rojas Pereira^{1*}, Claudia Antonella Costagliola Rojas², Nicole Karina Ignacia Pozo Vélis³, Maura Jesús Roca Gutiérrez⁴, Luisa Margarita Oraa Oraa⁶.

^{1,2,3,4} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

⁶ Tutor/a. Cirugía Pediátrica, Hospital San Juan de Dios de La Serena, La Serena, Chile.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario (ITU) en lactantes pueden ser la primera manifestación de anomalías estructurales. Se debe sospechar una anomalía cuando la ITU es febril, recurrente o causada por gérmenes atípicos. El reflujo vesicoureteral (RVU) es la principal condición predisponente, asociado a riesgo de daño renal si no se detecta y maneja oportunamente.

Objetivo: Describir un caso de lactante con ITU febril y RVU de alto grado que requirió corrección quirúrgica tras fracaso del manejo médico.

Presentación de caso: Lactante masculino de un mes, previamente sano, consultó por fiebre y hematuria. Se diagnosticó ITU febril; hemocultivos positivos para *Staphylococcus hominis*. La ecografía mostró hidronefrosis derecha y la cistouretrografía miccional (CUM) reveló RVU grado IV derecho. Se inició profilaxis antibiótica y controles seriados.

Al año, persistió RVU derecho alto grado y apareció RVU grado III contralateral. La gammagrafía renal con ácido dimercaptosuccínico (DMSA) y la estimación de la tasa de filtración glomerular (eGFR) mostraron función preservada; presión arterial y proteinuria normales. Ante progresión del reflujo, se realizó reimplante ureteral bilateral tipo Cohen, con evolución favorable y ausencia de nuevas ITU a los controles de 6–12 meses.

Discusión y conclusiones:

La profilaxis antibiótica se indica en RVU grado I–III sin daño renal. La cirugía está indicada ante RVU IV–V persistente, ITU recurrente, daño renal o malformaciones asociadas. Las guías de la American Urological Association y del Canadian Paediatric Society enfatizan vigilancia estrecha y cirugía selectiva en progresión o persistencia del RVU. El seguimiento incluye presión arterial, proteinuria, eGFR, gammagrafía DMSA y ecografía seriada.

La evaluación integral de lactantes con ITU febril permite detectar RVU y prevenir daño renal crónico. La profilaxis antibiótica inicial es útil, pero la persistencia o progresión del RVU obliga a cirugía, que ofrece alta eficacia y preservación de función renal.

Palabras clave: Infección del tracto urinario, Lactantes, Reflujo vesicoureteral.

* sofia.rojas01@alumnos.ucn.cl

CC-CP-0038 | Cirugía Pediátrica | Caso clínico

QUISTE URACAL INFECTADO COMO CAUSA DE SECRECIÓN UMBILICAL PERSISTENTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Jacinta Soza Restrepo^{1*}, Rodrigo García Miranda², Alex Gomberoff Yudilevich³, Macarena Beatriz Montero Vargas⁴, Francisca Alejandra Moncada Riquelme⁵, José Pablo Arnes Avila⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

⁶ Tutor/a. Residente de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El uraco es un remanente embriológico que conecta la vejiga con el ombligo. Su obliteración incompleta puede dar origen a anomalías, siendo el quiste uracal una de las más frecuentes. Estas pueden permanecer asintomáticas hasta infectarse, presentándose con secreción umbilical purulenta. La presentación en pacientes pediátricos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) representa un desafío diagnóstico adicional, dada la alteración en la expresión del dolor o molestia.

Objetivo: Presentar un caso de quiste uracal infectado en la edad pediátrica y discutir los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados, particularmente en el contexto de un paciente con trastorno del espectro autista.

Presentación de caso: Paciente masculino de 4 años y 8 meses, con diagnóstico de TEA no verbal, consulta por secreción umbilical de dos semanas de evolución, inicialmente manejada con mupirocina tópica sin respuesta clínica. Evoluciona con dolor abdominal y claudicación, sin fiebre ni síntomas urinarios. Al examen físico destaca leve distensión abdominal, dolor a la palpación y secreción umbilical de mal olor, sin eritema ni calor local. Se planifica control evolutivo con ecografía y reevaluación por cirugía infantil. La ecografía abdominal muestra colección de 3,5 × 2,0 cm en continuidad con la vejiga a través del uraco, con signos ecográficos de organización. Se realiza manejo médico con cefazolina y amikacina intravenosa, sin indicación quirúrgica inmediata.

Discusión y conclusiones: Los quistes uracales infectados deben sospecharse ante secreción umbilical persistente. El manejo depende de la extensión del compromiso: el tratamiento médico con antibióticos es opción inicial en casos no complicados, reservando la resección quirúrgica para recurrencias o abscesos. La recurrencia puede alcanzar un 30% si no se realiza extirpación completa. Se recomienda seguimiento clínico e imagenológico para confirmar resolución. En pacientes con TEA, la observación cuidadosa y educación del cuidador son claves para detectar signos de alarma precozmente.

Palabras clave: Uraco, quiste uracal, secreción umbilical, infección umbilical, trastorno del espectro autista.

* jsoza1@uc.cl

CC-CP-0048 | Cirugía Pediátrica | Caso clínico

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE QUISTE COLÉDOCO EN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Paulina María Madriaza Caravia^{1*}, Catalina José Gajardo Palma², Sofía Antonia Torres Torres³, Benjamín Andrés Vilaza Dallago⁴, Jessie Ball Tzichinovsky⁵.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

⁵ Tutor/a. 1) Becada de Cirugía Pediátrica, Universidad del Desarrollo, Santiago.

Introducción: Los quistes de colédoco (QC) son malformaciones congénitas raras del sistema biliar, caracterizadas por dilatación de los conductos intra y/o extrahepáticos. Su prevalencia se estima en 1 por cada 100.000 nacidos vivos, con mayor frecuencia en mujeres y población asiática. La tríada clásica incluye ictericia, masa abdominal y dolor abdominal, aunque no siempre se presenta completa. El diagnóstico suele iniciarse con ecografía, mientras que la colangiorresonancia permite una mejor caracterización anatómica.

Objetivo: Reportar un caso de QC tipo I en recién nacido, precisando criterios quirúrgicos, evolución postoperatoria y plan de seguimiento.

Presentación de caso: Lactante de 40 días, con antecedentes de comunicación interventricular e hipoglicemia neonatal. Evoluciona con ictericia colestásica y acolia. Exámenes revelan bilirrubina total 6,26 mg/dL (directa 4,76 mg/dL), GOT 74 U/L, GGT 297 U/L y ecografía abdominal con dilatación biliar, sospechándose QC. La colangiorresonancia confirmó QC tipo I (Todani). Se indicó cirugía por tamaño >2 cm, progresión de colestasis y riesgo de colangitis o ruptura. Mediante laparoscopia se resecó un quiste de colédoco de 2,5 cm, se realizó hepático-yeyunostomía en Y de Roux. Marcadores hepáticos seriados mostraron normalización progresiva, bilirrubina directa 1,2 mg/dL, GGT 110 U/L y TGO/TGP <60 U/L a los 15 días, evidenciando resolución casi completa de la colestasis y normalización de la función hepática.

Discusión y conclusiones: El QC debe sospecharse ante ictericia persistente en lactantes. La indicación quirúrgica depende del tipo anatómico (Todani), el tamaño del quiste y la presencia de síntomas. El tratamiento estándar es la resección completa con reconstrucción bilioentérica. Una intervención oportuna permitirá evitar colangitis, fibrosis y progresión hepática. El plan de seguimiento incluye controles clínicos y de imágenes periódicos debido al riesgo de colangiocarcinoma a largo plazo.

Palabras clave: Anomalías congénitas, Colangiografía por resonancia magnética, Cirugía laparoscópica, Ictericia neonatal, Quiste del colédoco.

* pmadriazac@udd.cl

CC-CP-0065 | Cirugía Pediátrica | Caso clínico

ENFRENTAMIENTO CLÍNICO DE ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE HEPATOPORTOENTEROSTOMÍA DE KASAI ANTE EPISODIO DE ICTERICIA AGUDA

Benjamin Andrés Vilaza Dallago^{1*}, Sofia Antonia Torres Torres², Catalina José Gajardo Palma³, Paulina María Madriaza Caravia⁴, Vicente Antonio Fernandez⁵.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

⁵ Tutor/a. Becado de Cirugía, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Introducción: La atresia de vías biliares (AVB) es una colangiopatía fibro obliterativa neonatal infrecuente que conduce a colestasia y cirrosis si es que no se trata oportunamente. La hepatoportoenterostomía de Kasai es el tratamiento quirúrgico temprano de elección, sin embargo, la mayoría de pacientes progresa a cirrosis y hasta un 70-80% requerirá trasplante hepático.

Objetivo: El objetivo de este reporte es presentar un caso de un paciente con AVB con supervivencia de hígado nativo post-Kasai, destacando la necesidad de seguimiento permanente y la consideración de complicaciones exclusivas en el diagnóstico diferencial de ictericia aguda.

Presentación de caso: Paciente masculino de 17 años, con antecedente de AVB sometido a hepatoportoenterostomía de Kasai, dado de alta y sin controles desde los 14 años. Consulta por ictericia de 3 días de evolución como único síntoma. Al examen físico se evidenciaba ictericia generalizada, sin otros hallazgos. El laboratorio mostró hiperbilirrubinemia mixta, elevación de transaminasas y GGT, PCR normal. Se hospitaliza con sospecha de colangitis aguda, se realiza ecografía abdominal con dilatación leve de vías biliares y colección de etiología indeterminada, sin obstrucción macroscópica central identificable. Evolucionó favorablemente y se indicó colangio-RM por sospecha de lagunas biliares.

Discusión y conclusiones: Solo 30-40% de pacientes con AVB alcanzan la adolescencia con hígado nativo y sin complicaciones. Las lagunas biliares son dilataciones quísticas intrahepáticas secundarias a estasis biliar, se han asociado a riesgo de colangitis, hipertensión portal y eventual trasplante. La colangio-RM es fundamental para su caracterización, permitiendo definir las lagunas, ductos periféricos dilatados y ausencia de obstrucción macroscópica central de la vía biliar. El seguimiento de estos pacientes debe incluir el uso de marcadores hepáticos seriados para detectar tempranamente deterioro de función hepática o complicaciones secundarias al procedimiento.

Este caso evidencia una evolución clínica excepcional y resalta la necesidad de seguimiento, incluso en pacientes asintomáticos post-Kasai, dado el riesgo de complicaciones como colangitis, hipertensión portal y lagunas biliares. Además, de considerar situaciones que pueden ser exclusivas para pacientes con este procedimiento dentro del diagnóstico diferencial de ictericia aguda.

Palabras clave: Atresia Biliar, Colangitis, Adolescente, Cirugía Pediátrica, Kasai Procedure.

* bvilazad@gmail.com

CC-CP-0105 | Cirugía Pediátrica | Caso clínico

RESURGIMIENTO DE STREPTOCOCCUS PYOGENES INVASIVO EN PEDIATRÍA: REPORTE DE EMPIEMA MASIVO Y BACTERIEMIA POST-NEUMONÍA VIRAL.

Cristina Alicia Osorio Gallegos^{1*}, Ignacia Andrea Conejeros Kogan², Fernanda Raquel Oyanedel Llaiquen³, Scarlett Mariela Venegas Salas⁴, José Andrés Rodrigo Durán Caballero⁵.

^{1,2,3,4} Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, San Felipe, Chile.

⁵ Tutor/a. Pediatra, Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es causa frecuente de hospitalización pediátrica, generalmente benigna. No obstante, la sobreinfección por patógenos virulentos puede derivar en complicaciones graves. En el escenario post-pandémico se ha reportado un resurgimiento global de infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (Grupo A), agente infrecuente pero agresivo. Se presenta caso de una lactante previamente sana que, tras una neumonía por Metapneumovirus, evolucionó con empiema pleural masivo y bacteriemia por *S. pyogenes*, resaltando la importancia de la vigilancia activa ante cuadros virales de evolución tórpida.

Objetivo: Describir la evolución clínica, el manejo y la relevancia epidemiológica de una infección invasiva por *S. pyogenes* en paciente pediátrica sin comorbilidades.

Presentación de caso: Lactante de 2 años, previamente sana, con diagnóstico de neumonía por Metapneumovirus. Evolucionó con rápido deterioro, presentando signos de dificultad respiratoria severa (polipnea, tiraje, quejido), desaturación y aumento de proteína C reactiva (PCR). Al examen físico destacaba hipoventilación basal izquierda y matidez a la percusión. Precisó ventilación mecánica invasiva. Radiografía de tórax evidenció condensación basal izquierda y derrame pleural masivo, requiriendo drenaje. Cultivos del drenaje y hemocultivos resultaron positivos para *S. pyogenes*, iniciando manejo con Penicilina G y Clindamicina. Posteriormente, desarrolló respuesta inflamatoria sistémica severa con leucocitosis de 47.980/mm³, PCR de 427 mg/L, ferritina y dímero D elevados, compatible con un Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico (STSS). Requirió soporte vasopresor transitorio. Evolucionó favorablemente tras 12 días de hospitalización, con resolución clínica e inflamatoria.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra la predisposición a sobreinfección bacteriana grave post-viral. Una NAC viral de evolución tórpida obliga a descartar complicaciones. Su relevancia epidemiológica radica en el resurgimiento global de *S. pyogenes* invasivo postpandemia, lo que exige una alta sospecha diagnóstica. El aislamiento de *S. pyogenes* explica la intensa respuesta inflamatoria, dado su potencial toxigénico. La vigilancia estricta y la búsqueda activa de sobreinfección son cruciales para el pronóstico.

Palabras clave: Empiema, Neumonía Viral, *Streptococcus pyogenes*.

* osoriocristinag@gmail.com

CC-CX-0009 | Cirugía General | Caso clínico

COLECISTECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bryan Enrique Schulz Olavarría^{1*}, Florencia Vivian Sanzana Ortega², Josefa Irma Cerda Estrada³, Gloria Katherina Belén Heutger Melita⁴, María Jesús Sanzana Ortega⁵, Valentina Paz Vega Quintana⁶, Ángel Ramón Hernández Suárez⁶.

^{1,2,3,4,5,6} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.

⁷ Tutor/a. Cirujano General, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile.

Introducción: La fístula colecistogástrica es una complicación infrecuente de la colecistitis crónica y colelitiasis, causada por inflamación persistente y erosión de la pared vesicular. La manifestación clínica es muy variable. El diagnóstico es desafiante por la inespecificidad clínica e imagenológica y suele confirmarse mediante hallazgos intraoperatorios en la mayoría de casos.

Objetivo: Presentar un caso clínico sobre una patología de baja incidencia como hallazgo intraquirúrgico, por su carácter anecdótico y que pudiese significar un reto en el manejo laparoscópico del médico cirujano.

Presentación de caso: Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial y artritis reumatoide, consultó por cinco días de dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre, ictericia, coluria y acolia. La ecografía abdominal evidenció colelitiasis. En exámenes de laboratorio destacó patrón colestásico con elevación de parámetros inflamatorios. La tomografía computarizada abdominopélvica (TC-AP) confirmó colecistitis aguda litiásica. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sin incidentes y colecistectomía videolaparoscópica con hallazgo intraoperatorio de fístula colecistogástrica con antro gástrico firmemente adherido a bacinete vesical. Por anatomía hostil y alto riesgo de lesión de la vía biliar principal se efectuó colecistectomía parcial y rafia de vesícula remanente, satisfactoriamente. Reconsultó a los dos días por epigastralgia y síntomas neurovegetativos, con elevación de parámetros inflamatorios. TC-AP reveló colección en lecho vesicular de bajo volumen, que se manejó con antibioticoterapia inicialmente por siete días, en control ecográfico impresionó disminución de la colección. Tras buen progreso clínico fue dada de alta con antibiótico oral para completar catorce días y control ambulatorio.

Discusión y conclusiones: Este caso se alinea con la incidencia reportada, resaltando la complejidad diagnóstica y quirúrgica de la fístula colecistogástrica. La colecistectomía parcial evitó complicaciones mayores, aunque se enfrentaron desafíos postoperatorios. Lo que refuerza la necesidad de abordajes individualizados, planificación quirúrgica precisa, manejo multidisciplinario y estudios adicionales para optimizar el tratamiento de esta patología infrecuente.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, fístula biliar, cirugía, procedimientos diagnósticos.

* bryan.11.schulz@gmail.com

CC-CX-0014 | Cirugía General | Caso clínico

TROMBOSIS ILIOFEMORAL IZQUIERDA SECUNDARIA A SÍNDROME DE MAY-THURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Steffi Edelweiss Seitz Alarcón^{1*}, Rachel Efigenia Lagos Riquelme², José Tomás Ordóñez Aburto³, Jorge Eduardo Troncoso Rojas⁴, Thomas Alexander Rudolph Oppliger⁵.

^{1,2,3,4} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

⁵ Tutor/a. Médico Becado de Cirugía General, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción: La trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral es una condición grave asociada a complicaciones como embolia pulmonar y síndrome posttrombótico. El síndrome de May-Thurner (SMT), descrito como la compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha, constituye una causa poco frecuente de TVP. Su diagnóstico oportuno es crucial para indicar terapias endovasculares que mejoren la permeabilidad venosa y reduzcan la recurrencia.

Objetivo: Presentar un caso de TVP iliofemoral secundaria a SMT resuelto mediante terapia endovascular, enfatizando la importancia del diagnóstico precoz, el abordaje quirúrgico y la correlación con la literatura actual.

Presentación de caso: Hombre de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia. Consultó en urgencias por dolor, eritema y edema progresivo de tres días en extremidad inferior izquierda. El eco-Doppler evidenció TVP desde vena femoral común hacia distal, el angioTAC confirmó trombosis ilíaca común izquierda con compresión extrínseca sugerente de SMT. Se decide hospitalizar con indicación de anticoagulación.

Posteriormente, se realizó trombectomía mecánica vía punción poplíteica bilateral, angioplastia con balón de 9x80 mm e instalación de stents autoexpandibles de 18x100 mm en vena ilíaca izquierda, logrando restitución de flujo. Evolucionó en UTI con anticoagulación continua (heparina, luego enoxaparina y dabigatrán). Fue dado de alta en buenas condiciones generales, sin edema, con extremidad perfundida y pulsos periféricos presentes. Se contó con consentimiento informado para el procedimiento y para el uso académico del caso.

Discusión y conclusiones: El SMT debe sospecharse ante TVP iliofemorales izquierdas extensas. El diagnóstico requiere imágenes como angioTAC o flebografía. La anticoagulación exclusiva presenta alta tasa de recurrencia y síndrome posttrombótico. La intervención endovascular es actualmente el tratamiento de elección, con tasas de permeabilidad superiores al 80% y buenos resultados funcionales. En este caso, el manejo endovascular permitió la resolución completa y una rápida recuperación clínica.

La resolución endovascular de TVP iliofemoral por SMT es una estrategia segura y eficaz, que mejora la evolución clínica y la calidad de vida.

Palabras clave: Procedimientos Endovasculares; Síndrome de May-Thurner; Trombosis Venosa Profunda; Vena Ilíaca.

* s.seitz01@ufromail.cl

CC-CX-0019 | Cirugía General | Caso clínico

RECAÍDA DE LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR COMO MASA PLEURAL IZQUIERDA CON DERRAME MASIVO: ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO MEDIANTE PLEURODESIS

Bastian Luis Torres Tejada^{1*}, Javier Ignacio Peralta Salazar², Juan Pablo Rojas Carrasco³, Tonka Andrea Blamey Eterovic⁴, Dickson Alberto Acosta Salazar⁵.

^{1,2,3} 1Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Chile

⁴ Interno de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Chile

⁵ Tutor/a. 2Cirujano General, Hospital Base Linares Presidente Ibáñez, Linares, Chile.

Introducción: El linfoma no Hodgkin folicular (LNHF) es una neoplasia linfoide de bajo grado, evolución indolente y curso crónico, con recaídas hasta en un 50 % a 10 años. Las recurrencias suelen manifestarse con linfadenopatías o infiltración medular; el compromiso pleural aislado es inusual. Se presenta el caso de una paciente con recaída pleural tras una remisión prolongada.

Objetivo: Describir abordaje clínico-quirúrgico de una recaída pleural de LNHF. Analizar rol de pleurostomía y pleurodesis como herramientas diagnóstico-terapéuticas.

Presentación de caso: Femenina de 64 años con antecedente de linfoma no Hodgkin (LNHF) grado 2 (2014) con remisión y hospitalización reciente por derrame pleural y tromboembolismo pulmonar. Consulta por 2 días de disnea, tos seca y dolor torácico, niega síntomas B. Al examen físico murmullo pulmonar izquierdo disminuido. Tomografía computarizada (TC) tórax sin contraste muestra derrame pleural masivo y masas pleurales izquierdas. Se realiza pleurostomía con drenaje de 3000 ml de líquido hemático. TC tórax, abdomen y pelvis con contraste muestra engrosamiento pleural, sin compromiso adicional a distancia. Se realiza Pleurodesis con buena respuesta. Biopsia pleural confirma recaída de LNHF grado 2 con inmunofenotipo positivo de CD20, CD10, PAX5, BCL6, BCL2 y Ki-67 10%, sin compromiso medular ni transformación histológica, clasificándose como estadio IEA de Ann Arbor. Comité hemato-oncológico indica quimioterapia R-COP 6 ciclos más rituximab por 2 años.

Discusión y conclusiones: La recaída pleural aislada de LNHF es infrecuente y desafiante. La TC y pleurostomía facilitaron el diagnóstico, manejo y preparación para pleurodesis, la cual se escoge debido al buen estado funcional, rápida recurrencia del derrame y expectativa de vida prolongada. La biopsia confirmó recaída con inmunofenotipo sensible a terapia biológica anti CD205. No se realizó PET-CT por disponibilidad, aunque habría permitido una estadificación más precisa. Actualmente paciente cursa quinto ciclo R-COP asociado a rituximab, con buena tolerancia. Este caso resalta la importancia de sospecha clínica amplia y abordaje multidisciplinario.

Palabras clave: Derrame pleural, Linfoma, Tomografía computarizada, Pleurodesis.

* bastianluistorresteja@gmail.com

CC-CX-0029 | Cirugía General | Caso clínico

HIDATIDOSIS MEDIASTÍNICA: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENFERMEDAD ENDÉMICA

Javiera Paz Arias Mansilla^{1*}, Paulina Ester Aguilar Mancilla², Karen Francisca Concha Vergara³.

^{1,2} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

³ Tutor/a. Médico Cirujana, Residente de Cirugía, Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis producida por el parásito *Echinococcus granulosus*. Es endémica en comunidades dedicadas a ganadería ovina y bovina. Se presenta con frecuencia en el Sur de Chile. Los quistes se desarrollan principalmente en hígado y pulmón, siendo la localización mediastínica infrecuente representado un 0,1 a 0,5% de las hidatidosis intratorácicas. La clínica dependerá del órgano afectado y las complicaciones.

Objetivo: El siguiente caso ilustra la resolución quirúrgica de un quiste mediastínico y destaca la importancia del diagnóstico diferencial en masas mediastínicas, considerando la patología como una etiología posible en zonas endémicas.

Presentación de caso: Mujer, 44 años, oriunda de Frutillar, sin exposición a caninos/bovinos. Consulta en urgencias por dolor torácico de tope inspiratorio de 6 días de evolución, asociado a hemoptisis y disnea de mínimo esfuerzo. Examen físico y laboratorio normales. Se realiza TC TAP que evidencia masa mediastínica anterior paracardiaca derecha, 8 cm de diámetro, que contacta con aurícula derecha, sugerente de quiste hidatídico. Se toma electrocardiograma con resultado normal. Se hospitaliza para manejo por Cirugía de Tórax. IgG Elisa pendiente. Ingresa a pabellón realizándose esternotomía media transesternal. Se visualiza tumor mediastínico nodular de 10 cm de diámetro que contactaba con pleura parietal y cavidades cardiacas derechas, sin infiltrar. Se logró exéresis de quiste intacto, dejando drenaje mediastínico y pleurostomía que se retiran al 2do día postoperatorio. Dada de alta al tercer día en buenas condiciones con tratamiento con albendazol (400 mg cada 12 horas por 1 mes) y seguimiento en policlínico. Biopsia con resultado aún pendiente.

Discusión y conclusiones: La hidatidosis mediastínica presenta un cuadro clínico inespecífico, por lo que la sospecha, el apoyo de imagen y serología son fundamentales para optimizar diagnóstico y pronóstico. El abordaje quirúrgico es la técnica de elección, pero la localización aumenta la complejidad y riesgo de complicaciones.

Palabras clave: Enfermedades Hidatídicas, Infección por *Echinococcus*, Quiste Hidatídico.

* ariasjaviera31@gmail.com

CC-CX-0040 | Cirugía General | Caso clínico

HEPATECTOMÍA CENTRAL LAPAROSCÓPICA POR ADENOMA INFLAMATORIO HEPÁTICO CAUSANTE DE AMILOIDOSIS SECUNDARIA

Alex Gomberoff Yudilevich^{1*}, Francisca Alejandra Moncada Riquelme², Mario Ignacio Nilo Pinto³, Jacinta Soza Restrepo⁴, Macarena Beatriz Montero Vargas⁵, Fernanda Paz Maturana Valenzuela⁶.

^{1,2,3,4,5}, Interno de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁶Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El adenoma hepático inflamatorio es una lesión benigna infrecuente. Esta puede generar un síndrome inflamatorio crónico, que puede inducir amiloidosis secundaria con manifestaciones sistémicas. La resección quirúrgica puede ser resolutive.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con sintomatología digestiva crónica y compromiso sistémico causado por un adenoma hepático inflamatorio, manejado con cirugía laparoscópica.

Presentación de caso: Paciente con historia de un año de evolución de dolor abdominal, disentería y vómitos. Hace seis meses se agregó baja de peso y sudoración nocturna. Ingresa febril y mal perfundido. Se inician medidas de soporte y se solicita estudio.

Evaluado por hematología se sugiere amiloidosis AA, confirmada mediante colonoscopia, con biopsia compatible en tinción rojo congo. Dado sospecha de origen hematológico, se indica quimioterapia, pero es diferida por infección por COVID. En Resonancia Nuclear Magnética se identifica una lesión hepática compatible con adenoma inflamatorio, altamente asociada al cuadro sistémico.

En contexto de amiloidosis secundaria se decide resolución mediante hepatectomía central laparoscópica. Se describe una lesión de 20 centímetros entre segmentos IVA-IVB, cercano a división del pedículo portal. Se realizó transección hepática con colangiografía intraoperatoria. El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para marcadores Arginasa-1 y HepPar-1, con patrón reticular conservado, compatible con adenoma hepatocelular.

El paciente evoluciona con resolución de síntomas y descenso de parámetros inflamatorios y enzimas hepáticas, sin enfermedad residual en imágenes de control.

Discusión y conclusiones: Los adenomas hepáticos, si bien suelen ser benignos, en ciertos casos pueden producir síntomas secundarios a inflamación crónica e hipersecreción glandular. Esto puede producir manifestaciones sistémicas como la amiloidosis. El caso clínico presenta una amiloidosis intestinal secundaria a un adenoma hepático. La amiloidosis suele manejarse en medicina interna como causa primaria, sin embargo, el diagnóstico diferencial debe considerar las patologías de resolución quirúrgica para tratar adecuadamente y evitar tratamientos empíricos agresivos.

Palabras clave: Hepatectomía, Amiloidosis, Adenoma Hepatocelular, Laparoscopia.

* alex.gomberoff@uc.cl

CC-CX-0043 | Cirugía General | Caso clínico

COLEDOCOLITIASIS DE NOVO SIN COLELITIASIS: REPORTE DE UN CASO INFRECUENTE

Isidora Emilia Paublo Lopez^{1*}, Aileen Vivanco Szejnko², Carolina Andrea Balut Valencia³, Valentina Josefa Contreras Lopez⁴, Karin Berkhoff Krahmer⁵, Sofia Andrea Marchant Ponce⁶.

^{1,2,3,4,5} Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Cirujano, CESFAM Santa Teresa de Los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: La coledocolitiasis primaria es infrecuente en ausencia de litiasis vesicular y puede presentarse como ictericia obstructiva severa. Los cálculos pigmentarios primarios se forman en la vía biliar por estasis, colonización bacteriana y alteraciones anatómicas. Su identificación precoz evita retrasos diagnósticos y decisiones terapéuticas tardías.

Objetivo: Describir la presentación clínica y análisis diagnóstico de una coledocolitiasis primaria en ausencia de colelitiasis, destacando los criterios de alta sospecha de obstrucción biliar y su manejo endoscópico temprano.

Presentación de caso: Paciente masculino de 53 años ingresó por dolor en hipocondrio derecho, acolia, coluria, ictericia y prurito palmoplantar. Examen físico: ictericia marcada. Laboratorio: patrón colestásico con bilirrubina total >20 mg/dL. Ecografía y tomografía sin litiasis vesicular ni dilatación significativa. La colangiorresonancia mostró colédoco de 10 mm con cálculos de hasta 4 mm. Se realizó ERCP con extracción completa de cálculos y descompresión biliar. Cuatro días después se efectuó colecistectomía laparoscópica sin complicaciones. Los resultados histológicos se encuentran pendientes.

Discusión y conclusiones: La coledocolitiasis de novo plantea un desafío diagnóstico, ya que en la ictericia obstructiva severa y bilirrubina muy elevada suele sospecharse inicialmente patología neoplásica. Este caso destaca la necesidad de incluir cálculos primarios dentro del diagnóstico diferencial en ausencia de litiasis vesicular, responsables de una minoría de casos. La MRCP define el nivel de obstrucción, mientras que la ERCP asegura resolución terapéutica y contribuye al descarte de neoplasia cuando se requiere toma de muestra.

El seguimiento con monitorización bioquímica y colecistectomía temprana reduce recurrencias y complicaciones, asegurando un abordaje integral en esta entidad infrecuente.

En ictericia obstructiva con bilirrubina total >20 mg/dL, la ERCP precoz se prioriza para descomprimir la vía biliar sin demorar la evaluación diferencial de neoplasia.

Palabras clave: Bilirrubina, Colelitiasis, Coledocolitiasis, Ictericia Obstructiva.

* aileenvivancoszejnko@gmail.com

CC-CX-0049 | Cirugía General | Caso clínico

SÍNDROME DE CHARCOT-MARIE-TOOTH CON COMPROMISO DIAFRAGMÁTICO, REPORTE DE UN CASO.

Felipe Alonso Soza Navarro^{1*}, Valentina Sofía Marchant Guzmán², Renata Jaqueline Vargas Espinoza³, Vicente Andrés Sanhueza Osses⁴, César Antonio Bravo Cepeda⁵.

^{1,4} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

^{2,3} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

⁵ Tutor/a. Residente de Medicina Interna, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Introducción: El síndrome de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es la neuropatía hereditaria más frecuente, caracterizada por debilidad y atrofia distal progresiva, con variantes desmielinizantes y axonales. Aunque su compromiso típico es periférico, se describe afectación de la musculatura respiratoria, especialmente del diafragma. La paresia diafragmática es infrecuente, pero puede observarse en formas avanzadas o asociadas a mutaciones específicas, constituyendo un factor de riesgo para insuficiencia respiratoria y neumonías recurrentes.

Objetivo: Describir un caso de compromiso diafragmático en una paciente con CMT tipo 1A. Analizar su evolución clínica, el soporte ventilatorio requerido y las estrategias de rehabilitación implementadas. Destacar la importancia del tamizaje respiratorio y el abordaje multidisciplinario.

Presentación de caso: Femenina de 33 años, con CMT tipo 1A confirmado por delección PMP22 y antecedente de trasplante renal. Hospitalizada por insuficiencia respiratoria aguda tras múltiples neumonías basales izquierdas. La evaluación respiratoria muestra patrón restrictivo severo en espirometría (CVF 42% del predicho), descenso significativo en posición supina (>25%), presión inspiratoria máxima de -35 cmH₂O, y "sniff test" con parálisis hemidiafragmática izquierda. Ecografía torácica evidencia movilidad reducida del hemidiafragma izquierdo y gasometría con hipercapnia leve (pCO₂ 54 mmHg). Requiere ventilación mecánica invasiva en UCI, posteriormente ventilación no invasiva (VNI) nocturna y entrenamiento con dispositivo de tos asistida mecánica. Fue derivada a rehabilitación respiratoria con ejercicios de fortalecimiento diafragmático y entrenamiento inspiratorio. En seguimiento a 6 meses, mantiene uso de VNI domiciliaria nocturna, sin nuevas hospitalizaciones y con mejoría funcional (CVF 52%).

Discusión y conclusiones: El compromiso diafragmático en CMT, aunque infrecuente, puede generar insuficiencia respiratoria y neumonías recurrentes. Su pesquisa precoz mediante espirometría en decúbito, medición de presiones respiratorias y ecografía diafragmática permite anticipar deterioro ventilatorio. El manejo incluye soporte ventilatorio no invasivo, tos asistida y rehabilitación respiratoria. Se recomienda incorporar el tamizaje respiratorio sistemático en pacientes con CMT, especialmente en formas avanzadas o con mutaciones asociadas a afectación diafragmática, para prevenir complicaciones y optimizar la calidad de vida.

Palabras clave: Diafragma, Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, Insuficiencia Respiratoria.

* fsoza2019@udec.cl

CC-CX-0051 | Cirugía General | Caso clínico

PIOPERICARDIO SECUNDARIO A HERIDA TORÁCICA SUPERFICIAL POR ARMA BLANCA: UN DESAFIANTE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Carmen Margarita de las Rosas Guerrero Castro^{1*}, Valentina Daniela Morales Villarreal², Catalina Consuelo Merino Matus de la Parra³, Constanza Carolina Lara Muñoz⁴, Sofía Angélica Espinoza Muñoz⁵, Gabriel Ignacio Puelma Vásquez⁶, Joaquín Ignacio Ferguson Caamaño⁷.

^{1,2,3,4,5} Interna de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Internista, Hospital Base Curicó, Curicó, Chile.

⁷ Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Base Curicó, Curicó, Chile.

Introducción: El piopericardio es acumulación de pus en el espacio pericárdico, observado en menos del 1% de las pericarditis agudas. Si bien es infrecuente tiene un elevado riesgo de mortalidad, 40% con tratamiento y 100% sin tratamiento. Suele ser secundario a neumonía, empiema, cirugía torácica y diseminación hematógena de sepsis. Los microorganismos más comunes implicados son *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* y *Escherichia coli*.

Objetivo: Exponer como un traumatismo torácico superficial puede evolucionar a un cuadro grave, enfatizando el diagnóstico y abordaje terapéutico. Analizar las dificultades en el diagnóstico oportuno de esta patología infrecuente.

Presentación de caso: Paciente masculino de 21 años, previamente sano, con historia de herida subxifoidea por arma blanca de 1 centímetro con exposición de tejido subcutáneo sin complicación en tomografía. Consulta cuatro semanas después por dolor torácico, sensación febril y disnea. Al ingreso destaca, taquicardia, hipotensión diastólica, taquipnea, afebril, exámenes complementarios reportan troponina normal y elevación de parámetros inflamatorios, electrocardiograma con taquicardia sinusal. Tomografía tórax mostró derrame pericárdico hipodenso con engrosamiento pericárdico; ecocardiografía revela derrame moderado sin criterios hemodinámicos de taponamiento. En un principio PCR positivo a rinovirus al cuál se le atribuyó el cuadro clínico, sin embargo, dado peak febril con hemocultivos positivos a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) se inició vancomicina. Se realizó ventana pericárdica con drenaje de material purulento; cultivos pericárdicos resultan negativos.

Discusión y conclusiones: El caso presenta un piopericardio secundario a una lesión superficial, complicación infrecuente con alta mortalidad. Inicialmente dada la presentación oligosintomática se sospechó pericarditis o taponamiento cardíaco. No obstante, los hemocultivos positivos y la tomografía con derrame pericárdico hipodenso y adenopatías mediastínicas orientaron a infección purulenta, requiriendo pericardiotomía precoz, transcurriendo ocho semanas entre la lesión y la realización de la ventana pericárdica. En tomografía de control se evidenció resolución completa, lo que resalta la importancia del diagnóstico temprano y manejo oportuno.

Palabras clave: Pericarditis, Pericardiotomía, Trauma torácico.

* caguerrero19@alumnos.otalca.cl

CC-CX-0073 | Cirugía General | Caso clínico

SHOCK SÉPTICO DE FOCO ABDOMINAL POR ISQUEMIA MESENTÉRICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Anaís Estefanía Órdenes Cáceres^{1*}, Ignacia Catalina Bravo Miranda², Manuel Alejandro Guedeney Sepúlveda³, Javiera Isidora Zuleta Hernández⁴,

⁵Francisca Isabel Asenjo Peña⁵.

^{1,2,3,4} Interna/o de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

⁵ Tutor/a. Médico Cirujano, EDF en CESFAM Salvador Allende Gossens, Tierra amarilla, Chile.

Introducción: La isquemia mesentérica (IM) es la interrupción del flujo sanguíneo intestinal de causa embólica, trombótica o por hipoperfusión. Es infrecuente, sin embargo, su incidencia aumenta en población geriátrica con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El diagnóstico es un desafío debido a su clínica inespecífica, siendo el dolor abdominal desproporcionado su síntoma principal, pudiendo progresar a sepsis secundario a necrosis y translocación bacteriana (3). Se diagnostica mediante angiotomografía computada (angio-TC) con contraste. El tratamiento busca la revascularización precoz empleando procedimientos endovasculares o cirugía.

Objetivo: Destacar la importancia del alto índice de sospecha para diagnosticar precozmente isquemia mesentérica en pacientes geriátricos con factores de riesgo cardiovascular.

Presentación de caso: Mujer de 73 años con diabetes, hipertensión y dislipidemia consulta por dolor abdominal y diarrea de dos semanas de evolución. Ingresa hipoperfundida, con laboratorio indicativo de acidosis metabólica, hiperlactatemia y parámetros inflamatorios elevados. Con diagnóstico de shock séptico de foco abdominal se inició soporte vasoactivo y antibióticos (ceftriaxona-metronidazol). Hemocultivos y cultivo para *C. difficile* negativos. A las 24 horas persiste dolor abdominal desproporcionado, distensión y lactato elevado, por lo que se sospecha isquemia mesentérica. Angio-TC evidencia estenosis >70% en arteria mesentérica superior. A las 48 horas se realiza angioplastia con balón, logrando mejoría clínica, descenso de parámetros inflamatorios y resolución de acidosis, con evolución favorable posterior.

Discusión y conclusiones: Este caso demuestra cómo la IM, puede causar necrosis intestinal y translocación bacteriana, manifestándose como sepsis. La presentación subaguda dificulta el diagnóstico temprano, resaltando la importancia del alto índice de sospecha, especialmente en población geriátrica con FRCV. El angio-TC fue crucial para identificar la etiología, permitiendo que los antibióticos y la revascularización endovascular precoz fueran eficaces para revertir el cuadro y evitar complicaciones. Por ende, la IM debe considerarse diagnóstico diferencial de sepsis con foco abdominal en población geriátrica.

Palabras clave: Isquemia Mesentérica, Choque séptico, Abdomen agudo.

* anais.ordenes2@gmail.com

CC-CX-0083 | Cirugía General | Caso clínico

EL ROL DE LA BRIDA PRIMARIA: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO SIN CIRUGÍAS PREVIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gabriela Espinoza Cabrera^{1*}, Isidora Albayay González², Hinly Sacaan Sun³, Matías Vega Zurita⁴, René Oyarzún Palacios⁵.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

⁵ Tutor. Cirujano General, Jefe Servicio Cirugía, Hospital Provincial Dr. Adalberto Steeger, Talagante, Chile.

Introducción: La obstrucción intestinal (OI) es mundialmente prevalente, requiriendo manejo médico/quirúrgico. El 90% afecta intestino delgado (ID), cuya principal causa son las bridas, con predisponente las cirugías previas (CP).

Objetivo: El objetivo del presente caso es destacar la importancia de bridas congénitas como causa infrecuente de OI en adultos sin CP.

Presentación de caso: Paciente masculino de 68 años, asmático, secuelado de poliomielitis, sin CP. Consulta por presentar 5 días de vómitos fecaloideos y epigastralgia. Al examen físico destaca dolor a la palpación abdominal difusa. Laboratorios sanguíneos sin alteraciones. Se realiza tomografía axial computarizada abdominopélvica (TAC AP) que impresiona suboclusión intestinal.

Se hospitaliza para manejo médico con sonda nasogástrica no aspirativa, proquinéticos y analgesia endovenosa. Inicialmente evoluciona favorablemente, pero, posteriormente presenta mala tolerancia oral, sin eliminación de gases y distensión abdominal. En nuevo TAC AP impresiona distensión de asas de ID con cambio abrupto de calibre en asas de íleon.

Se decide laparotomía exploradora por sospecha de OI observándose asa fija en íleon por adherencia que produce asa ciega, además de múltiples adherencias fijas intraabdominales. Realizan adherenciólisis y resección parcial de íleon. Posteriormente, evoluciona favorablemente, logrando tolerancia oral al tercer día y resolución completa al quinto día.

Discusión y conclusiones: La OI es una patología prevalente, con una alta morbilidad, siendo aproximadamente el 20% de las etiologías de abdomen agudo quirúrgico. Las bridas congénitas son causa de OI infrecuente, con incidencia de 5.9% de todas las causas. Estas permanecen asintomáticas durante la vida y posteriormente causan OI en edad adulta, como en el caso expuesto, sin variación sintomatológica comparando con otras etiologías.

Destacamos la importancia de una alta sospecha de bridas primarias como etiología de OI en adultos sin CP, ya que su sospecha temprana puede prevenir retrasos en el manejo quirúrgico.

Palabras clave: Intestino delgado, Obstrucción intestinal, Laparotomía, Abdomen agudo, Íleon.

* gabriela.espinoza1@cloud.uaautonoma.cl

CC-CX-0085 | Cirugía General | Caso clínico

FUSIÓN DE LA VÍA BILIAR: SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO IV COMO COMPLICACIÓN COLEDOCOLITIÁSICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Joaquín Andrés Navarro Fuentes^{1*}, Teresita Belén Miranda García², Isidora Marlene Albayay González³, Francia Rocío Belén Molina Coronado⁴, Leonor del Pilar Guerrero Pino⁵, Andrés Gustavo Carreño Calderón⁶, Antonia Bañados Cordero⁷.

^{1,2,3,4,5} Interno/a medicina 7mo año, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile

⁶ Tutor/a. Médico especialista en Cirugía general, Hospital Complejo Asistencial Padre Las Casas, Padre las Casas, Chile

⁷ Tutor/a. Médico cirujano, Hospital Complejo Asistencial Padre Las Casas, Padre las Casas, Chile

Introducción: El Síndrome de Mirizzi es una rara complicación de la coledocolitiasis, que se produce por la impactación persistente de un cálculo en el bacinete o conducto cístico, provocando inflamación crónica, que comprime extrínsecamente el conducto hepático común o colédoco, que de no intervenir, forma alteraciones anatómicas que complican su eventual abordaje quirúrgico.

Objetivo: Documentar un caso infrecuente de complicación secundaria a litiasis biliar crónica, enfatizando el valor diagnóstico y terapéutico de la endoscopia. En fases avanzadas del síndrome de Mirizzi, estudios no invasivos como la colangioresonancia pueden no evidenciar la fístula, siendo la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) fundamental para confirmación.

Presentación de caso: Masculino de 49 años, hipertenso, con antecedentes de cólicos biliares recurrentes desde los 18 años y hospitalización previa por coledocolitiasis manejada con prótesis biliar por imposibilidad de extracción completa de cálculos y sin visualización de vesícula biliar. Ingresa por ictericia, fiebre y dolor abdominal, destacando patrón colestásico. La colangioresonancia impresiona coledocolitiasis con dilatación severa de la vía biliar. Se hospitaliza en contexto de colangitis aguda moderada, iniciándose antibióticos y analgesia. Se realiza ERCP que evidencia síndrome Mirizzi tipo IV, vesícula atrófica de 30 mm de cuerpo y fondo, asociado a cálculo impactado en unión colecistocolédociana. Se efectúa esfinterotomía y litotripsia, sin complicaciones. Con cirugía hepatobiliar definitiva diferida.

Discusión y conclusiones: A pesar de su baja prevalencia global, esta entidad es más frecuente en Chile, donde por confluencia de diversos factores de riesgo hay mayor predisposición a patologías biliares. Por esto es fundamental su sospecha, realizando una anamnesis detallada orientando a una posible alteración anatómica biliar, junto con el antecedente de intervenciones biliares anteriores.

Como se observa en este caso, se pueden plantear múltiples abordajes quirúrgicos con ERCP, donde con una visualización directa del interior de la vía biliar van desde lavados hasta derivación biliodigestiva.

Palabras clave: Colangitis, Coledocolitiasis, Síndrome de Mirizzi

* joaquin.navarro@cloud.uaautonoma.cl

CC-CX-0099 | Cirugía General | Caso clínico

PIOMIOSITIS EN MÚSCULO ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Javiera Andrea Ovalle Gayoso^{1*}, Felipe Tomás Valenzuela Pastén², Camila Belén Riquelme Urrutia³, Darío Roberto De la Jara Roa⁴, Karen Estefanía Yañez Bustos⁵.

^{1,2,3,4} Interno, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

⁵ Tutor/a. Médico cirujano, Becada de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

Introducción: La piomiositis es una infección bacteriana supurativa primaria del músculo esquelético, infrecuente en climas templados, se caracteriza por dolor a la palpación del músculo, fiebre y formación de abscesos. Dentro de los diagnósticos diferenciales encontramos celulitis, absceso linfático y/o fascitis necrosante. Su diagnóstico es fundamental, porque se asocia a complicaciones graves como sepsis, trombosis venosa y compromiso de la vía aérea.

Objetivo: Analizar un caso de piomiositis, destacando la importancia del diagnóstico y manejo oportuno.

Presentación de caso: Paciente femenina, 59 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II no insulino requirente, hipertensión arterial e hipotiroidismo en tratamiento. Consulta por 4 días de evolución de aumento de volumen cervical derecho doloroso asociado a sensación febril. Al examen físico aumento de volumen aproximadamente 2x3 centímetros con eritema y calor local, sin foco de infección cercano. Se solicita escáner de cuello con contraste que informa colección líquida de 15x23x32 mm en tercio distal del esternocleidomastoideo (EMC) derecho.

Se hospitaliza para manejo con ceftriaxona y clindamicina. Se realiza cervicotomía transversa exploradora, salida de abundante pus del EMC, se toma cultivo, además, aseo quirúrgico, procedimiento sin inconvenientes. Se rescata cultivo positivo para *Staphylococcus aureus*. Evoluciona favorable clínicamente con completando 4 semanas de antibióticos, por lo que se decide alta médica.

Discusión y conclusiones: La piomiositis es infrecuente en nuestro país, representando un reto diagnóstico, debe sospecharse en presencia de absceso cervical en personas inmunocomprometidas. El estudio de imágenes sirve para delimitar la colección. El tratamiento combina tratamiento antibiótico de amplio espectro durante 4 semanas, cubriendo *Staphylococcus aureus*, microorganismo más frecuente, y drenaje quirúrgico. Dentro de los signos de alarma encontramos disnea, estridor, disfagia severa o elevación del piso de la boca, donde debe solicitarse imagen de control para evaluación.

El diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinario, permite un desenlace favorable y evita complicaciones potencialmente letales.

Palabras clave: Piomiositis, Infecciones de los Tejidos Blandos, Músculo esternocleidomastoideo.

* j.ovalle02@ufromail.cl

CC-CX-0102 | Cirugía General | Caso clínico

VESÍCULA BILIAR GIGANTE COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE COLECISTITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Andrea Hernández Díaz^{1*}, Diego Alonso Jiménez Aguilera², Daniela Fernanda Garrido Quevedo³, Jorge Andrés López Weitzel⁴, Vicente Joaquín Soto Zúñiga⁵, Catalina Ignacia Cortés Concha⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno Universidad de Santiago de Chile

⁶ Tutor/a. Medica Cirujana, Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: La vesícula biliar tiene dimensiones normales entre 7-10 cm de largo y 4 cm transverso, con capacidad de 50 cc, hasta 300 cc frente a obstrucción¹. En Chile, la enfermedad biliar es prevalente, siendo su complicación principal, la colecistitis aguda y la principal causa de esta, la colelitiasis (20%). Si secundario a una obstrucción, se altera la anatomía vesicular, superando sus dimensiones habituales, se considera una vesícula biliar gigante (VBG), algunas fuentes la describen como aquella mayor a 14 cm^{3,4,5}. Aunque las patologías biliares son frecuentes, la VBG es atípica, encontrándose no más de ocho casos descritos en el mundo⁴.

Objetivo: Describir forma atípica de colecistitis aguda, contribuyendo al conocimiento del médico general, dada la alta prevalencia de la patología biliar en Chile.

Presentación de caso: Mujer, 34 años, sin antecedentes, presenta 4 días de náuseas, vómitos y dolor epigástrico. Ingresa estable, abdomen blando, depresible y doloroso, Murphy (+). Al laboratorio: leucocitosis 14.670, PCR 58 y enzimas hepáticas normales. Tomografía abdomen-pelvis: "Vesícula biliar con distensión marcada, medida longitudinal de 152 mm, diámetro transversal de 30x31 mm. Engrosamiento de pared hasta 4 mm, imágenes cállicas en fondo vesicular y bacinete, en relación a colecistitis litiasica". Se hospitaliza con tratamiento antibiótico. Posteriormente se realiza colecistectomía laparoscópica, con buena evolución y alta en 72 horas.

Discusión y conclusiones: La VBG resulta atípica en la práctica. Su fisiopatología es desconocida. Se sospecha etiología valvular que la distiende, impidiendo su drenaje y provocando un agrandamiento casi ilimitado⁴ lo que relaciona con síntomas más graves y complicaciones (colecistitis y obstrucción)⁵. El tratamiento es la colecistectomía laparoscópica, aunque el tamaño complica la intervención, con mayor tiempo quirúrgico y riesgo de conversión. Es fundamental el diagnóstico previo, para evitar complicaciones asociadas a esta variación de la anatomía normal.

Palabras clave: Colecistectomía, Colecistitis Aguda, Colelitiasis, Vesícula Biliar.

* carolina.hernandez.d@usach.cl

CC-CX-0104 | Cirugía General | Caso clínico

HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: REPORTE DE CASO

Juan Erasmo Torres Sanhueza^{1*}, Lucas Daniel Bascur Moenen-Lozoz², Karen Marcela Sotomayor Medel³, Matías Ignacio Fica Villarroel⁴, Daniel Andrés Reyes Molina⁵, Andrés Aguilar Aguilera⁶.

^{1,2,3,4} Interno(a) Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

⁵ Alumno(a) Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

⁶ Tutor/a. Residente de cirugía, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La hernia de Amyand corresponde a la presencia del apéndice vermiforme dentro del saco de una hernia inguinal, representando menos del 1% de estas últimas, con una mayor incidencia en niños. La asociación con apendicitis aguda es aún menos frecuente, alcanzando solo el 0,13% de los casos de apendicitis. El diagnóstico suele realizarse intraoperatoriamente y el manejo depende de la presencia de apendicitis asociada y del grado de contaminación.

Objetivo: Dar a conocer la hernia de Amyand como una entidad infrecuente, destacando sus fundamentos de diagnóstico y manejo quirúrgico.

Presentación de caso: Hombre de 83 años, colecistectomizado, consulta en urgencias por una semana de dolor inguinal derecho con irradiación a extremidad inferior, asociado a sensación febril. Al examen físico destaca abdomen doloroso en fosa ilíaca derecha y aumento de volumen inguinal ipsilateral, con signo de Blumberg positivo. Se solicitan exámenes complementarios que evidencian elevación de parámetros inflamatorios, además de una TAC de abdomen y pelvis que muestra signos de apendicitis aguda en relación a hernia de Amyand. Se procede a laparoscopia, describiéndose hernia inguinal directa derecha atascada con apéndice gangrenoso en su interior, por lo que se realiza apendicectomía laparoscópica y posteriormente herniorrafia inguinal abierta sin uso de malla. El paciente completa postoperatorio sin complicaciones y se decide alta al tercer día.

Discusión y conclusiones: La hernia de Amyand con apendicitis concomitante en adultos mayores es una entidad rara que requiere alta sospecha diagnóstica, siendo el diagnóstico principalmente intraoperatorio y apoyado por estudios de imagen como la TAC. La clasificación de Losanoff y Basson orienta el manejo quirúrgico, principalmente en la utilización de malla en tipo I y II, como su exclusión en IV y III dependiendo el caso, permitiendo evoluciones postquirúrgicas favorables como se observa en nuestro caso.

Palabras clave: Hernia de Amyand, apendicitis complicada, caso clínico.

* j.torres22@ufromail.cl

CC-CX-0108 | Cirugía General | Caso clínico

SÍNDROME COMPARTIMENTAL SECUNDARIO A FLEGMASIA CERULEA DOLENS: COMPLICACIONES OLVIDADAS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

Paolo Alexander Ruiz Gómez^{1*}, Ivania Scarlett Vizcarra Rojas², Solange Gabriel Rivera Canihuante³, David Andrés Vega Fernández⁴, Lucas Fabián Morales Salgado⁵, Monica Nazareth Rondon Rodríguez⁶.

^{1,2,3,4} Interno de medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Chile.

⁵ Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Chile.

⁶ Tutor/a. 3 Médico general, becada de R3 de Cirugía General, Hospital regional de Antofagasta

Introducción: La flegmasia cerúlea dolens (FCD) es una forma infrecuente pero grave de trombosis venosa profunda (TVP) masiva, caracterizada por obstrucción extensa del sistema venoso superficial y profundo. Su rápida progresión puede desencadenar tromboembolismo pulmonar (TEP), síndrome compartimental y gangrena venosa, constituyendo una urgencia médico-quirúrgica de alta morbilidad.

Objetivo: Presentar un caso de FCD complicada con síndrome compartimental y TEP, destacando la importancia del diagnóstico precoz y el manejo quirúrgico oportuno.

Presentación de caso: Varón de 48 años, con antecedentes de TVP previa, IAM con stent, HTA, DM2, policitemia y consumo de anfetaminas, consulta por cuadro de dolor súbito punzante EVA 8, aumento de volumen y coloración violácea en extremidad inferior izquierda. Ante sus antecedentes y la alta sospecha de FCD, se solicita Angio-TAC de extremidades inferiores que evidencia trombosis venosa extensa desde vena ilíaca común a femoral sin compromiso arterial. Se decide manejo en pabellón, puesto que la indicación quirúrgica se basó en clínica compatible con síndrome compartimental (turgencia de compartimentos y dolor al estiramiento pasivo) y FCD, corroborada intraoperatoriamente. Se realizó embolectomía venosa, fístula arteriovenosa y fasciotomías descompresivas. El postoperatorio se complicó con shock hipovolémico y TEP bilateral segmentario, manejado con anticoagulación e intensivo soporte hemodinámico. Evolucionó con infección de herida operatoria, tratada con antibióticos de amplio espectro. Durante su hospitalización requirió cierres quirúrgicos secuenciales de fasciotomías, aseos operatorios y vigilancia estrecha por riesgo de amputación. Tras 28 días hospitalizado, se logra alta médica con preservación de la extremidad y estudio ambulatorio de trombofilias.

Discusión y conclusiones: La FCD es una entidad de progresión fulminante que puede derivar en complicaciones severas como síndrome compartimental y TEP. Este caso resalta la necesidad de un reconocimiento clínico precoz y un abordaje quirúrgico inmediato cuando la trombólisis no está indicada, siendo determinante para la preservación de la extremidad y la vida del paciente.

Palabras clave: Embolectomía, Flegmasia cerúlea dolens, Síndrome compartimental, Tromboembolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda.

* paolor37@gmail.com

CC-CX-0111 | Cirugía General | Caso clínico

CUANDO LA VESÍCULA INVADE AL COLON: PRESENTACIÓN INUSUAL DE CARCINOMA VESICULAR AVANZADO

Jacques Ives Grandón Campos^{1*}, Nicolás Andrés Venegas Zapata², Raúl Octavio Andrés Orellana Suazo³, Camila Noemi Riquelme Ortiz⁴, Sofía Monserrat Vargas Rocha⁵, Ignacio Mauricio Santos Grant⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

⁶ Tutor/a. Médico cirujano, Becado cirugía general, Hospital regional.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia maligna más frecuente del árbol biliar, generalmente diagnosticada en etapas avanzadas por su curso silente. Su forma de presentación es inespecífica, con dolor abdominal y síntomas constitucionales, siendo infrecuente que debute como una obstrucción intestinal. Entre las causas de obstrucción intestinal, el íleo biliar representa aproximadamente 1-4% de los casos, constituyendo una forma de presentación excepcional de patología biliar maligna.

Objetivo: Describir un caso de cáncer de vesícula biliar que debuta como obstrucción intestinal, resaltando su importancia en el diagnóstico diferencial de cuadros obstructivos.

Presentación de caso: Paciente femenina de 68 años, con antecedentes de coleditis, hernia umbilical y hernia inguinal izquierda operada, que consultó en urgencias por cuadro de dos semanas de dolor abdominal progresivo, acompañado de vómitos recurrentes y baja de peso no cuantificada. Al ingreso, abdomen distendido y anictérica. Los exámenes mostraron perfil hepático normal. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidenció engrosamiento neoplásico de vesícula biliar con infiltración al ángulo hepático del colon, generando obstrucción intestinal y dilatación de asas. Se efectuó laparotomía exploradora, encontrándose tumor vesicular infiltrativo con múltiples implantes mesentéricos; se realizó ileostomía terminal y biopsias. El estudio histopatológico confirmó carcinoma poco diferenciado con metástasis en epiplón. Fue evaluada en comité oncológico, definiéndose manejo paliativo con quimioterapia. Evolucionó con progresión metastásica avanzada, falleciendo meses después del diagnóstico.

Discusión y conclusiones: El debut del cáncer vesicular como obstrucción intestinal es sumamente infrecuente. Se ha descrito principalmente por invasión directa o metástasis colónicas, con raros reportes de íleo biliar asociado. Este caso enfatiza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha en adultos mayores con factores de riesgo y síntomas obstructivos atípicos, ya que la detección suele ocurrir en etapas irresecables con opciones limitadas. Difundir estas presentaciones amplía el espectro clínico conocido del cáncer vesicular.

Palabras clave: Cáncer, vesícula, Metástasis.

* jacques.ives07@gmail.com

CC-DE-0016 | Dermatología | Caso clínico

TIÑA INCÓGNITA REFRACTARIA EN PACIENTE CON PSORIASIS INVERSA: EL DESAFÍO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lucas Daniel Bascur Moenen-Lozoz^{1*}, Valentina Belén Aguirre Araya², Benjamín Ignacio Moya Villalobos³, María Francisca Castillo Briones⁴, Juan Erasmo Torres Sanhueza⁵, Karen Marcela Sotomayor Medel⁶, Roberto Esteban Reveco Betancourt⁷.

^{1,2,3,4,5,6} Interno(a) Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico dermatólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: Las enfermedades dermatológicas crónicas y extensas son un reto diagnóstico frecuente, donde nuevas manifestaciones se atribuyen erróneamente a diagnósticos previos. La tiña incógnita es una forma modificada de dermatofitosis, en la que el uso inapropiado de corticosteroides tópicos o el mal control de enfermedades crónicas, como la diabetes, enmascaran sus características clínicas, dificultando un diagnóstico oportuno.

Objetivo: Relevar la importancia de considerar tiña incógnita en el diagnóstico diferencial de dermatosis extensas crónicas.

Presentación de caso: Hombre, 64 años, antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y psoriasis inversa confirmada por biopsia en 2019. Consulta por placas anulares extensas en región axilar, pectoral, glúteos y muslo izquierdo. Al examen físico, presenta lesiones con borde circinado y aclaramiento central, junto a pápulas cupuliformes violáceas. Se inició tratamiento con terbinafina 250 mg/día. Tras mejoría inicial, las lesiones reaparecen y se extienden, planteándose resistencia clínica. Se realiza biopsia que muestra micosis profunda y cultivo positivo para *Trichophyton rubrum* con colonización bacteriana secundaria. Se confirma diagnóstico de tiña corporis extensa y se descarta psoriasis como causa de dermatosis. Se cambia tratamiento a itraconazol 100 mg cada 12 horas por 6 semanas, con buena respuesta y monitorización clínica hasta resolución completa.

Discusión y conclusiones: La tiña incógnita es un diagnóstico que debe considerarse ante lesiones crónicas en pacientes con comorbilidades y antecedentes de psoriasis, especialmente cuando hay uso previo de corticosteroides tópicos. La sospecha de resistencia ante mala respuesta inicial y la definición adecuada de la duración y seguimiento del tratamiento son claves para evitar recurrencias. El diagnóstico temprano y correcto, apoyado en estudios microbiológicos, es fundamental para el manejo adecuado y evitar tratamientos inapropiados que dificultan la resolución de la infección.

Palabras clave: Tiña atípica, tiña incógnita, dermatofitosis.

* l.bascur02@ufromail.cl

CC-DE-0026 | Dermatología | Caso clínico

MADAROSIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS OLVIDADAS EN LA PRÁCTICA DEL MÉDICO GENERAL

Amany Chaaban Díaz^{1*}, Pedro Enrique Tapia Letelier², Eduardo Ramírez González³, Claudia Muñoz Palacios⁴, Francisca Paz Parra Agurto⁵, Amany Chaaban Díaz⁶.

¹ Médica cirujana. Departamento de Salud Hualañé, Curicó, Chile.

^{2,3,4} Médico cirujano. Centro de Salud Familiar Doctor Marcelo Lopetegui, Osorno, Chile

⁵ Médica cirujana. Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

⁶ Tutor/a. Médica cirujana. Departamento de Salud Hualañé, Curicó, Chile.

Introducción: Las alopecias corresponden a la pérdida de folículos pilosos preexistentes, manifestada por disminución de la densidad capilar. La madarosis hace referencia a la pérdida de cejas o pestañas y puede tener múltiples causas (inflamación, autoinmunes, endocrinas, entre otras).

Los trastornos tiroideos pueden afectar la actividad del folículo piloso. El hipertiroidismo puede causar adelgazamiento y rotura del cabello, además de madarosis (signo temprano). El hipotiroidismo presenta alopecia difusa, cabello opaco, quebradizo, áspero, delgado; puede afectar cejas y pestañas, siendo característica la pérdida del tercio lateral de las cejas.

Entre los trastornos autoinmunes destacan la alopecia areata y la alopecia fibrosante frontal (AFF). Esta última se caracteriza por recesión bilateral de la línea de implantación capilar, asociada a pérdida total o parcial de cejas, menos frecuente de pestañas y vello corporal. Puede acompañarse de tricodinia o prurito. En la tricoscopia son característicos el eritema y descamación perifolicular.

Objetivo: Describir hallazgos que permitan diferenciar madarosis asociadas a trastornos tiroideos de la AFF.

Presentación de caso: Mujer de 55 años, con hipertiroidismo de larga data y posterior tiroidectomía total por cáncer tiroideo (2023). Consultó reiteradamente por pérdida difusa de las cejas de 10 años de evolución, atribuida siempre a sus patologías tiroideas pese a tener TSH y T4L normales. En 2025 se evidencia madarosis casi total de las cejas y retroceso de línea de implantación frontoparietal. Sin tricodinia.

Se derivó con sospecha de AFF, confirmada por especialista.

Discusión y conclusiones: La madarosis difusa junto al retroceso de la línea de implantación capilar orienta a una AFF, apoyado por exámenes tiroideos normales y ausencia de otras placas alopécicas. El diagnóstico de la AFF es fundamentalmente clínico, la histopatología se solicita solo si la clínica no es concluyente. El objetivo del tratamiento es evitar la progresión cicatricial irreversible mediante fármacos como corticoides, inmunomoduladores tópicos, hidroxicloroquina, entre otros.

Palabras clave: Alopecia, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, Pérdida de cabello.

* achaaband@gmail.com

CC-DE-0059 | Dermatología | Caso clínico

PILOLEIOMIOMA MÚLTIPLE EN PACIENTE JOVEN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL FRENTE A QUELOIDES Y RELEVANCIA CLÍNICA DE LESIONES DOLOROSAS

Camila Andrea Arévalo Morales^{1*}, Roger Angelo Román Saguer², Sofía Ignacia Arévalo Morales³, Katherinne Daniela Tenorio Pérez⁴, Gabriel André Bertoni del Pino⁵, Emilia Javiera Del Carmen Neves Jiménez⁶.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

⁵ Médico EDF, Hospital de Curepto, Curepto, Chile

⁶ Tutor/a. Médico Dermatóloga, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Introducción: Los piloleiomiomas son tumores benignos de músculo liso poco frecuentes, originados en los músculos erectores del pelo, ubicados frecuentemente en extremidades, luego tronco y raramente en cabeza y cuello. Afecta principalmente a la segunda o tercera década de vida, sin prevalencia de género. Clínicamente aparecen como pápulas o nódulos firmes, rojo-marrón, dolorosos o sensibles, de hasta 20 mm, con distribuciones simétrica, blaschkoide, diseminada o zosteriforme. El dolor, desencadenado por frío o presión, constituye un hallazgo característico que puede afectar la calidad de vida.

Objetivo: Presentar un caso clínico de piloleiomioma múltiple, destacando su rareza, la importancia del diagnóstico diferencial frente a queloides y otras lesiones cutáneas, y la utilidad de la evaluación dermatológica especializada.

Presentación de caso: Paciente masculino de 20 años con antecedentes de asma bronquial, derivado a Dermatología por lesiones cutáneas consideradas queloides desde hace 2 años en tórax anterior. Se observaron tumores redondeados, sésiles, rojo intenso, de bordes bien delimitados, agrupados en pectoral izquierdo y región escapular izquierda. Una de las lesiones presentó dolor significativo a la palpación. La biopsia confirmó piloleiomioma, sin evidencia de malignidad.

Discusión y conclusiones: El piloleiomioma debe considerarse en pacientes jóvenes con nódulos cutáneos dolorosos, especialmente cuando se confunden con queloides u otras lesiones benignas. Los diagnósticos diferenciales incluyen angiolipoma, neurilemoma, tumor glómico, neuroma, tumor de células granulares y espiradenoma ecrino. El manejo del dolor incluye fármacos como el nifedipino, nitroglicerina y la doxazosina, que se centran en reducir la contracción del músculo liso de la unidad pilosebácea, junto con medicamentos dirigidos a los nervios como la gabapentina y pregabalina. El uso de crioterapia ha dado resultados desalentadores. El diagnóstico preciso mediante examen clínico detallado y biopsia permite diferenciar estas lesiones y orientar un manejo adecuado, especialmente en casos sintomáticos relevantes.

Palabras clave: Leiomioma, Neoplasias cutáneas, Queloides.

* camila.arevalo.morales.99@gmail.com

CC-DE-0090 | Dermatología | Caso clínico

LIQUEN PLANO CUTÁNEO CON COMPROMISO INTERTRIGINOSO: REPORTE DE CASO CLÍNICO CON LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Felipe Tomás Valenzuela Pastén^{1*}, Camila Belén Riquelme Urrutia², Darío Roberto De la Jara Roa³, Javiera Andrea Ovalle Gayoso⁴, Pablo Joaquín Briceño Valenzuela⁵, Gastón Adolfo Briceño Rivera⁶.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

⁵ Estudiante de medicina, Facultad de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

⁶ Tutor/a. Médico dermatólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

Introducción: El liquen plano cutáneo (LPC) es una dermatosis inflamatoria crónica inmunomediada con hallazgos clínicos e histopatológicos característicos. Clásicamente afecta superficies flexoras de extremidades y tronco. La afectación de zonas intertriginosas, como axilas o pliegues submamarios, es infrecuente y puede simular otras enfermedades cutáneas, dificultando el diagnóstico clínico. Reconocer estas formas atípicas es esencial para evitar retrasos diagnósticos y confusiones con dermatosis como candidiasis, psoriasis invertida o dermatitis de contacto. Respecto al tratamiento, como primera línea se describe el uso de corticoides tópicos o sistémicos. Escalando en tratamiento se encuentran el uso de retinoides, antibióticos, antipalúdicos, inmunomoduladores o fototerapia. En casos refractarios se pueden llegar a utilizar agentes biológicos.

Objetivo: Describir un caso de LPC con localización atípica en áreas intertriginosas, destacando la importancia del diagnóstico diferencial y confirmación histopatológica.

Presentación de caso: Paciente femenina de 55 años, con antecedentes de cáncer ovárico tratado en seguimiento y síndrome del manguito rotador. Consultó por aparición de lesiones pruriginosas axilares bilaterales, pliegues submamarios y pliegues inguinales, inicialmente eritematosos y luego hiperpigmentados, con mala respuesta a corticoides tópicos, orales y antihistamínicos. Al examen se observaron placas violáceas con hiperpigmentación residual. Previo consentimiento informado, se realizaron biopsias en ambas axilas, que revelaron infiltrado liquenoide intenso con degeneración vacuolar de queratinocitos basales, sin evidencia de vasculitis, hallazgos compatibles con LPC.

Discusión y conclusiones: Este caso resalta una presentación clínica infrecuente de LPC en áreas intertriginosas. Esto puede retrasar el diagnóstico al simular otras dermatosis inflamatorias o infecciosas. La histopatología es fundamental para la confirmación diagnóstica e inicio oportuno de un tratamiento adecuado. Además, la refractariedad a terapias convencionales observada en esta paciente refleja la dificultad terapéutica y subraya el impacto significativo en la calidad de vida, lo que convierte a estas formas atípicas en un desafío clínico que exige estrategias de manejo personalizadas.

Palabras clave: Biopsia, Dermatosis, Liquen plano.

* f.valenzuela09@ufromail.cl

CC-DE-0098 | Dermatología | Caso clínico

PSORIASIS PUSTULOSA GENERALIZADA EN EMBARAZO: REPORTE DE CASO Y ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO.

Mariana Del Pilar Arriagada Vásquez^{1*}, Javiera Alejandra Núñez Narvarte², Paulina Rocío Bello Silva³, 20.808.746-0⁴, Agustina Eleonora Guzmán Rossi⁵.

^{1,2,3} Interna de 7º año de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile

⁴ Interna de 6º año de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile

⁵ Tutor/a. Dermatóloga, Hospital Clínico Herminia Martín, Chillán, Chile

Introducción: La psoriasis pustulosa generalizada (GPP) es una enfermedad inflamatoria poco frecuente y grave, caracterizada por pústulas estériles sobre piel eritematosa difusa y compromiso sistémico. Su fisiopatología involucra la vía de la interleucina-36 (IL-36) y mutaciones en IL36RN. La evidencia clínica es limitada y proviene de reportes y consensos. El tratamiento incluye medidas de soporte, inmunosupresores y biológicos; entre estos, spesolimab, antagonista del receptor de IL-36, ha mostrado eficacia. No obstante, la GPP mantiene alta morbilidad asociada a sepsis y falla multiorgánica.

En el embarazo —denominada impétigo herpetiforme— se asocia con parto prematuro y mortalidad materno-fetal. Los cambios fisiológicos gestacionales modifican la farmacocinética y la respuesta terapéutica, afectando biodisponibilidad y metabolismo de fármacos, lo que obliga a equilibrar eficacia y seguridad materno-fetal. Algunos fármacos atraviesan la placenta o se concentran en la leche materna, condicionando su uso.

Objetivo: Reportar un caso de GPP en embarazo avanzado, describiendo evolución clínica y las implicancias terapéuticas.

Presentación de caso: Mujer de 32 años, multipara de 1, con antecedente de psoriasis, cursando embarazo de 35+4 semanas. Consultó por brote pustuloso doloroso en extremidades, abdomen y brazos, sin compromiso mucoso ni palmo-plantar. Se descartó síndrome hipertensivo. Fue hospitalizada y tratada con vaselina, clobetasol 0,05% y antibiótico EV, con mejoría parcial. A las 37 semanas reingresó por dolor y edema en pierna derecha; Doppler descartó trombosis, diagnosticándose celulitis. Se indicó cefazolina EV y profilaxis antitrombótica. Dermatología diferió ciclosporina para el puerperio. Cesárea electiva a las 38 semanas, con evolución favorable.

Discusión y conclusiones: La GPP en embarazo representa un desafío terapéutico por su rareza y falta de guías específicas. Aunque el manejo fue adecuado, podrían evaluarse alternativas inmunomoduladoras y medidas de soporte adicionales. Este caso refuerza la importancia del abordaje multidisciplinario y evaluación farmacológica materno-fetal individualizada para reducir complicaciones.

Palabras clave: Adaptación Biológica, Embarazo, Factores Biológicos, Productos Biológicos, Psoriasis

* marriagada@medicina.ucsc.cl

CC-GO-0013 | Ginecología y Obstetricia | Caso clínico

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO EN PACIENTE EMBARAZADA SOMETIDA A TROMBOASPIRACIÓN MECÁNICA: REPORTE DE CASO

Florencia Castillo Larraín^{1*}, Daniela Ignacia Tapia Valdivia², Tania Hayde Gatica Olmos³, Tamara Andrea Gatica Olmos⁴, Esteban Arellano Donoso⁵.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

⁵ Tutor/a. Médico Internista, Residente UPC, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) representa una de las principales causas de morbimortalidad materna en países desarrollados, con una incidencia estimada entre 1 por 500 a 1 por 2000 embarazos y una mortalidad que puede superar el 2 % en ausencia de tratamiento oportuno. El embarazo conlleva un estado de hipercoagulabilidad fisiológica que, sumado a factores de riesgo como trombofilias, cesárea previa, obesidad, edad materna avanzada o inmovilización, aumenta significativamente la probabilidad de TEP. El diagnóstico precoz y la elección terapéutica adecuada son determinantes para la supervivencia materno-fetal.

Objetivo: Describir un caso de TEP masivo en paciente embarazada tratada mediante tromboaspiración mecánica, destacando la relevancia del manejo multidisciplinario y las consideraciones terapéuticas en este contexto.

Presentación de caso: Paciente de 40 años, con miomatosis uterina y embarazo de 9 + 6 semanas, consultó por disnea progresiva, tos y hemoptisis. AngioTAC evidenció TEP bilateral masivo con disfunción ventricular derecha. Se realizó tromboaspiración mecánica con catéter Penumbra 8 Fr, logrando recanalización de aproximadamente 95 % de la carga trombótica. Evolucionó favorablemente en UCI con anticoagulación ajustada, sin requerir soporte vasoactivo ni oxigenoterapia. El embarazo continuó con desarrollo normal al alta.

Discusión y conclusiones: La tromboaspiración mecánica constituye una alternativa terapéutica en pacientes con TEP masivo cuando la trombolisis sistémica presenta alto riesgo de sangrado, especialmente en gestantes. Permite una rápida reducción de la carga trombótica preservando la estabilidad hemodinámica y evitando la exposición fetal a fármacos trombolíticos. La selección cuidadosa de la paciente y el abordaje interdisciplinario son esenciales. El seguimiento post alta debe incluir control ecocardiográfico, anticoagulación prolongada y profilaxis en el puerperio para prevenir recurrencias.

El TEP masivo en el embarazo es infrecuente pero potencialmente letal. La tromboaspiración mecánica representa una opción terapéutica eficaz y segura en casos seleccionados, favoreciendo la recuperación materna y la viabilidad fetal.

Palabras clave: Embarazo, Embolia pulmonar, Trombectomía.

* castflorecia@gmail.com

TERCER LUGAR CATEGORÍA CASOS CLÍNICOS

CC-GO-0047 | Ginecología y Obstetricia | Caso clínico

SECUESTRO PULMONAR FETAL: DIAGNÓSTICO PRENATAL INFRECLENTE CON MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

José Tomás Ordóñez Aburto^{1*}, Valentina Paz Macaya Caro², Jorge Eduardo Troncoso Rojas³, Valentina Belén Aguirre Araya⁴, Benjamín Ignacio Moya Villalobos⁵, Sergio Enrique Romero Ortiz⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno(a) Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

⁶ Tutor/a. Hospital Hernán Henríquez Aravena

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente que consiste en tejido pulmonar no funcional irrigado por circulación sistémica. Su hallazgo prenatal es inusual y obliga a una planificación obstétrica y neonatal anticipada en contextos de embarazos de alto riesgo.

Objetivo: Describir un caso de diagnóstico prenatal de secuestro pulmonar fetal asociado a polihidroamnios y alteraciones del crecimiento, enfatizando la importancia del manejo multidisciplinario y de la programación del parto.

Presentación de caso: Paciente de 33 años, G2P1, con antecedente de cesárea anterior y obesidad. Durante embarazo cursó con diabetes mellitus gestacional manejada con dieta. En ecografía de la semana 28 se identificó masa torácica fetal izquierda hiperecogénica de 40x 50 x 50 mm, con desplazamiento mediastínico y vascularización dependiente de la aorta, pulmón derecho hipoplásico, compatible con secuestro pulmonar, polihidroamnios y crecimiento fetal >p97. Se complementa estudio con resonancia magnética que informa lesión en hemitórax izquierdo, hiperintensa en secuencia T2, de aproximadamente 60 x 58 x 55 mm. Presenta un vaso que nace de la aorta torácica en su tercio inferior, que se distribuye por la lesión, con efecto de masa y desplazamiento del mediastino hacia el lado contralateral. Se concluye imagen sugerente de secuestro pulmonar. Estudio de cariotipo normal. El caso fue evaluado por obstetricia de alto riesgo, medicina materno-fetal y cirugía pediátrica, decidiéndose manejo expectante, cesárea programada a las 38 semanas y reserva de cama en UCI neonatal. Se realiza cesárea programada, con recién nacido vivo de peso 3990 grs, APGAR 6-8, evoluciona con insuficiencia respiratoria por lo que se traslada a UPC.

Discusión y conclusiones: El secuestro pulmonar es una patología infrecuente que se asocia a complicaciones en el desarrollo fetal y nacimiento, con lo cual el diagnóstico precoz es fundamental para coordinar el manejo obstétrico y neonatal, disminuyendo riesgos y optimizando el pronóstico perinatal.

Palabras clave: Anomalías Congénitas, Diagnóstico Prenatal, Polihidramnios, Secuestro Broncopulmonar

* jtordonezaburto@gmail.com

CC-GO-0071 | Ginecología y Obstetricia | Caso clínico

EMBARAZO MOLAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SANGRADO UTERINO ANORMAL EN MUJER PERIMENOPÁUSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cynthia Marina Yáñez Hormazábal^{1*}, Diana Margarita Isabel Huina Mardones², Camila Valentina Jerez Álvarez³, Daphne Camila Roxana Molina Torres⁴, Camila Paz Domínguez Feliú⁵.

^{1,2,3,4} Interna de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

⁵ Tutor/a. Residente de Ginecología y Obstetricia, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San José, Santiago, Chile.

Introducción: La mola hidatiforme (MH) es una forma premaligna de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) originada por proliferación anormal del trofoblasto. Los factores de riesgo son edad materna avanzada, embarazo molar o aborto espontáneo previo y factores dietéticos. Se presenta con sangrado uterino anormal (SUA), hiperémesis y expulsión vaginal de vesículas molares. Se sospecha con niveles de beta-gonadotropina coriónica humana (β -hCG) >80.000 U/L y hallazgos ecográficos característicos, confirmándose histopatológicamente.

La relevancia del caso es que esta patología suele presentarse en mujeres en edad reproductiva, pero en raras ocasiones en mujeres posmenopáusicas y perimenopáusicas, y el retraso en el diagnóstico aumenta el riesgo de progresión a ETG neoplásica.

Objetivo: Establecer la relevancia de considerar el embarazo molar como diagnóstico diferencial en SUA en mujeres perimenopáusicas.

Presentación de caso: Mujer de 55 años, G6P6A0, perimenopáusica. Consulta por 3 semanas de dolor abdominal, vómitos y metrorragia. Al examen destaca masa hipogástrica fija y dolorosa, al tacto vaginal: Cuello posterior, largo, permeable 1 dedo, sangrado genital escaso. La ecografía transvaginal evidencia tumor endometrial de 137x73 mm heterogéneo, intracavitario estricto. Se hospitaliza con sospecha de cáncer endometrial. Evoluciona con metrorragia con vesículas, se solicita β -hCG en 839.253 mUI/ml. Por sospecha de mola, se realiza histerectomía con salpingooforectomía bilateral. Estudio de diseminación sin hallazgos. La biopsia confirma MH completa y es dada de alta con β -hCG en descenso.

Discusión y conclusiones: Generalmente los SUA en mujeres perimenopáusicas se deben a hiperplasia endometrial, cáncer endometrial o cáncer de cuello uterino, dificultando el planteamiento diagnóstico de MH. Tsukamoto et al. reportaron 20 mujeres con ETG mayores de 50 años, ninguna de las cuales se diagnosticó inicialmente como MH. Por ello, resulta relevante considerarla como diagnóstico diferencial de SUA en mujeres perimenopáusicas, con el fin de evitar retrasos en el tratamiento.

Palabras clave: Enfermedad trofoblástica gestacional, Mola hidatiforme, Perimenopausia.

* c.marina.yh@gmail.com

CC-GO-0075 | Ginecología y Obstetricia | Caso clínico

MANEJO DE UN CASO DE ABSCESO PERICLITORIANO: ABORDAJE TERAPÉUTICO Y REVISIÓN DE ALGORITMOS PARA UNA EMERGENCIA GINECOLÓGICA INUSUAL

Camilo Salvador Gallegos Vargas^{1*}, Francisca Alejandra Moncada Riquelme², Carmen Paz Cuadra Lago³, Alex Gomberoff Yudilevich⁴, Francisco Javier Quispe Medina⁵, Fernanda Castro Vargas⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁶Tutor/a. Becada de Ginecología, Hospital Barros Luco, Santiago, Chile.

Introducción: El absceso periclitoriano es una entidad clínica extremadamente rara, con incidencia desconocida. Se presenta con un área fluctuante, dolorosa e inflamada alrededor del clítoris. Algunos casos se asocian con enfermedad pilonidal o traumatismo genital, otros ocurren espontáneamente. Su edad de presentación se encuentra en un rango entre los 8 y los 53 años. La fisiopatología de los abscesos espontáneos es poco clara debido a la escasez de casos reportados.

Objetivo: Presentar un caso de absceso periclitoriano y analizar el enfoque terapéutico en base a la evidencia actual y algoritmos de manejo.

Presentación de caso: Mujer de 20 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos. Consulta por tumoración dolorosa en región pubiana de 5 días de evolución tras rasurado genital. Al ingreso en buen estado general, afebril y normotensa. El examen físico mostró lesión de 3 cm sobre capuchón clitoriano con drenaje purulento espontáneo y parámetros inflamatorios elevados. El manejo incluyó drenaje quirúrgico bajo anestesia y aseo con suero fisiológico, seguido de amoxicilina/ácido clavulánico durante 14 días con resolución completa sin recurrencia.

Discusión y conclusiones: Conclusión: El diagnóstico del absceso periclitoriano es clínico apoyado en exámenes de laboratorio; el estudio con imágenes o microbiología se reserva para casos complicados o recurrentes. Dentro de los agentes microbiológicos más frecuentes se encuentran cocáceas gram positivas y anaerobios, destacando *actinomyces turicensis* en casos recurrentes. El manejo óptimo combina antibioticoterapia empírica de amplio espectro y drenaje quirúrgico temprano. La marsupialización se reserva para casos recurrentes. Dentro de las complicaciones la principal es la recurrencia, de la cual no se dispone de cifras exactas. Otras son necesidad de reintervención, alteraciones anatómicas locales y posible impacto reproductivo. Es esencial un manejo delicado que preserve la función neurovascular del clítoris y prevenga secuelas funcionales.

Palabras clave: absceso periclitoriano, algoritmo de manejo, drenaje quirúrgico, marsupialización, recurrencia.

* camilo.gallegos@uc.cl

CC-GO-0109 | Ginecología y Obstetricia | Caso clínico

FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR EN TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA A SÍNDROME DE VENA CAVA INFERIOR POR MIOMA UTERINO GIGANTE

Cristóbal Nicolás Faúndez Castillo^{1*}, Milenka Sofía Belaustegui Paravich², Claudio Aquiles Retamal Lizana³, Isabella Perez Manrique⁴, Josefina Dávila Wenk⁵, Enzo-alejandro Alonso Muñoz Maureira⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno/a de Medicina de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁶Tutor/a. Médico Cirujano, Residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Los miomas uterinos gigantes son extremadamente infrecuentes. Se definen como un tumor benigno mayor a 11.4 kilogramos, que pueden estar asociados a complicaciones severas determinadas principalmente por el efecto de masa. En relación a esto, se han reportado casos de síndrome de vena cava inferior (SVCI) secundario a miomas gigantes, debido a la obstrucción parcial o completa del flujo venoso, aumentando considerablemente el riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE).

Objetivo: Describir el SVCI como una complicación severa de los miomas uterinos gigantes, así como contribuir a la discusión sobre opciones terapéuticas seguras como el filtro de vena cava inferior (FCVI) en pacientes de alto riesgo tromboembólico y contraindicaciones de anticoagulación

Presentación de caso: Mujer de 46 años en tratamiento por ETE, consulta por nuevo dolor y edema en extremidad inferior derecha. Al examen físico se palpa masa abdominopélvica de gran tamaño desde hipocondrio derecho hasta pelvis, móvil e indolora al tacto vaginal, compatible con mioma. Laboratorio destaca anemia moderada (hemoglobina 7.8 g/dL), rescatándose antecedente de hipermenorrea de larga data. Tomografía computarizada informa mioma de 21 centímetros comprimiendo la vena cava inferior, asociado a trombosis de vena renal izquierda y arterias pulmonares. Ante gran riesgo tromboembólico una vez retirado mioma, se acuerda en comité multidisciplinario manejo con FCVI transitorio previo a histerectomía. Evoluciona favorable post-procedimiento, retirándose FCVI sin complicaciones.

Discusión y conclusiones: La histerectomía por mioma gigante representa un reto quirúrgico, especialmente en contexto de ETE por SVCI. Al descomprimir abruptamente la vena cava inferior aumenta el riesgo de embolia de los trombos formados por la estasia sanguínea de larga data secundaria a la compresión del mioma. A su vez, es un procedimiento con alto riesgo de sangrado, contraindicando la anticoagulación. En este contexto, el FCVI es una alternativa terapéutica eficaz y segura, disminuyendo considerablemente el riesgo de tromboembolismo perioperatorio.

Palabras clave: Palabras claves: Mioma, Tromboembolia, Vena Cava Inferior, Filtros de Vena Cava.

* cristobalfaundez@uc.cl

CC-GO-0118 | Ginecología y Obstetricia | Caso clínico

CARCINOMA MAMARIO INVASIVO EN EMBARAZO CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA DE DIFÍCIL MANEJO Y RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: REPORTE DE CASO

Aldo Ignacio Fendez Guerrero^{1*}, Florencia Andrea Valdivieso Pantoja², Paulo Tomas Cueto Brito³, Roberto Bastián Ruz Aguilar⁴, Macarena Paz Dassonvalle Muñoz⁵, Alejandra Francisca Plaza Rasjido⁶.

^{1,4,5} Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

^{2,3} Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

⁶ Tutor/a. Ginecóloga Obstetra, Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Viña del Mar, Chile.

Introducción: El cáncer de mama durante el embarazo ocurre en 1/3.000 gestaciones y es la neoplasia maligna más frecuente en gestantes, exigiendo un abordaje multidisciplinario entre equipos obstétricos y oncológicos. La coexistencia de hipertensión arterial (HTA) y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) implican un alto riesgo obstétrico (ARO), agregando complejidad al abordaje.

Objetivo: Destacar la importancia del manejo multidisciplinario e individualizado en patologías oncológicas durante la gestación asociado a patologías de ARO.

Presentación de caso: Paciente de 41 años gestante de 26 semanas, con HTA crónica de difícil manejo, diabetes gestacional y diagnóstico de cáncer de mama a las 15 semanas de embarazo, pendiente resolución quirúrgica. Usaria de metildopa, amlodipino y aspirina. Acude a urgencias por presiones arteriales elevadas (167/108 mmHg), asintomática. Al examen físico destaca nódulo pétreo en mama derecha y linfadenopatía supraclavicular. Se hospitaliza para estudio, control de presiones y maduración corticoidal. Se agrega tercer antihipertensivo (hidralazina), logrando presiones adecuadas. Proteinuria y exámenes de severidad para preeclampsia normales. Ecografía obstétrica reveló RCIU (<p2.5) con Doppler normal, manteniendo seguimiento estricto en ARO.

Durante hospitalización, según indicación de comité oncológico, se realiza mastectomía parcial derecha con disección axilar y biopsia diferida a las 31 semanas, reportando carcinoma ductal invasivo intermedio con carcinoma ductal in situ, bordes libres, sin invasión linfovascular ni perineural, y 1/22 ganglios axilares positivos con compromiso extracapsular, clasificándose como luminal A, T1N1M0.

Se programó interrupción a las 34 semanas para radioterapia y hormonoterapia precoz postparto debido al estadio del cáncer, alto riesgo teratogénico y de toxicidad fetal.

Discusión y conclusiones: La cirugía mamaria en embarazo es segura, preferentemente en el segundo trimestre, aunque puede realizarse en cualquier etapa según indicación. Este caso resalta la relevancia del manejo coordinado, permitiendo tratamiento oportuno, control tensional y vigilancia fetal, equilibrando pronóstico materno y bienestar fetal.

Palabras clave: Cáncer de mama, Embarazo, Alto riesgo obstétrico.

* aldofendez.g@gmail.com

CC-MI-0080 | Medicina Intensiva | Caso clínico

URGENCIA VITAL EN VENTILACIÓN MECÁNICA: REPORTE DE NEUMOTÓRAX A Tensión IATROGÉNICO

Marisol Beláustegui Mellard^{1*}, Valentina Caballería Venegas², Constanza Doren Ilabaca³, Carolina Estrada Bujanda⁴, Roberto Novoa Saavedra⁵.

^{1,2,3,4} Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile

⁵ Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Quillota, Chile.

Introducción: El neumotórax a tensión iatrogénico es una complicación grave de la ventilación mecánica invasiva, especialmente en pulmones con daño estructural. Su detección precoz es crítica, pues el retraso diagnóstico puede ser rápidamente letal.

Objetivo: Evidenciar cómo el reconocimiento temprano del neumotórax a tensión y la intervención inmediata mediante drenaje pleural determinan la supervivencia en pacientes críticos.

Presentación de caso: Paciente de 73 años con hipertensión arterial, institucionalización y secuelas de accidente cerebrovascular consultó por disnea intensa, taquipnea y uso de musculatura accesorio. Presentaba edema de extremidades inferiores y murmullo pulmonar disminuido con sibilancias y crépitos. La radiografía de tórax mostró consolidación basal y signos de edema pulmonar agudo. Se administraron broncodilatadores, hidrocortisona y furosemida, sin respuesta, por lo que se intubó durante el traslado, iniciándose ventilación mecánica con VT a 10 ml/kg, PEEP 8 mmHg, FR 20 RPM y relación I:E 1:1.5.

Ingresó a urgencias sedado y mal acoplado al ventilador, con murmullo pulmonar aún más disminuido. La gasometría mostró acidosis respiratoria severa (pH 7.2, pCO₂ 64.7 mmHg) e hiperkalemia. Posteriormente presentó hipotensión que requirió noradrenalina. Una radiografía evidenció neumotórax a tensión derecho asociado a neumonía. Se realizó punción de emergencia en quinto espacio intercostal e instalación de tubo pleural, logrando estabilización hemodinámica. Completó 4 días de estadía en UCI, luego de lo que se logró retirar de ventilación invasiva. Posterior a una semana, se retiró tubo pleural, con buena evolución.

Discusión y conclusiones: El caso demuestra cómo ventilación con VT y PEEP elevados en un pulmón comprometido por consolidación y edema puede inducir barotrauma y neumotórax hipertensivo iatrogénico. La incidencia en pacientes ventilados oscila entre 6-13%, siendo mayor en consolidaciones extensas. La clave del manejo es el diagnóstico clínico inmediato, pues la demora en el drenaje aumenta la mortalidad.

Palabras clave: Barotrauma, Neumotórax, Ventilación mecánica.

* marisol.belmel@gmail.com

CC-MU-0018 | Medicina de Urgencias | Caso clínico

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A ANEURISMA VERTEBRAL: REPORTE DE CASO DESDE EL ÁREA DE URGENCIA

Daniela Ignacia Tapia Valdivia^{1*}, Florencia Castillo Larraín², Ignacia Carolina Román Castillo³, Álvaro Fabián Urrutia Donoso⁴, Nicole Beatriz Zagal Oliva⁵, Esteban Arellano Donoso⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Internista, Residente UPC, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) de origen aneurismático es una emergencia neurológica grave, con alta morbilidad, cuyo diagnóstico y manejo inicial en el servicio de urgencias son determinantes para el pronóstico.

Objetivo: Presentar un caso de HSA de fosa posterior secundaria a aneurisma vertebral, enfatizando en el rol del equipo de urgencias en el reconocimiento y manejo inicial.

Presentación de caso: Mujer de 58 años, hipertensa y diabética sin adherencia a tratamiento, consulta en extrasistema en tres oportunidades por cervicalgia intensa y cefalea, manejada de manera ambulatoria. Posteriormente se exacerba con vómitos y síncope con relajación de esfínter. Al ingreso, neurológicamente sin déficit focal. Durante la evaluación en urgencias presenta crisis convulsiva tónica, manejada con lorazepam. Luego desarrolla compromiso de conciencia, vómitos y bradicardia en contexto de hipertensión arterial. Scanner cerebral muestra HSA en fosa posterior. AngioTAC revela aneurisma sésil en segmento V4 de arteria vertebral derecha (6x4 mm) y vasoespasma basilar. Se realiza intubación orotraqueal por compromiso neurológico y se deriva a centro neuroquirúrgico para drenaje ventricular externo. Evoluciona con extrema gravedad, requiriendo ventilación mecánica, doble soporte vasoactivo y con signos de disautonomía. TAC de control evidencia HSA difusa y edema cerebral. A pesar del manejo avanzado, evoluciona con ausencia de reflejos de tronco y diagnóstico de muerte encefálica confirmada el 11/09/2025.

Discusión y conclusiones: El manejo inicial en urgencias de la HSA aneurismática requiere alta sospecha clínica y rápida coordinación multidisciplinaria. Las lesiones de la circulación posterior, como los aneurismas del segmento vertebrobasilar, presentan peor pronóstico por su cercanía al tronco encefálico y alto riesgo de vasoespasma, hidrocefalia y compromiso vital temprano. La mortalidad en aneurismas de la fosa posterior puede alcanzar hasta un 40%, y la discapacidad severa es frecuente entre los sobrevivientes. Por ello, el reconocimiento oportuno y la estabilización inicial son determinantes para optimizar resultados funcionales y reducir la mortalidad neurológica asociada.

Palabras clave: Aneurisma, Hemorragia subaracnoidea, Tratamiento de urgencia.

* daniela.tapia@alu.ucm.cl

CC-MU-0083 | Medicina de Urgencias | Caso clínico

DOBLE EVENTO TROMBOEMBÓLICO EN URGENCIAS: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EMBÓLICO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MUJER JOVEN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza Doren Ilabaca^{1*}, Valentina Paz Díaz Jeldres², Haim Cohen Martínez³, Begoña Fernanda Aragón Rosales⁴, Renato Danilo Vásquez Lazarus⁵.
Nicolás Andrés Foncea Cortés⁶.

^{1,3} Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar

^{2,4,5} Universidad de Valparaíso, sede San Felipe

⁶ Tutor/a. Hospital San Camilo, San Felipe

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) se asocia clásicamente a aterosclerosis coronaria, mientras que la embolia coronaria es infrecuente ($\approx 3\%$). La coexistencia con tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye un escenario excepcional y clínicamente desafiante.

Objetivo: Resaltar la importancia de evaluar estados protrombóticos al momento de ingreso de pacientes con eventos tromboticos, destacando la necesidad del enfoque integral y multidisciplinario.

Presentación de caso: Mujer, 37 años, sin mórbidos, consultó en urgencias por lipotimias y mareos de tres semanas de evolución. Electrocardiograma mostró supradesnivel de ST en pared inferior, indicándose coronariografía, que evidenció oclusión tromboembólica proximal de arteria coronaria derecha, confirmando IAM embólico. Se realizó tromboaspiración e implante de stent con reperusión satisfactoria. Reingresa a urgencias.

Ecocardiograma mostró alteraciones motoras leves. Laboratorio evidenció anemia severa (Hb 5 g/dL), requiriendo transfusiones. AngioTAC reveló TEP agudo, asintomático. Es derivada a centro de mayor complejidad para completar estudio de causas autoinmunes, neoplásicas, ginecológicas, ferropénicas, digestivas e infecciosas de anemia asociada a eventos tromboembólicos.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra un inusual doble evento tromboembólico simultáneo: IAM embólico y TEP agudo. El primero debe sospecharse en situaciones de estados protrombóticos o arritmias, con manejo distinto al del IAM aterosclerótico. La coexistencia con TEP obliga a descartar causas como trombofilias, autoinmunes, anemia ferropénica y neoplasias ocultas. En pacientes jóvenes, los estados de hipercoagulabilidad adquiridos y hereditarios deben considerarse prioritariamente. Entre los adquiridos, el síndrome antifosfolípido destaca como causa relevante, requiriendo confirmación en controles posteriores. Las hereditarias también constituyen diagnósticos diferenciales, especialmente ante historial familiar. La fisiopatología del IAM embólico incluye trombosis in situ, embolismo paradójal o émbolos intracavitarios. La ausencia de aterosclerosis significativa en esta paciente respalda su origen embólico. La sospecha clínica y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para establecer el origen y orientar tratamiento y seguimiento.

Palabras clave: Embolia coronaria, Infarto del Miocardio, Tromboembolia Pulmonar.

* ConstanzaDoreni@gmail.com

CC-MU-0100 | Medicina de Urgencias | Caso clínico

FIBRILACIÓN AURICULAR PREEXCITADA EN WOLFF PARKINSON WHITE COMPLICADA CON INFARTO AL MIOCARDIO TIPO 2 EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO.

Hernán Felipe Escobar Rojas^{1*}, Sebastian Alejandro Escobar Molina², Josefa Paz Véliz Astorga³, Nyckolas Torres Alfaro⁴.

^{1,2} Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

³ Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

⁴ Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Gustavo Fricke, Viña del mar, Chile.

Introducción: El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) tiene una prevalencia estimada de 0,1-0,3% en la población general, siendo en la mayoría de los casos asintomáticos. No obstante, esta condición puede predisponer a taquicardias reentrantes y a fibrilación auricular (FA) preexcitada, capaz de comprometer la hemodinamia y producir lesión isquémica miocárdica por demanda (infarto tipo II).

Objetivo: Se presenta el siguiente caso dada la presentación infrecuente y potencialmente grave de WPW en paciente adolescente.

Presentación de caso: Adolescente de 17 años, acude a servicio de urgencias por palpitaciones y dolor retroesternal opresivo de 3 horas de evolución. A su ingreso; electrocardiograma, mostró taquicardia irregular de complejo ancho y onda delta, compatible con posible FA preexcitada. Troponina ultrasensible 52 a la hora y 56 ng/L a las 2 horas, sin supradesnivel del ST, ecocardiograma con fracción de eyección (FEVI) 60% y discreta hipocinesia septal. A las 12 hrs se realiza coronariografía sin lesiones significativas, por lo que se descartó lesión coronaria isquémica como causa de síndrome coronario, diagnosticándose como infarto agudo al miocardio tipo II. Se inicia manejo con flecainida como terapia puente y enoxaparina. Fue programada ablación. Evoluciona de manera favorable, hemodinamia estable, siendo dada de alta a los 5 días sin complicaciones.

Discusión y conclusiones: En adolescentes con dolor torácico, taquiarritmia y preexcitación, la troponina discretamente elevada suele reflejar isquemia por demanda. Ante FA preexcitada, las guías recomiendan evitar bloqueadores nodales y amiodarona. Si el paciente está estable, considerar procainamida como manejo agudo o cardioversión eléctrica si hay inestabilidad o fracaso farmacológico. La ablación de la vía accesorio es la estrategia definitiva. En ausencia de cardiopatía estructural, la flecainida es razonable como terapia puente para reducir recurrencias y velocidad de conducción por la vía accesorio hasta la ablación.

Palabras clave: Atrial Fibrillation, Myocardial Ischemia, Wolff-Parkinson-White Syndrome.

* h.escobarrojas@uandresbello.edu

CC-MU-0112 | Medicina de Urgencias | Caso clínico

AMAUROSIS FUGAZ BILATERAL COMO ÚNICO SÍNTOMA INICIAL DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR OCCIPITAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paulina Sofía Raby Ibacache^{1*}, Macarena Fernanda Jiménez Galindo², Daniela Andrea Guerra Pérez³, Claudio Aquiles Retamal Lizana⁴, Fernanda Javiera Gamboa Carvajal⁵, Matías Sapunar Valencia⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Cirujano, Residente de Oftalmología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son la quinta causa de muerte en EE. UU.; sólo un 5–10% corresponden a ictus de la arteria cerebral posterior (ACP), cuya presentación clínica es variada e inespecífica. La amaurosis fugaz (AF), pérdida visual transitoria habitualmente monocular por hipoperfusión retiniana o fenómenos embólicos carotídeos, es un equivalente de accidente isquémico transitorio (TIA) y marcador de riesgo vascular. Cuando el compromiso es binocular, debe sospecharse isquemia de la circulación posterior. En estos casos, la ceguera aislada puede representar un TIA vertebrobasilar, incluso sin otros síntomas neurológicos. Los reportes que vinculan AF con infarto occipital bilateral son escasos.

Objetivo: Presentamos un caso en que un episodio de pérdida visual precedió a un infarto occipital bilateral, resaltando su valor como signo de alarma.

Presentación de caso: Hombre de 72 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por una semana de pérdida visual intermitente. El examen oftalmológico mostró estrechez arteriolar y cruces patológicos, sospechándose AF. En urgencias ingresó hipertenso, con vértigo, alteraciones de la marcha, disartria y cuadrantopsia superior derecha. La resonancia evidenció múltiples infartos isquémicos agudos-subagudos en territorios posteriores y perforantes, con compromiso cerebeloso, tronco encefálico, talámico y occipital bilateral (predominio derecho). Se inició antiagregación, estatinas y hospitalización (NIHSS 4). Evolucionó favorablemente y fue dado de alta a la semana con disartria leve y cuadrantanopsia inferior derecha (NIHSS 2).

Discusión y conclusiones: La pérdida visual transitoria puede ser la única manifestación de un TIA vertebrobasilar y evolucionar a un infarto establecido en la ACP. Tanto la AF carotídea como la de origen occipital deben considerarse síntomas de alarma que requieren estudio y manejo precoz. Este caso refuerza la importancia de reconocer la AF bilateral como predictor de ACV posterior y aportar a la escasa literatura existente.

La detección temprana de AF bilateral es clave para prevenir ACV occipital y mejorar el pronóstico clínico.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Amaurosis fugaz, Ataque Isquémico Transitorio, Infarto occipital bilateral.

* paulina.raby.i@gmail.com

CC-NC-0041 | Neurocirugía | Caso clínico

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Agustín Antonio Águila Nahuelpán^{1*}, Paula Pía Argandoña Ocampos², José Ignacio Carvallo Espinoza³, Diego Sebastián Cárdenas Avello⁴, Francisco Andrés Valderrama Chesta⁵, Carolina Denise Pincheira Castillo⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

⁶ Tutor/a. Becada de pediatría, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La enfermedad de Moyamoya es una patología cerebrovascular infrecuente caracterizada por una estenosis progresiva de la arteria carótida interna y formación de vasos colaterales. El hallazgo clásico en la angiografía se describe como “bocanada de humo”.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de un paciente pediátrico con Enfermedad de Moyamoya.

Presentación de caso: Masculino de 9 años en seguimiento por trastorno por déficit de atención, trastorno oposicionista desafiante y autismo atípico. Presenta cuadro de deterioro motor progresivo del hemicuerpo derecho e hipoestesia izquierda, asociado a episodios de desconexión con el medio.

La resonancia magnética informa una lesión puntiforme en la corona radiada frontal izquierda. La angiografía por resonancia magnética informa múltiples lesiones superficiales y profundas de aspecto isquémico secuelar y estenosis carotídea terminal.

Se discute caso en comisión de neurocirugía, compatible con enfermedad de Moyamoya estadio IV según clasificación de Suzuki. Se realiza encéfalo-durosinangiosis del hemisferio derecho y posteriormente del izquierdo. Durante el seguimiento el paciente presenta mejoría de síntomas motores y conductuales, sin episodios de accidente cerebrovascular.

Discusión y conclusiones: La clínica es variada, incluye: déficit motor, corea, deterioro cognitivo, ataque isquémico transitorio. En este paciente una de las manifestaciones fue el cambio de conducta. La progresión se estratifica según la clasificación de Suzuki, basada en hallazgos imagenológicos que describen la evolución de la estenosis carotídea y formación de vasos colaterales. Es una enfermedad progresiva, por lo que el pronóstico mejora significativamente con un tratamiento temprano. El riesgo de accidente cerebrovascular aumenta anualmente en pacientes no tratados.

El tratamiento es la revascularización quirúrgica. En población pediátrica se prefieren técnicas de revascularización indirecta por su menor complejidad. La enfermedad de Moya Moya es de difícil diagnóstico por su baja incidencia y manifestaciones clínicas inespecíficas. Se debe considerar como diferencial ante cuadros de deterioro neurológico progresivo.

Palabras clave: Enfermedad de Moyamoya, Procedimientos Neuroquirúrgicos, Trastornos de la Conducta Infantil

* a.aguila02@ufromail.cl

CC-NC-0063 | Neurocirugía | Caso clínico

ANEURISMA ROTO DE COMUNICANTE ANTERIOR COMPLICADO CON RESANGRADO Y SÍNDROME DE TERTON BILATERAL: REPORTE DE UN CASO

María Graciela Paz Cantellano Calderón^{1*}, Maximiliano Anselmo Silva González², Marcos Ignacio Ramírez Palma³.

^{1,2} Universidad de Magallanes

³ Tutor/a. Hospital Clínico de Magallanes

Introducción: Los aneurismas cerebrales son dilataciones localizadas que aparecen en zonas de debilidad de las arterias cerebrales. Cerca del 85% se encuentran en la circulación anterior. La hemorragia subaracnoidea (HSA) por ruptura de aneurisma es una emergencia neurológica. Los aneurismas de la arteria comunicante anterior (ACoA) son comunes, pero su manejo se complica frecuentemente por resangrado y vasoespasmo. El Síndrome de Terson (hemorragia intraocular) es una complicación subdiagnosticada que impacta severamente la calidad de vida.

Objetivo: Presentar un caso complejo de aneurisma de ACoA roto, destacando el manejo de múltiples complicaciones y la importancia de la clasificación de gravedad para definir el pronóstico.

Presentación de caso: Paciente femenina, 50 años, con antecedente de hipertensión, ingresa por cefalea ictal y compromiso de conciencia (Glasgow 13 puntos). Se clasifica como Hunt-Hess Grado III. La tomografía computarizada cerebral mostró HSA difusa, Fischer Grado 3. La angiografía reveló un aneurisma sacular de ACoA. Se realiza clipaje en pabellón sin incidentes, evolucionando posteriormente con resangrado, por lo que es derivada a hospital de mayor complejidad.

Se realiza nueva angiografía que evidencia aneurisma con mamelón de ruptura, sin vasoespasmo. Se realiza reintervención quirúrgica logrando oclusión total del aneurisma roto, sin complicaciones. En angiografía de control se observa vasoespasmo de arteria carotídea, cerebrales medias y pericallosa izquierda. Progresa con severa disminución de la agudeza visual derecha y moderada a izquierda, se diagnostica hemorragia subhialoidea y síndrome de Terson bilateral, resultando en un mRS (Escala de Rankin Modificada) de 5 puntos.

Discusión y conclusiones: La rotura del aneurisma cerebral conlleva una elevada tasa de complicaciones y morbimortalidad. Este caso ilustra una cascada de complicaciones severas (resangrado, vasoespasmo y Síndrome de Terson) tras una HSA Grado III. A pesar del manejo agresivo y oportuno, el pronóstico funcional fue pobre, determinado por la complicación ocular, subrayando la necesidad de un manejo multidisciplinario intensivo.

Palabras clave: Aneurisma cerebral, hemorragia intraocular, hemorragia subaracnoidea.

* mcantell@umag.cl

CC-NC-0067 | Neurocirugía | Caso clínico

ANEURISMA ROTO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA EN PACIENTE ADOLESCENTE: COMPLEMENTARIEDAD ENTRE CIRUGÍA Y TERAPIA ENDOVASCULAR.

Maximiliano Anselmo Silva González^{1*}, Maria Graciela Paz Cantellano Calderón², Marcos Ignacio Ramirez Palma³.

^{1,2} Universidad de Magallanes

³ Tutor/a. Hospital Clínico de Magallanes

Introducción: Los aneurismas intracraneales en adolescentes son infrecuentes, pero su presentación abrupta como hemorragia subaracnoidea (HSA) genera alta morbilidad y mortalidad. Los aneurismas de la arteria cerebral media (ACM) suponen un reto quirúrgico por su cercanía a bifurcaciones críticas.

Objetivo: Reportar un caso de HSA secundaria a aneurisma roto de ACM en paciente adolescente, destacando la importancia de la complementariedad entre cirugía y terapia endovascular para mejorar resultados clínicos

Presentación de caso: Paciente femenina de 16 años, previamente sana, consulta por cefalea en trueno, vómitos y signos meníngeos, estableciéndose escala de gravedad Hunt y Hess Grado II. La tomografía computarizada (TC) mostró HSA difusa (Fisher grado 3) secundaria a aneurisma sacular roto de ACM izquierda. Se realizó clipaje quirúrgico de urgencia, frustrado por resangrado intraoperatorio, logrando control hemostático parcial y drenaje ventricular externo (DVE). Se realiza angio-TC de cerebro que evidencia correcta posición de DVE, sin mayor hematoma en lecho operatorio y con flujo distal al aneurisma. Posteriormente, fue derivada a centro de referencia, donde se efectuó exclusión completa con coils.

Durante la evolución presentó hipertensión intracraneal refractaria, requiriendo craneotomía descompresiva. Se documentó vasoespasma severo en arterias cerebrales anteriores, manejado mediante angioplastia farmacológica bilateral, con adecuada perfusión. Al seguimiento, se observó mejoría parcial de la conciencia y lenguaje, con algunas parafasias semánticas y paresia izquierda, manteniendo movilidad de las cuatro extremidades, estableciéndose un resultado funcional mediante Escala de Ranking Modificada (mRS) de 3 puntos.

Discusión y conclusiones: Este caso refleja la complejidad del manejo de aneurismas intracraneales en adolescentes. La cirugía inicial, permitió la estabilización vital; sin embargo, la terapia endovascular fue esencial para lograr la exclusión definitiva. La evolución posterior subraya la necesidad de un abordaje multidisciplinario, acceso oportuno a terapias de rescate como la angioplastia, y derivación temprana a centros especializados, factores claves para optimizar el pronóstico funcional.

Palabras clave: Aneurisma Arteria Cerebral, Adolescente, Hemorragia Subaracnoidea, Reparación Endovascular de Aneurismas, Vasoespasma Intracraneal.

* maxisilv@umag.cl

CC-NC-0077 | Neurocirugía | Caso clínico

DAÑO NEUROLÓGICO PROGRESIVO SECUNDARIO A MENINGIOMA ATÍPICO FRONTAL: DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y ABORDAJE NEUROQUIRÚRGICO EXITOSO.

Helena Nicole Norambuena Urra^{1*}, Roger Angelo Román Saguer², Javiera Andrea Arellano Sepúlveda³, Hellen Sofía Retamal Bravo⁴, Hugo Andrés Saavedra Lucero⁵, Juan Pablo Navarro Rojas⁶.

^{1,4} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

^{2,3,5} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

⁶ Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Intercultural Makewe, Padre las Casas, Temuco, Chile

Introducción: Los meningiomas atípicos (grado II según clasificación OMS 2021) representan aproximadamente el 20 % de los meningiomas intracraneales y se asocian a un comportamiento más agresivo, mayor índice mitótico ($\geq 4/10$ CGA) y riesgo de recurrencia elevado. En localización frontal, pueden generar hipertensión endocraneana, déficit motor y alteraciones conductuales secundarias al efecto de masa cortical y subfalcial. El tratamiento de elección es la resección completa (Simpson I–II), evaluando radioterapia adyuvante según extensión quirúrgica y marcadores proliferativos.

Objetivo: Reportar un caso de meningioma atípico frontal con compromiso óseo, enfatizando la toma de decisiones quirúrgicas, el análisis histopatológico bajo criterios OMS 2021 y la planificación del seguimiento postoperatorio.

Presentación de caso: Mujer de 62 años, con hipertensión, dislipidemia e hipotiroidismo, presentó cefalea progresiva, inestabilidad y enlentecimiento cognitivo de cuatro meses. TAC y RM evidenciaron lesión extraaxial frontoparietal izquierda de 6,8 cm, con hiperostosis, captación heterogénea y efecto de masa sobre ventrículo lateral. Ante deterioro neurológico progresivo y hallazgos compresivos, se realizó craneotomía fronto parietal izquierda con resección tumoral completa y craneoplastia con malla de titanio (Simpson II). Evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones, con recuperación motora y cognitiva. Biopsia: meningioma meningotelial; inmunohistoquímica pendiente para Ki-67 e índice mitótico, orientativo a grado II OMS 2021. Se da de alta con terapia antiepiléptica, esteroideal y control en policlínico en dos semanas.

Discusión y conclusiones: El meningioma atípico frontal constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. La decisión quirúrgica debe basarse en la correlación clínico-radiológica y en la posibilidad de resección radical segura. La resección completa reduce la recurrencia y optimiza el pronóstico funcional. La evaluación histopatológica integral y el seguimiento imagenológico protocolizado son esenciales para definir radioterapia adyuvante y detectar recurrencias tempranas.

Palabras clave: Creaneotomía, Histología, Meningioma

* helenanorambuenaorra@gmail.com

CC-NC-0110 | Neurocirugía | Caso clínico

ABSCESO EPIDURAL LUMBAR SECUNDARIO A FOCO ODONTOGÉNICO REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Sofía Araceli Escudero Fuentealba^{1*}, Andrés Erich Steuer Flández², Francisca Alejandra Menares Pillampel³, José Pablo Díaz Lorenzo⁴.

^{1,2,3} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

⁴ Tutor/a. Médico Neurocirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Residente de Neurocirugía, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile.

Introducción: Los abscesos en el espacio epidural son una colección purulenta que se localiza entre la duramadre y el canal medular. Se origina por extensión directa o por diseminación a partir de un foco infeccioso lejano. Es una patología poco frecuente, con una incidencia de 1:10.000.

Objetivo: Ampliar el diagnóstico oportuno de abscesos de raquis para adecuado tratamiento antibiótico y quirúrgico.

Presentación de caso: Paciente femenina de 68 años con antecedente de HTA, consulta por dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores de 4 días de evolución asociado a alteración de esfínteres y fiebre. Al examen neurológico destaca; paraparesia M3+, sin alteración sensitiva.

Laboratorio con leucocitosis 13.880, VHS 97 y PCR 15.03.

Al interrogatorio dirigido se pesquisa infección molar sin tratamiento.

En Resonancia magnética de columna lumbar se evidencia absceso epidural lumbar desde L3 a L5 por lo que se decide iniciar tratamiento antibiótico empírico asociado de cefazolina/ciprofloxacino y llevar a pabellón para laminectomía con evacuación de absceso, el espacio epidural presentaba material purulento, que fue evacuado y remitido a microbiología para su estudio etiológico, cirugía realizada sin complicaciones. Posterior a la intervención presenta mejoría de dolor radicular y recuperación de función esfinteriana, por cultivo intraoperatorio positivo a *Aggregatibacter Aphrophilus* se ajusta esquema antibiótico a ceftriaxona, completando 12 días de tratamiento. La evolución neurológica fue favorable con ausencia de déficits sensitivos y recuperación progresiva de fuerza en extremidades inferiores.

Discusión y conclusiones: El absceso epidural espinal representa una urgencia médica cuyo pronóstico depende del reconocimiento temprano y del tratamiento oportuno. Aunque su incidencia es baja, su evolución puede ser rápidamente progresiva, comprometiendo estructuras neurológicas críticas. Su diagnóstico debe sospecharse ante todo paciente con dolor radicular, fiebre y rigidez espinal. La resonancia magnética debe utilizarse como estudio diagnóstico de elección. El manejo de elección es una terapia antibiótica dirigida y quirúrgica precoz que evite el desarrollo de secuelas neurológicas.

Palabras clave: Absceso espinal epidural, Absceso epidural, laminectomía.

* sofiaescudero@gmail.com

CC-ORL-0023 | Otorrinolaringología | Caso clínico

OBSTRUCCIÓN LARÍNGEA INDUCIDA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SUBDIAGNOSTICADO DE ESTRIDOR RECURRENTE.

Florencia de Jesús Muñoz Cornejo^{1*}, Jocelyn Catalina Parada Contreras², Luciano Andrés Suazo Cerna³, Diego Andrés Oñate Ulloa⁴, Aníbal Esteban Retamales Escalante⁵.

^{1,2,3,4} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁵ Tutor/a. Médico Cirujano, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

Introducción: La obstrucción laríngea inducida (OLI) corresponde a un cierre paradójico y transitorio de la vía aérea superior, responsable de episodios agudos de disnea y estridor, frecuentemente confundidos con asma o anafilaxia. Su prevalencia se estima en un 2,8 % de los pacientes con disnea en urgencias, predominando en mujeres jóvenes. El diagnóstico se confirma mediante laringoscopia flexible o continua durante el ejercicio, aunque suele retrasarse por subregistro y variabilidad de criterios. Consensos recientes han consolidado el término OLI y enfatizado la importancia del abordaje multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos.

Objetivo: Caracterizar las manifestaciones clínicas y el diagnóstico oportuno de OLI.

Presentación de caso: Mujer de 54 años, hipertensa, asmática en control irregular y obesa, con historia previa de dos episodios similares al actual en los últimos meses. Desde la vacunación contra COVID-19 presenta episodios de estridor asociados a irritantes como humo o cloro, sin un factor claro. Ingresa a urgencias por disnea y estridor refractario al manejo inicial con broncodilatadores y corticoides. Al examen físico: estridor laríngeo audible a distancia, taquicárdica, hipertensa, saturación 97 % ambiente, uso de musculatura accesoria, sin otros hallazgos. Radiografía de tórax y exámenes sin alteraciones. Ante la persistencia de dificultad respiratoria se realiza intubación orotraqueal con buen acople y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En UCI evoluciona favorablemente con hidrocortisona y broncodilatadores, logrando extubación al segundo día. Evaluada por otorrinolaringología, se realizan nasofaringolaringoscopías seriadas que descartan lesiones estructurales, diagnosticándose OLI por exclusión. Se indica tratamiento con amitriptilina en dosis bajas, logoterapia y rehabilitación kinésica. Tras treinta y tres días de hospitalización, se otorga el alta con rehabilitación domiciliaria.

Discusión y conclusiones: La OLI es una condición subdiagnosticada que puede imitar asma, requiriendo laringoscopia para su confirmación. Su reconocimiento oportuno evita tratamientos innecesarios y permite un abordaje efectivo, destacando la importancia del manejo multidisciplinario.

Palabras clave: Estridor recurrente, Obstrucción laríngea inducida, Otorrinolaringología.

* flmunoz2018@udec.cl

CC-OF-0032 | Oftalmología | Caso clínico

COMPROMISO OCULAR SEVERO EN SÍNDROME DE STEVENS - JOHNSON: REPORTE DE CASO CON PÉRDIDA VISUAL TOTAL.

Sofía Ignacia Arévalo Morales^{1*}, Camila Andrea Arévalo Morales², Roger Angelo Román Saguer³, María Nelly Muñoz Urrutia⁴, Javiera Andrea Arellano Sepúlveda⁵, Ibrahim Leopoldo Gonzalez Escobar⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

⁶ Tutor/a. Oftalmólogo, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: El síndrome de Stevens–Johnson (SJS) es una reacción mucocutánea grave, mediada principalmente por fármacos, con incidencia estimada de 1-6 casos por millón de habitantes al año y mortalidad cercana al 10%. El compromiso ocular agudo ocurre en 50-80% de los pacientes y puede generar secuelas crónicas en hasta 90%, incluyendo simblefaron, queratinización palpebral, insuficiencia límbica y ceguera. La aplicación precoz de membrana amniótica reduce significativamente la progresión hacia daño irreversible.

Objetivo: Se presenta un caso de SJS con compromiso ocular severo en una paciente joven, que evolucionó desfavorablemente pese al tratamiento. Se destacan posibles desencadenantes farmacológicos, principalmente lamotrigina y cefadroxilo, ambos descritos en la literatura. Además de revisar el manejo empleado y destacar la necesidad de una evaluación precoz y un seguimiento estrecho para prevenir complicaciones graves.

Presentación de caso: Femenina de 18 años, con antecedente de epilepsia mioclónica juvenil y trastorno del ánimo, en tratamiento con ácido valproico y lamotrigina. Inició cefadroxilo por infección urinaria, desarrollando fiebre, odinofagia, lesiones mucocutáneas y conjuntivitis purulenta compatibles con SJS. A la segunda semana, fue evaluada por oftalmología, evidenciándose pseudomembranas y defecto epitelial corneal de 8 y 5 mm en ojo derecho e izquierdo respectivamente, mediante biomicroscopía. Se manejó con aseo, colirio antibiótico y lágrimas artificiales. A la tercera semana evolucionó con perforación corneal bilateral, que pese al manejo con injertos de membrana amniótica y, posteriormente, queratoplastias tectónicas, resultó en pérdida total de agudeza visual.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la importancia de una evaluación oftalmológica temprana y mantener un seguimiento estrecho en pacientes con SJS. La utilización de terapias locales agresivas en la fase aguda puede ser crucial para evitar desenlaces devastadores. La perforación corneal bilateral y la ceguera permanente, aunque infrecuentes, evidencian la necesidad de diagnóstico precoz, manejo multidisciplinario y protocolos estandarizados para prevenir complicaciones oculares severas.

Palabras clave: Compromiso ocular; Efectos adversos por medicamentos; Membrana amniótica; Perforación corneal; Síndrome de Stevens–Johnson.

* sofiare.morales@gmail.com

CC-ORL-0057 | Otorrinolaringología | Caso clínico

PRESENTACIÓN BILATERAL DE BOLA FÚNGICA MAXILAR: HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE CON SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Renato Vásquez Lazarus^{1*}, Begoña Aragón Rosales², Audrey Heim Neira³, Catalina Silva Arenas⁴, Cristóbal Díaz Muñoz⁵, María Paz Fonck Larraín⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

⁶Tutor/a. Médica Becada de Otorrinolaringóloga Hospital San Camilo, San Felipe, Chile

Introducción: La bola fúngica paranasal es la forma más frecuente de rinosinusitis fúngica no invasiva. Se caracteriza por la acumulación densa de hifas -principalmente de *Aspergillus fumigatus*- dentro de un seno paranasal, sin invasión mucosa, vascular ni ósea. Suele detectarse en adultos mayores inmunocompetentes, a menudo como hallazgo imagenológico. Habitualmente es unilateral y con desencadenante identificable; la bilateralidad es infrecuente (~0,5% en la mayor cohorte publicada).

Objetivo: Describir un caso de bola fúngica maxilar bilateral en una paciente adulta mayor, destacando su hallazgo incidental en neuroimagen y su relevancia clínica.

Presentación de caso: Paciente femenina de 77 años, hipertensa e hipotiroidea, que consultó a urgencias por síndrome confusional agudo (SCA) con verborrea, bradilalia y disartria. El laboratorio mostró hiponatremia de 129 mmol/L. La tomografía computada (TC) cerebral informó leucoencefalopatía microangiopática y ocupación de ambos senos maxilares con focos hiperdensos compatibles con micetoma fúngico. La resonancia magnética (RM) describió sinusitis maxilar bilateral. En la evaluación por neurología destacó pobre fluencia verbal y facie hipomímica, sin focalidad neurológica; se interpretó un SCA autolimitado. Dado los hallazgos imagenológicos, otorrinolaringología (ORL) evaluó a la paciente y, en ausencia de clínica de sinusitis maxilar, interpretó el cuadro como bola fúngica maxilar bilateral. Se decide manejo ambulatorio, sin necesidad quirúrgica urgente, con manejo médico con aseos nasales

Discusión y conclusiones: Se reporta un hallazgo incidental de bola fúngica maxilar bilateral durante el estudio de un SCA en una paciente sin síntomas rinológicos. Este caso enfatiza la revisión sistemática de las neuroimágenes más allá de la hipótesis diagnóstica inicial y el reconocimiento de patrones radiológicos característicos. La identificación oportuna de estas lesiones, aunque asintomáticas, permite derivación, manejo y seguimiento adecuados por ORL, previniendo complicaciones y optimizando el pronóstico

Palabras clave: Sinusitis fúngica, senos paranasales, sinusitis.

* r.vasquez.lazarus@gmail.com

CC-ORL-0119 | Otorrinolaringología | Caso clínico

MENINGITIS RECURRENTE SECUNDARIA A FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR): REPORTE DE CASO

Felipe Andrés Matulich Sandoval^{1*}, Rodrigo Alonso Ayala Sierra², Javiera Paz Ceballos Sánchez³, Gabriela Alejandra Orellana Vivanco⁴, Paula Sofía Kurten Salazar⁵.

^{1,2,3,4} Estudiante Medicina Universidad Mayor Temuco

⁵ Tutor/a. Médico general Hospital Dr. Abraham Godoy Peña

Introducción: Pese a su baja incidencia, la meningitis bacteriana recurrente tiene una alta morbimortalidad, representando el 1–5 % de todas las meningitis bacterianas, con una mortalidad cercana al 20%. Su incidencia anual es de 0,12 por 100.000 adultos, y el 6% de los episodios de meningitis bacteriana adquirida en la comunidad corresponden a recurrencias. Entre los factores predisponentes, las fístulas de líquido cefalorraquídeo (LCR) constituyen una de las principales causas anatómicas, la mayoría postraumáticas (80 %) o iatrogénicas (16 %). Un 4 % son espontáneas, como en el presente caso. Dada la infrecuencia del cuadro, la rinorrea unilateral persistente constituye un signo clínico orientador, especialmente en el contexto de infecciones recurrentes del SNC. La resonancia magnética (RM) y cisternografía son métodos confirmatorios.

Objetivo: Presentar caso de meningitis bacteriana recurrente secundaria a fístula de LCR. Resaltar la sospecha anatómica en meningitis recurrente y estudios de imagen para su confirmación.

Presentación de caso: Paciente femenina de 71 años, con antecedente de hipertensión arterial. Durante un viaje al extranjero en 2022, presentó bronquitis y rinitis aguda, persistiendo con rinorrea acuosa unilateral izquierda. Los siguientes dos años, cursó tres episodios de meningitis bacteriana, con aislamiento secuencial de *Streptococcus sanguinis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus salivarius*, todos con buena respuesta antibiótica. En el último episodio consultó por cefalea intensa, fotofobia, fiebre y abundante rinorrea acuosa, se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir, manteniéndose ceftriaxona por 14 días tras confirmación bacteriana, con adecuada evolución clínica. La RM cerebral evidenció un meningocele etmoidal izquierdo, y la cisternografía computarizada confirmó una brecha de 3×4 mm en lámina cribosa, compatible con fístula de LCR. De manera diferida, se realizó cierre endoscópico endonasal multilaminar y tratamiento con amoxicilina–ácido clavulánico por 7 días. En control posterior, se encontraba asintomática, con adecuada cicatrización quirúrgica y sin secuelas neurológicas.

Discusión y conclusiones: La meningitis bacteriana recurrente por patógenos nasofaríngeos debe hacer sospechar una fístula de LCR en base de cráneo anterior, especialmente frente a rinorrea unilateral persistente. La confirmación mediante TC, RM y cisternografía junto con la corrección endoscópica temprana, es fundamental para prevenir recurrencias y complicaciones graves.

Palabras clave: Fístula, Meningitis, Rinorrea y Líquido céfalo raquídeo.

* felipe.matulich@mayor.cl

SEGUNDO LUGAR CATEGORÍA CASOS CLÍNICOS

CC-ORL-0093 | Otorrinolaringología | Caso clínico

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE MUCORMICOSIS RINOSINUSAL CON COMPROMISO ORBITAL: REPORTE DE UN CASO.

Daniela Francisca Vargas Ubilla^{1*}, Camila Victoria Aguilera Cataldo², Martina Alejandra Villar Ponce³, Audrey Sofía Heim Neira⁴, David Andrés Saavedra Cordero⁵, Daniel Cristian Páez Moya⁶.

^{1,2,3,4} Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

⁵ Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Otorrinolaringólogo, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica invasiva, de rápida progresión y alta letalidad, ocasionada por hongos del orden Mucorales. Incidencia mundial entre 0,005 y 1,7 casos por millón, con mortalidad entre 40–80%, especialmente en pacientes con diabetes mellitus descompensada. La forma clínica rinosinusal es la más frecuente, pudiendo extenderse a órbita y sistema nervioso central, generando secuelas severas. El diagnóstico y manejo pre coz resultan determinantes en el pronóstico.

Objetivo: Reportar caso de mucormicosis rinosinusal con compromiso orbitario, enfatizando desafíos diagnósticos y terapéuticos.

Presentación de caso: Paciente femenina de 69 años, con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sin adherencia a tratamiento, consultó en urgencias tras traumatismo facial con edema progresivo y ptosis palpebral izquierda, asociado a amaurosis ipsilateral de días de evolución. Se estudió con tomografía computarizada de cavidades paranasales (TC CPN) demostrando ocupación maxilo-etmoidal izquierda y ausencia de cabeza del cornete medio. Se sospechó rinosinusitis fúngica invasiva manejándose con aseo endoscópico, toma de biopsia y cultivo que confirmó *Rhizopus* spp. Recibió anfotericina B liposomal con monitorización renal estrecha y aseos quirúrgicos semanales. Posteriormente se realizó resonancia magnética y TC CPN que mostró cambios inflamatorios periorbitarios y orbitarios izquierdos de predominio superior y complejo vaina-nervio óptico. Tras evaluación por oftalmología y evolución clínica-quirúrgica se decidió exenteración orbitaria izquierda. A los 2 meses de hospitalización presentó injuria renal aguda atribuida a toxicidad de anfotericina B y shock distributivo, por lo que, se continuó manejo con posaconazol y posteriormente un cuadro de neumonía aspirativa y diarrea por *Clostridium difficile*. Requirió manejo multidisciplinario y cuidados intensivos con soporte hemodinámico-ventilatorio. Presentó recuperación clínica progresiva con función renal en mejoría y controles endoscópicos con mucosa sana y ausencia de progresión.

Discusión y conclusiones: La mucormicosis rinosinusal con compromiso orbital constituye una urgencia infecciosa que requiere alto índice de sospecha. Este caso refuerza que el diagnóstico temprano, desbridamiento agresivo, terapia antifúngica y soporte multidisciplinario son determinantes para la supervivencia.

Palabras clave: Mucormicosis, Órbita, Senos paranasales.

* interna.varubi@gmail.com

CC-PE-0011 | Pediatría | Caso clínico

DE LA SOSPECHA AL GEN: SÍNDROME DE BARTTER, UN DIAGNÓSTICO POCO COMÚN EN PEDIATRÍA.

Cecilia Elizabeth Hermosilla Durán^{1*}, Magdalena Francisca Hernández Arjona², Carmen Paz Mora Ramírez³, Catalina Andrea Hermosilla Durán⁴, Manuel Felipe Ulloa Köster⁵, Gonzalo Andrés Mayorga Villouta⁶.

^{1,2,3,5} Interno/a de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

⁴ Estudiante de medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁶ Tutor/a. Nefrólogo Pediátrico, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile; Médico Docente, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

Introducción: El síndrome de Bartter (SB) es una tubulopatía hereditaria poco frecuente del asa de Henle que lleva a la pérdida excesiva de sal, nefrocalcinosis, hipercaliuria, alcalosis metabólica hipoclorémica e hipokalemia. Puede presentarse antenatal o en los primeros años de vida con clínica variable que dificulta el diagnóstico precoz.

Objetivo: Analizar un caso de SB confirmado genéticamente, destacando los hallazgos clínicos y bioquímicos que permitieron sospecharlo y el manejo implementado.

Presentación de caso: Paciente femenina, 2 años. Antecedente de prematuridad extrema, encefalopatía hipóxico-isquémica, ductus arterioso persistente tratado. Evolucionó con falla renal poliúrica con hipokalemia persistente, manejada inicialmente como hiperplasia suprarrenal congénita, posteriormente descartada. Acude a policlínico de Nefrología donde se rescata antecedente de consanguinidad parental y polihidramnios antenatal. Al examen, asintomática con desnutrición y talla baja severa, presión arterial en p90. Ecografía renovesical evidencia nefrocalcinosis. En laboratorio destaca enfermedad renal crónica etapa 2 e hipercaliuria (índice calciuria/creatininuria 1.1). Se indica manejo de hipercaliuria con Hidroclorotiazida, evoluciona con alcalosis metabólica leve e hipokalemia severa. Se suspende diurético y se indica reposición oral de potasio. En controles persiste con tendencia a alcalosis metabólica e hipokalemia, planteándose SB y se solicita panel genético, este confirma SB tipo 1. El manejo incluyó reposición oral de potasio, Enalapril, Espironolactona y tratamiento con hormona del crecimiento, evolucionando favorablemente con corrección de alteraciones hidroelectrolíticas y mejoría progresiva de la talla.

Discusión y conclusiones: El SB se clasifica en cinco subgrupos según el gen alterado, siendo el subtipo 1, 2 y 4 de manifestación antenatal con poliuria fetal, polihidramnios y parto prematuro. Debe sospecharse en pacientes que evolucionen con hipokalemia, poliuria, hipercaliuria y nefrocalcinosis. La administración de diuréticos tiazídicos puede agravar las alteraciones electrolíticas. El panel genético permite confirmar el diagnóstico y orientar el tratamiento. Un manejo temprano contribuye a optimizar el desarrollo y prevenir deterioro renal progresivo.

Palabras clave: Síndrome de Bartter, Pediatría, Nefrocalcinosis, Hipopotasemia.

* cecy.hermosilla.5@gmail.com

CC-PE-0034 | Pediatría | Caso clínico

PIOMIOSITIS PRIMARIA POR BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. REPORTE DE CASO Y DRENAJE QUIRÚRGICO EXITOSO EN UN CENTRO DE SALUD REGIONAL.

Pedro Andrés Álvarez Michea^{1*}, Rocío Montserrat Mansilla Gutiérrez², Bastián Alexis Morales Maraño³, Alexandra Valeria Olivera Banda⁴, Gustavo Eduardo Keilhold Zapata⁵

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

⁵ Tutor/a. Médico Pediatra, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Introducción: El estreptococo beta hemolítico grupo A (SBGA) produce una amplia gama de infecciones. La bacteriemia es una forma de infección invasiva por SBGA, con alta mortalidad. Causa diferentes patologías, como la piomiositis primaria, es importante reconocerla y tratarla adecuadamente, ya que, en muchas ocasiones, es necesario el drenaje quirúrgico para lograr la supervivencia del paciente.

Objetivo: Describir un caso de piomiositis primaria por bacteriemia por SBGA tratado exitosamente mediante tratamiento antibiótico y drenaje quirúrgico, resaltando aspectos relevantes de la patología, diagnósticos diferenciales, su diagnóstico precoz y manejo adecuado.

Presentación de caso: Masculino de 5 años, antecedente de varicela hace 2 semanas. Es ingresado a Pediatría por sepsis de probable foco gastrointestinal, leucocitosis 20.740 y PCR 12.8 mg/dL, reanimado con cristaloides y tratamiento antibiótico con ceftriaxona 50mg/kg/día. Con hemocultivos positivos para SBGA, se cambió esquema a penicilina 200.000UI/kg/día y clindamicina 40mg/kg/día, evolucionando con tumefacción, dolor y eritema en región lumbar izquierda. Ecografía evidenció colección en músculo dorsal ancho izquierdo, drenado exitosamente por cirugía pediátrica, completando 14 días de tratamiento antibiótico. Al egreso, con seguimiento por infectología y pediatría con evolución favorable.

Discusión y conclusiones: La incidencia de piomiositis en Chile es 1 caso por 2.000 personas, hombres jóvenes son más susceptibles. Es más frecuente en paciente pediátrico, el grupo muscular menos frecuentemente afectado son los músculos de pared abdominal. Los diagnósticos diferenciales son erisipela, celulitis, etc. Se observa aumento de dolor, edema y fiebre, es imprescindible estudios de imagen como una ecografía. El tratamiento antiestreptocócico es penicilina y clindamicina, asociado al drenaje.

Este caso representa un desafío diagnóstico, es importante sospecharlo y tratarlo oportunamente con manejo antibiótico y drenaje quirúrgico, necesario para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico. El abordaje integral y colaboración multidisciplinaria fueron claves para un desenlace exitoso.

Palabras clave: Bacteriemia, Drenaje, Pediatría, Piomiositis.

* pedro.alvarez.michea@gmail.com

CC-RX-0001 | Radiología | Caso clínico

ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON MIELITIS LONGITUDINALMENTE EXTENSA: IMPORTANCIA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL”

Fabián Ignacio Santander Hinojosa^{1*}, Ignacio Andrés Cisternas Cichero², Benjamín Ignacio Contreras Aravena³, Daniella Javiera Morales Gutiérrez⁴,
Abril Almendra Pizarro Benavente⁵, Leonardo Ignacio Padilla Lagos⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.

⁶Tutor/a. Médico general, Hospital Comunitario de Salud Familiar de El Carmen, El Carmen, Chile.

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante del sistema nervioso central, en la que la resonancia magnética (RNM) es fundamental para el diagnóstico precoz y caracterización de lesiones. La presencia de mielitis longitudinalmente extensa (MLE) dificulta el diagnóstico, por lo que es clave integrar hallazgos clínicos, imagenológicos y de laboratorio.

Objetivo: Presentar un caso de esclerosis múltiple inicialmente evaluado como MLE, destacando el rol de la RNM en la confirmación diagnóstica y exclusión de otras etiologías.

Presentación de caso: Paciente femenina previamente sana que consulta por parestesias y disestesias en miembro superior izquierdo, de inicio subagudo y asociadas a alodinia. El examen neurológico no evidenció déficit motor ni alteraciones cerebelosas. La RNM cervical con gadolinio reveló una lesión focal dorsolateral izquierda en C3–C4 con mielopatía longitudinalmente extensa, sugestiva de proceso desmielinizante. La RNM cerebral con gadolinio mostró lesiones hiperintensas desmielinizantes en sustancia blanca yuxtacortical, periventricular e infratentorial, cumpliendo criterios de diseminación en espacio para EM. Los anticuerpos anti-AQP4 y anti-MOG resultaron negativos, descartando otros trastornos desmielinizantes. Con estos hallazgos, se confirmó el diagnóstico de EM, se inició tratamiento con rituximab y corticoides intravenosos, además se indicó terapia inmunosupresora anti-CD20 por factores de mal pronóstico, con buena respuesta clínica. Actualmente en controles con Expanded Disability Status Scale en 1.5 (leve déficit sensitivo) cada 3 meses, plan de RNM a los 6 y 12 meses, posteriormente anual.

Discusión y conclusiones: La RNM fue determinante para confirmar el diagnóstico de EM en un contexto clínico complejo, diferenciándola de otras causas de MLE. Este caso subraya la importancia de una evaluación integral que combine hallazgos clínicos, imagenológicos, serológicos y de líquido cefalorraquídeo para establecer un diagnóstico certero. La identificación oportuna de los patrones característicos en la RNM es esencial para optimizar el manejo y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Acuporina 4, Esclerosis Múltiple, Imagen por Resonancia Magnética, Parestesia, Rituximab.

* fsantander@medicina.ucsc.cl

CC-RX-0092 | Radiología | Caso clínico

IMÁGENES QUE SALVAN VIDAS: IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE RADIOLÓGICO EN PACIENTES CON POLIMIOSITIS Y SU ASOCIACIÓN CON TUMORES DIGESTIVOS

Ignacia Carolina Román Castillo^{1*}, Álvaro Fabián Urrutia Donoso², Florencia Castillo Larraín³, Daniela Ignacia Tapia Valdivia⁴, Raúl Toledo Sandoval⁵, Felipe Pizarro Concha⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

⁶ Tutor/a. Médico Radiólogo, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Introducción: La polimiositis es una miopatía inflamatoria idiopática de baja incidencia, caracterizada por debilidad muscular proximal, síntomas sistémicos y alteraciones en pruebas de laboratorio e imagen. La literatura evidencia una fuerte asociación con neoplasias, la cual se puede presentar antes, durante o después del inicio de la polimiositis, lo que refuerza la necesidad de un enfoque diagnóstico integral.

Objetivo: Ejemplificar en base a un caso clínico, la relación entre polimiositis y neoplasias, enfatizando la necesidad de un screening oncológico dirigido a este grupo de pacientes.

Presentación de caso: Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipotiroidismo y polimiositis diagnosticada hace 4 años, en tratamiento con azatioprina, ácido fólico y corticoides, con múltiples consultas en servicios de urgencias por hipoglucemias sintomáticas. Ante persistencia clínica y niveles de Creatinfosfoquinasa (CK) persistentemente elevados, se realizó estudio paraneoplásico, donde la tomografía de abdomen y pelvis evidenció una masa sólida de origen mesentérico, con componente hipervascular heterogéneo y áreas centrales de aspecto necrótico, de bordes lobulados; con íntimo contacto con la pared anterior de la segunda y tercera porción del duodeno, sin infiltración categórica.

Se plantea una polimiositis secundaria al tumor digestivo, por lo que se realiza la resección quirúrgica y biopsia, que reporta un tumor fibroso solitario maligno

Discusión y conclusiones: Los tumores fibrosos solitarios, son tumores de crecimiento lentos, poco frecuentes, generalmente asintomáticos o pueden presentar hipoglucemia, debido a la producción excesiva de factor de crecimiento similar a la insulina 5; el paciente presentó hipoglucemia de larga data siendo la única manifestación tumoral.

En vista del caso mencionado, radica la importancia del seguimiento, sospecha y diagnóstico temprano de malignidad en pacientes con polimiositis, realizando el estudio imagenológico pertinente a cada caso, ya que puede cambiar trascendentalmente la evolución y pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: Cáncer, Miositis, Polimiositis, Síndrome Paraneoplásico

* nachy_23_32@hotmail.com

CC-TO-0002 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

SÍNDROME COMPARTIMENTAL CRÓNICO POR ESFUERZO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vicente Ignacio Henríquez Lazcano^{1*}, Benjamín Matías Campos Santibáñez², Benjamín Enrique Alarcón Vilches³, Joaquín Ignacio Henríquez Ceballos⁴, Jaime Rodrigo Elgueta Grillo⁵.

^{1,2} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián sede de la Patagonia, Puerto Montt, Chile.

³ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

⁴ Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁵ Tutor/a. Traumatólogo, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

Introducción: El síndrome compartimental crónico por esfuerzo (SCCE) implica aumento patológico de presión intracompartimental durante ejercicio. Posee una incidencia de 1/2000 personas/año. Afecta principalmente compartimento anterior de pierna (60%), seguido por el profundo posterior y lateral. Clínicamente manifiesta dolor opresivo, parestesias e hipoestesis tras umbral de esfuerzo predecible.

Objetivo: Se presenta un caso de SCCE para destacar la relevancia del diagnóstico precoz en la prevención de neuropatía periférica irreversible.

Presentación de caso: Paciente masculino, 24 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Consulta en policlínico de traumatología por cuadro de dolor recurrente y parestesias en cara lateral de pierna derecha durante la carrera, generalmente entre los 6-8 km. Examen físico impresiona sin alteraciones. Se examinó nuevamente posterior a esfuerzo físico, presentando hipoestesis y parestesias en compartimento anterior y dolor al realizar flexión plantar pasiva. Se realizó electromiografía que descartó neuropatía crónica. Se decide manejo quirúrgico con fasciotomía descompresiva abierta. Paciente con remisión sintomática, sin recurrencias al año.

Discusión y conclusiones: El SCCE es una causa de dolor muscular no traumático, a diferencia del clásico síndrome compartimental agudo que suele asociar trauma previo. La omisión diagnóstica de este cuadro limita cronológicamente la actividad física, con la posibilidad de generar una neuropatía crónica que altera la calidad de vida de forma irreversible. El manejo conservador del SCCE solo permite el retorno deportivo en un tercio de los pacientes, siendo la fasciotomía el tratamiento definitivo de este cuadro con un reintegro deportivo satisfactorio en hasta el 94% de los casos. Ante un cuadro de dolor muscular reproducible con ejercicio debe sospecharse SCCE. La fasciotomía constituye la primera línea de tratamiento definitivo, ya que de forma precoz logra prevenir la instauración de daño neurológico irreversible y asegurando en la mayoría de los casos un óptimo retorno funcional.

Palabras clave: Enfermedades del Sistema nervioso periférico, Fasciotomía, Lesiones de la pierna.

* henriquezvicente@icloud.com

CC-TO-0015 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

LESIÓN DE MOREL-LAVALLÉE EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ABORDAJE QUIRÚRGICO Y TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO

Diego Lavados Meneghello^{1*}, Ignacio Alejandro Muñoz Armstrong², Valentina Paz Ross Massanes³, Joaquin Hernan Palma Munita⁴.

^{1,2,3} Pontificia Universidad Católica de Chile

⁴ Tutor/a. Departamento de Ortopedia y Traumatología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El síndrome de Morel-Lavallée es una lesión traumática cerrada de partes blandas, caracterizada por la separación de la piel y tejido subcutáneo de la fascia subyacente, con formación de un espacio muerto que puede llenarse de sangre, linfa y material necrótico. Su diagnóstico y manejo precoz son fundamentales, ya que la progresión a infección, necrosis cutánea o sepsis puede comprometer al paciente.

Objetivo: Presentar un caso clínico de síndrome de Morel-Lavallée secundario a politrauma por accidente automovilístico, describir el abordaje diagnóstico-terapéutico y discutir la evidencia actual sobre opciones de manejo quirúrgico.

Presentación de caso: Hombre de 26 años, sano, atropellado como peatón, presentó fractura de pelvis, fractura acetabular con luxación posterior de cadera derecha y laceración renal derecha. Fue hospitalizado y sometido a fijación de pelvis posterior con posterior fijación con tutores externos. Durante la evolución desarrolló aumento de volumen doloroso y fluctuante en muslo derecho. Se efectuó fasciotomía y desbridamiento amplio, con salida de material hemático y purulento, evidenciándose afectación muscular. Se indicó antibioterapia con meropenem y vancomicina y se instaló terapia de cierre asistido por vacío (VAC). Requirió segundo aseo quirúrgico a las dos semanas, evolucionando favorablemente, sin complicaciones tromboembólicas ni infecciosas, siendo dado de alta con movilidad asistida.

Discusión y conclusiones: Este caso enfatiza la importancia del reconocimiento temprano de pacientes politraumatizados con lesiones de Morel-Lavallée. La literatura recomienda desbridamiento abierto o endoscópico con cierre del espacio muerto y terapia VAC para lesiones grandes, crónicas o infectadas, lo que reduce recurrencia e infección. Esto se debe a que mejora la cicatrización y obliteración del espacio muerto. En contraste, lesiones pequeñas y agudas sin cápsula pueden manejarse con compresión o aspiración y escleroterapia. En este caso, el manejo aplicado fue congruente con estas recomendaciones permitiendo una evolución clínica favorable y la prevención de complicaciones mayores.

Palabras clave: Fascitis Necrotizante, Lesiones por desenguantamiento, Traumatismo múltiple

* dlavados@uc.cl

CC-TO-0064 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Catalina Gajardo Palma^{1*}, Paulina María Madriaza Caravia², Sofía Antonia Torres Torres³, Benjamín Andrés Vilaza Dallago⁴, ⁵. Gabriel Maximiliano Carlos Fuenzalida Callejas⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago

⁶ Tutor/a. Residente Ortopedia y Traumatología, Universidad de los Andes-Hospital Militar, Santiago, Chile

Introducción: La luxación congénita de la rodilla (LCR) es una malformación musculoesquelética infrecuente, caracterizada por hiperextensión con subluxación o luxación anterior de la tibia desde el nacimiento y limitación de la flexión. Su incidencia es de aproximadamente 1/100.000 nacidos vivos, con etiología multifactorial que incluye alteraciones genéticas y malposición fetal. Puede presentarse de forma aislada o asociada a displasia de cadera o pie equino varo. El diagnóstico y el manejo ortopédico temprano mejoran el pronóstico funcional y evitan la cirugía.

Objetivo: Describir el diagnóstico y manejo inicial de una LCR tipo III en una recién nacida de término. Destacar la importancia del examen físico neonatal para la detección precoz y analizar los factores pronósticos según la severidad.

Presentación de caso: Recién nacida de término, embarazo controlado, parto vaginal 39+6 semanas, peso 2806 g, talla 49 cm, Apgar 8-9. Al examen físico: cadera derecha en flexión y rodilla en hiperextensión rígida, sin sobrepasar el punto neutro y con hipotonía del cuádriceps ipsilateral. La radiografía lateral de rodilla evidenció traslación anterior completa de la tibia respecto al fémur, sin fracturas ni alteraciones epifisarias, confirmando LCR tipo III (Curtis y Fisher). Se inició tratamiento ortopédico precoz con yesos seriados en flexión progresiva desde el primer día de vida, logrando a la tercera semana flexión pasiva de 90°, sin complicaciones ni recidiva.

Discusión y conclusiones: La LCR tipo III corresponde al grado más severo, con luxación completa e irreductible. El tratamiento precoz con yesos en flexión, iniciado antes de las 48 h, es determinante para evitar la cirugía. Según Mehrafshan et al., más del 85% de los casos tratados tempranamente se resuelven sin intervención quirúrgica. La detección neonatal sistemática y la intervención ortopédica oportuna son esenciales para prevenir rigidez residual, recurvatum y secuelas funcionales.

Palabras clave: Infantil, Luxación congénita, recién nacido, Ortopedia, Yeso.

* catgajardop@udd.cl

CC-TO-0070 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

ENFERMEDAD DE DIETRICH: ACERCA DE UN CASO

Benjamín Ignacio Peña González^{1*}, Katherine Lissette Ávila Azócar², Thomas Antonio Sánchez Soto³, Danae Belén Castro Águila⁴.

^{1,2,3} Interno Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile

⁴ Tutor/a. Médico General de Zona, Hospital de Salamanca, Salamanca, Chile

Introducción: Enfermedad de Dietrich (ED) o Necrosis Avascular de Cabeza Metacarpiana, posee muy baja incidencia y se caracteriza por progresiva destrucción de articulación metacarpofalángica (AMCF). Su etiología es desconocida, aunque casos descritos derivan de traumas, lupus eritematoso sistémico, vasculitis o idiopático. El estudio de elección para objetivar osteonecrosis es Resonancia Magnética (RM), pudiendo pasar desapercibida en otras imágenes. Su tratamiento no está estandarizado, pero reposo y antiinflamatorios son de elección.

Objetivo: Describir el proceso diagnóstico y terapéutico de un caso de ED, con el fin de aumentar sospecha clínica de esta patología.

Presentación de caso: Mujer de 27 años con antecedente de hiperlaxitud, consulta por cinco horas de dolor e inestabilidad en tercera AMCF, posterior a aducción forzada del tercer orjejo derecho, sin hallazgos al examen físico. Sospechando tenosinovitis estenosante se solicita ecografía de partes blandas, descartando lesión aguda e indicando analgesia. A los diez meses persisten síntomas y reconsulta con leve inflamación e inestabilidad articular, sin otros hallazgos patológicos. Se repite ecografía destacando rotura de alto grado en placa volar de tercera AMCF de aspecto no reciente, fragmento óseo avulsivo y cambios degenerativos. Dado hallazgos se solicita RM informando osteonecrosis en cabeza del tercer metacarpiano sospechando ED, se amplía estudio con radiografía, mostrando colapso parcial y deformidad en todas las cabezas metacarpianas con predominio en dedo medio derecho y amplitud articular disminuida. Coagulopatías y enfermedades autoinmunes fueron descartadas con estudio reumatológico. Se decide manejo quirúrgico con plastia de placa volar afectada.

Discusión y conclusiones: ED debe ser sospechada ante dolor de AMCF. Diagnóstico precoz asegura mejor resultado terapéutico, cuyo objetivo es restaurar función articular y detener molestias. Posibles complicaciones incluyen artrosis, limitación funcional y dolor crónico. Cirugía está indicada ante falla de manejo médico y dependerá de la lesión, describiéndose curetaje con injerto óseo y artroplastia sustitutiva como más usadas. Terapia de rehabilitación post cirugía es esencial.

Palabras clave: Articulación Metacarpofalángica, Necrosis Ósea Avascular, Placa volar

* benjapgonzalez@gmail.com

CC-TO-0086 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

USO DE FRACTUROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE UNA FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL COMPLEJA: UN REPORTE DE CASO

Catalina Ignacia Besa Atria^{1*}, Vlada Vasilyeva², Felipe Antonio Araya Alonso³, Agustin Ignacio Lacleto Wiehoff⁴, Vicente Andrés Álvarez Cofré⁵, Felipe Alejandro Narváez Díaz⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno(a) de medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Traumatólogo, Hospital de Carabineros, Santiago, Chile.

Introducción: Las fracturas de platillo tibial suelen producirse por mecanismos de alta energía. Presentan alta morbilidad al asociarse a lesiones neurovasculares, ligamentosas, meniscales y artrosis postraumática, por lo que habitualmente requieren tratamiento quirúrgico. La reducción asistida por artroscopia y fijación interna, o fracturoscopía, ha emergido como una alternativa mínimamente invasiva que permite una reducción precisa, evaluación directa de estructuras intraarticulares y menor daño a tejidos blandos frente a la osteosíntesis abierta (ORIF).

Objetivo: Discusión de la técnica de fracturoscopía y sus beneficios respecto a un caso de fractura de platillo tibial compleja, destacando su utilidad en la resolución integral de lesiones óseas y meniscales.

Presentación de caso: Hombre de 41 años, sin antecedentes, consulta tras atropello. Imagenología evidencia fractura de platillo tibial Schatzker II y rotura meniscal lateral en asa de balde rodilla izquierda.

Se realiza reducción y osteosíntesis. Bajo abordaje anterolateral, se identifica menisco lateral interpuesto en foco de fractura. Mediante Split longitudinal, se libera fragmento lateral y se realiza fracturoscopía, liberando el menisco interpuesto, confirmando raíces íntegras y reparando mediante dos suturas fijadas a la placa. Se confirma reducción bajo fluoroscopia y fracturoscopía.

Discusión y conclusiones: La fracturoscopía se seleccionó por cumplir criterios favorables: patrón Schatzker II con desplazamiento moderado, buen estado de partes blandas, conminución leve y lesión meniscal reparable. En fracturas con mayor conminución (Schatzker V–VI) o compromiso severo de partes blandas, la ORIF convencional sigue siendo preferible.

Esta técnica permitió la reducción anatómica y reparación meniscal en un solo tiempo quirúrgico. Sus beneficios pueden atribuirse a la visualización directa de la superficie articular y al tratamiento combinado de la fractura y lesiones de tejido blando. Al aplicarse en pacientes seleccionados, reduce complicaciones como extravasación de líquido y síndrome compartimental y mejora la recuperación funcional, consolidándose como estrategia integral en fracturas articulares complejas.

Palabras clave: Fracturas de la meseta tibial, meniscos tibiales, procedimientos artroscópicos quirúrgicos, osteosíntesis de fractura quirúrgica

* cbesa1@uc.cl

CC-TO-0096 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

ALTERACIÓN UNGUEAL COMO MANIFESTACIÓN DE QUISTE MUCOSO EN DEDO MEDIO EN MUJER CON OSTEOARTROSIS.

Hernán Francisco Riquelme Flores^{1*}, Nicolás Ignacio Pérez Torres², Álvaro Gonzalo Valdivia Cerda³, Javiera Verónica Díaz Aguirre⁴.

¹ Médico Cirujano, Cefsam Bellavista, Tomé, Chile.

^{2,3} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁴ Tutor/a. Médico Cirujano, Cefsam Hector Reyno, Alto Hospicio, Chile.

Introducción: Los gangliones son el tumor benigno más frecuente de extremidad superior, de estos solo el 10% está ubicado en los dedos, principalmente en pacientes con osteoartritis. Se caracterizan por ser un bulto visible y palpable, de consistencia firme o elástica, pueden doler. Hay dos tipos: quiste sinovial y quiste mucoso. El último se caracteriza por estar localizado en el dorso de la articulación interfalángica distal, pudiendo comprometer la matriz ungueal y deformar la uña.

Objetivo: Describir la variante clínica del quiste mucoso.

Presentación de caso: Paciente femenina de 71 años, con antecedente de hipertensión arterial, consultó por dolor y deformación de uña de dedo medio de mano izquierda de 1 año de evolución, luego se asoció aumento de volumen progresivo en cara dorsal de interfalange distal del mismo dedo. Al examen físico presentó rango de movimiento conservado y tumor de consistencia firme, no adherido, doloroso al presionar. Radiografía de mano anteroposterior y oblicua evidenció signos degenerativos globales, sin lesiones líticas. Ecografía reveló lesión compatible con quiste mucoso. Se realizó la extirpación del quiste, sin complicaciones. Se obtuvo consentimiento informado.

Discusión y conclusiones: El quiste mucoso digital representa un subtipo poco frecuente de ganglión. Entre sus diagnósticos diferenciales se incluyen otros tumores benignos, osteofitos, tofos o lesiones malignas. El diagnóstico y manejo oportunos son fundamentales para evitar secuelas. El tratamiento debe ser individualizado; en pacientes asintomáticos, la observación puede ser suficiente. Procedimientos como el drenaje o infiltración con corticoides, aunque menos invasivos, presentan una tasa de recurrencia cercana al 25–50%, mientras que la resección quirúrgica logra tasas menores al 10%, por lo que fue la alternativa seleccionada en este caso. Se recomienda controles a los 3, 6 y 12 meses, evaluando funcionalidad articular y recuperación ungueal.

Palabras clave: Dedo medio, Ganglión digital, Osteoartritis

* hernan.riquelme.laboral@gmail.com

PRIMER LUGAR CATEGORÍA CASOS CLÍNICOS

CC-TO-0114 | Traumatología y Ortopedia | Caso clínico

INESTABILIDAD POSTERIOR FUNCIONAL DE HOMBRO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS HIPERMÓVIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Andrea Estrada Bujanda^{1*}, Marisol Ignacia Beláustegui Mellard², Valentina Belén Caballería Venegas³, Nicolás Enrique Flores Fuentes⁴

^{1,2,3} Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

⁴ Tutor/a. Médico Cirujano, CESFAM Eduardo Frei, Villa Alemana, Chile.

Introducción: La inestabilidad funcional del hombro es una condición poco frecuente caracterizada por episodios de subluxación o luxación atraumática sin lesiones estructurales evidentes en la imagenología. Se ha asociado a alteraciones neuromusculares y, en algunos casos, a síndromes de hiperlaxitud como el Ehlers-Danlos (SED), en particular el subtipo hipermóvil, donde la laxitud ligamentosa generalizada predispone a la inestabilidad articular.

Objetivo: Describir un caso de inestabilidad posterior funcional de hombro en el contexto de un síndrome de Ehlers -Danlos hipermóvil, destacando los desafíos diagnósticos y terapéuticos.

Presentación de caso: Mujer de 24 años, sin comorbilidades conocidas, consulta por episodios recurrentes de subluxación posterior atraumática del hombro izquierdo, con reducción espontánea. Al examen físico presentaba hiperlaxitud generalizada. Se solicita resonancia magnética que no evidenciaba desgarros labrales ni alteraciones óseas. Se indicó kinesioterapia enfocada a la estabilización dinámica, completa 40 sesiones sin mejoría clínica. Ante la persistencia de los síntomas, se sospecha, y posteriormente se diagnostica, síndrome de Ehlers-Danlos hipermóvil. Se decide no realizar una intervención quirúrgica, dada la evidencia de resultados limitados en pacientes con SED (2,3). Actualmente, la paciente está en kinesioterapia de reeducación muscular, con el objetivo de mejorar el control neuromuscular y la función articular.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica de la inestabilidad posterior funcional de hombro, especialmente en el contexto de hiper movilidad. La ausencia de hallazgos estructurales en imágenes y la no respuesta a kinesioterapia obligan a considerar diagnósticos menos frecuentes como el SED. Reconocer precozmente esta entidad es relevante. El retraso diagnóstico puede conducir a tratamientos y cirugías ineficaces, debido a que los tratamientos de inestabilidad estructural en estos pacientes tienen beneficio incierto, y se asocian a recidiva e insatisfacción. Este caso refuerza la necesidad de un enfoque individualizado, centrado en la reeducación neuromuscular y seguimiento multidisciplinario.

Palabras clave: Hombro, inestabilidad articular, síndrome de Ehlers-Danlos

* carolina.estrada4a@gmail.com

CC-UR-0007 | Urología | Caso clínico

REPORTE DE CASO CLÍNICO: HALLAZGO SINCRÓNICO DE CARCINOMA RENAL Y GANGLIONEUROMA POST NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA Y RESECCIÓN DE MASA PRECAVA.

Mariajesus Ignacia Pino Ceballos^{1*}, Valentina Paz Macaya Caro², Valeria Ornella de Jesus Gonzalez Leonelli³, Benjamín Ignacio Moya Villalobos⁴,
Valentina Belén Aguirre Araya⁵, Rodrigo Javier Sánchez Sepúlveda⁶.

^{1,2,3,4,5} Interna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

⁶ Tutor/a. Urólogo, Hospital Intercultural Nueva Imperial, Nueva Imperial, Chile

Introducción: Los incidentalomas renales son hallazgos frecuentes debido al uso de imagenología. En el 50-60% de los casos, el carcinoma de células renales (CCR) se diagnostica de manera incidental, siendo el subtipo de células claras el más común. El ganglioneuroma es un tumor benigno raro derivado de células ganglionares del sistema nervioso simpático, habitualmente localizado en mediastino o retroperitoneo. La coexistencia de ambos tumores es excepcional y plantea un desafío diagnóstico y terapéutico.

Objetivo: Describir los hallazgos histopatológicos y discutir las implicancias diagnósticas y quirúrgicas de la coexistencia entre ambas entidades. Revisar la literatura disponible sobre la asociación entre ambos tumores, resaltando su relevancia clínica.

Presentación de caso: Masculino de 43 años, sin antecedentes, consulta por cólico biliar. Se realiza ecografía abdominal, que evidencia lesión renal derecha, por lo que derivan a control con urología, solicitándose scanner de abdomen y pelvis, que informa tumor renal derecho polo superior de 4,5 x 3,8 cm. compatible con CCR, exofítico, posterior, con lesión nodular intercavo aórtica por debajo del hilio renal de 2.7 x 3.3 cm. Se realiza nefrectomía parcial derecha y resección de masa intercavo aórtica, sin incidentes. Se rescata biopsia que informa ganglioneuroma, cáncer renal, tipo histológico CCR variedad de células claras, grado 2 de ISUP (t1bn0m0).

Discusión y conclusiones: La coexistencia entre CCR y ganglioneuroma es extremadamente infrecuente. Aunque el ganglioneuroma no representa riesgo de malignización, su hallazgo simultáneo con una neoplasia maligna obliga a una evaluación precisa para descartar compromiso tumoral. En este caso, la resección completa de ambas lesiones fue posible, sin modificar el manejo quirúrgico del CCR. El diagnóstico incidental permitió la detección precoz del carcinoma renal, mejorando el pronóstico. La rareza del ganglioneuroma, como hallazgo histológico inesperado, enfatiza la importancia de la correlación clínica, imagenológica e histopatológica para garantizar un tratamiento quirúrgico adecuado.

Palabras clave: Carcinoma de Células Renales, Ganglioneuroma, Hallazgos Incidentales.

* m.pino04@ufromail.cl

CC-UR-0024 | Urología | Caso clínico

QUISTE SUPRARRENAL IZQUIERDO GIGANTE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BREVE DE LA LITERATURA.

Benjamín Ignacio Moya Villalobos^{1*}, Ignacio Adolfo Muñoz Pérez², Valentina Belén Aguirre Araya³, Iván Patricio Melacho Cuevas⁴, José Tomás Ordóñez Aburto⁵, Fredy Vega Sepúlveda⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

⁶ Tutor/a. Residente de Urología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: Los quistes suprarrenales son infrecuentes, generalmente hallazgos incidentales en estudios de imagen, representando el 1-2% de los incidentalomas. Más del 80% son benignos, y la gran mayoría asintomáticos.

Objetivo: Presentar el caso de un gran quiste suprarrenal izquierdo diagnosticado en contexto de dolor lumbar crónico, describiendo su estudio y abordaje quirúrgico.

Presentación de caso: Paciente femenina de 38 años, sin antecedentes relevantes, consultó por dolor lumbar izquierdo intermitente, sin síntomas asociados.

Al estudio ecográfico se evidenció una lesión quística en el polo superior del riñón izquierdo de aspecto simple. Posteriormente, mediante tomografía computarizada, se describe la misma lesión quística, de 89x87mm, con contenido homogéneo y calcificaciones periféricas aisladas, en relación con la glándula suprarrenal, cola del páncreas, bazo y polo renal superior. Se completó estudio con resonancia magnética, evidenciando lesión quística de 100x86mm, de pared fina; sin visualizar la glándula suprarrenal izquierda y sin adenopatías. El estudio de laboratorio resultó normal, sin alteraciones hormonales.

En comité de Urología se decidió cirugía por laparoscopia transperitoneal. Intraoperatoriamente se confirmó origen adrenal, extrayéndose 400ml de líquido y completándose adrenalectomía izquierda sin incidentes. La biopsia diferida diagnosticó lesión quística suprarrenal benigna. Tras 18 meses de seguimiento, se mantiene sin complicaciones ni recidiva.

Discusión y conclusiones: Los quistes suprarrenales representan el 1% de las masas suprarrenales, siendo la gran mayoría benignos. El diagnóstico diferencial incluye tumores quísticos pancreáticos, renales o esplénicos (4).

Se recomienda estudiar lesiones mayores a 1 cm. La resección está recomendada si son sintomáticas o superan los 4-5 cm, dado riesgos como rotura, hemorragia o malignidad. La vía de elección es por laparoscopia. Esta lesión debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas quísticas abdominales. En este caso, el tamaño de la lesión y la sintomatología motivaron la adrenalectomía.

Palabras clave: Adrenalectomía, Enfermedades de las glándulas suprarrenales, Incidentaloma adrenal.

* benjaminmoyavillalobos@gmail.com

CC-UR-0025 | Urología | Caso clínico

TUMORES ESTROMALES BILATERALES DEL TESTÍCULO: TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG IZQUIERDO Y TUMOR SERTOLI-LEYDIG DERECHO. REPORTE DE UN CASO.

Ignacio Adolfo Muñoz Pérez^{1*}, José Tomás Ordóñez Aburto², Iván Patricio Melacho Cuevas³, Mariajesus Pino Ceballos⁴, Benjamín Ignacio Moya Villalobos⁵, Nicolás Mauro Pieressa Pizarro⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

⁶ Tutor/a. Urólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

Introducción: Los tumores testiculares corresponden al 1% de los tumores del hombre, y es el tumor sólido más frecuente en hombres entre 20-34 años. El 95% proviene de células germinales, por otro lado, los tumores estromales son infrecuentes, representando el 5% del total. En este grupo destaca el Tumor de Células de Leydig (TCL), significando el 1-3% de los tumores testiculares, por otro lado, los tumores de células de Sertoli son extremadamente raros. Los TCL poseen en general una presentación unilateral, la presentación bilateral es excepcional.

Objetivo: Presentar el caso excepcional de un paciente diagnosticado incidentalmente con TCL en el testículo izquierdo y tumor mixto Sertoli-Leydig en el derecho, en contexto de infertilidad.

Presentación de caso: Paciente masculino de 39 años, sin antecedentes mórbidos, quien consultó por infertilidad. El estudio reveló azoospermia, hipogonadismo hipergonadotrófico (testosterona total 9.95nmol/L) y atrofia testicular bilateral por ecografía (1.3cc cada uno), con lesiones hipoecoicas de aspecto neoplásico, de 8,5mm y de 5mm en el testículo izquierdo y derecho, respectivamente.

En junio de 2023, considerando aspecto neoplásico e infertilidad, se realizó orquiectomía radical bilateral. La biopsia informó: Testículo derecho con tumor mixto estromal de cordones sexuales (Sertoli-Leydig) sin atipias ni invasión local. Testículo izquierdo con tumor de células de Leydig bien delimitado. Ambos tumores fueron positivos en inmunohistoquímica para inhibina, calretinina y β -catenina. La tomografía de etapificación no evidenció diseminación.

Desde entonces, se encuentra con reemplazo hormonal y seguimiento oncológico activo, con testosterona normal y sin recidiva a la fecha.

Discusión y conclusiones: El caso contribuye al conocimiento de una entidad escasamente descrita, destacando la inusual bilateralidad de tumores estromales. El hallazgo pone en evidencia la necesidad de búsqueda de neoplasia testicular en población infértil dada su mayor frecuencia relativa comparado a la población general.

Palabras clave: Azoospermia, Cáncer testicular, Orquiectomía, Tumor de células de Leydig.

* ignacio.a.mzp@gmail.com

CC-UR-0027 | Urología | Caso clínico

FASCITIS NECROTIZANTE PENEANA Y PERINEOGENITAL EXTENSA: REPORTE DE CASO

Iván Patricio Melacho Cuevas^{1*}, Ignacio Adolfo Muñoz Pérez², Pia Catalina Barra Zagal³, Constanza Daniela Fuentes Ortega⁴, Matías Jesús Alfredo Fernández Rival⁵, Francisco Andres Rivera Reyes⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno/a de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

⁶ Tutor/a. Becado de urología, Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile

Introducción: La fascitis necrotizante peneana es una presentación infrecuente y particularmente agresiva de la gangrena de Fournier, caracterizada por rápida diseminación fascial, compromiso multiorgánico y elevada mortalidad. El compromiso peneano y uretral agrava el pronóstico, al requerir resecciones radicales que impactan la función urinaria, sexual y la calidad de vida del paciente

Objetivo: Describir el manejo multidisciplinario de un paciente con fascitis necrotizante peneana y perineogenital extensa, destacando la importancia del tiempo a desbridamiento, la estrategia antibiótica escalonada según cultivos, la aplicación del índice pronóstico FGSi y la planificación reconstructiva temprana.

Presentación de caso: Varón de 39 años, diabético no insulino-requiere y parapléjico por trauma raquímedular, consultó por anuria de dos días, dolor hipogástrico y aumento de volumen genital. Al examen presentaba necrosis en dorso peneano con crepitación, edema escrotal y signos de shock séptico. Se realizó desbridamiento radical urgente (<6 h desde ingreso), resecando piel peneana hasta albugínea y constatando necrosis uretral y del cuerpo esponjoso. Se practicó cistostomía abierta.

Durante su evolución en UCI requirió múltiples aseos quirúrgicos secuenciales, uretrectomía, penectomía total y plastia escrotal. Los cultivos iniciales evidenciaron *E. coli* y *K. pneumoniae*, con posterior crecimiento de *Candida glabrata*. Se realizó escalamiento antibiótico guiado por cultivos (ceftriaxona, metronidazol y luego anidulafungina). El FGSi inicial fue 9, con buena respuesta clínica tras soporte hemodinámico y terapia intensiva. El paciente evolucionó favorablemente, con recuperación de función renal y heridas limpias, continuando en seguimiento por cirugía plástica para cobertura definitiva y evaluación de derivación urinaria permanente

Discusión y conclusiones: La fascitis necrotizante peneana constituye una urgencia vital que exige diagnóstico precoz, desbridamiento dentro de las primeras 6–12 h, soporte intensivo y manejo coordinado entre urología, cirugía plástica e infectología. La aplicación de índices pronósticos y la adaptación antimicrobiana según cultivos son fundamentales para mejorar supervivencia y resultados funcionales.

Palabras clave: Fascitis necrotizante, sepsis, cistostomía

* i.melacho01@ufromail.cl

CC-UR-0107 | Urología | Caso clínico

MASA RETROPERITONEAL GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN LIPOSARCOMA

Yrian Benjamín Paz ruiz^{1*}, Mirella Antonella Graffigna Pruzzo², Fernanda Patricia De La Roza Valenzuela³, Mariana Trinidad Andrade Ercilla⁴, Christian Andrés Mondaca Hartog⁵.

^{1,2,3,4} Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

⁵ Tutor/a. Médico residente de Urología, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

Introducción: Las masas retroperitoneales son lesiones heterogéneas, mayormente neoplásicas, que representan un reto diagnóstico por su localización profunda y presentación clínica tardía. Los sarcomas retroperitoneales son los más frecuentes, destacando el liposarcoma. Su manejo requiere un abordaje multidisciplinario, siendo la cirugía radical el tratamiento principal, complementado con estudios de imagen y terapias adyuvantes en casos seleccionados.

Objetivo: Describir la clínica y hallazgos diagnósticos del liposarcoma retroperitoneal junto con su seguimiento posterior.

Presentación de caso: Paciente de 51 años, con antecedentes de apendicectomía consulta por masa abdominal de 3 años de evolución, progresiva, dolorosa a la palpación e irradiada a extremidad inferior, sin parestias ni parestesias. Refiere baja de peso subjetiva y saciedad precoz, sin sangrado ni vómitos. Al examen físico se observa aumento de volumen en región periumbilical izquierda, con masa palpable de 10 cm.

Escáner de tórax, abdomen y pelvis (11/04) mostró lesión retroperitoneal en fosa ilíaca izquierda, densidad adiposa y sólida, de 12 × 9 × 23 cm, en contacto con el iliopsoas y vasos ilíacos, sin líquido libre ni adenopatías. Comité oncológico indicó evaluación quirúrgica y biopsia.

El 28/08 se realizó cirugía en decúbito supino, con incisión paramediana izquierda, preservando uréter, arteria y vena ilíaca común. Se liberó la pseudocápsula tumoral, con biopsia rápida no concluyente. Se extrajo el tumor, incluyendo borde anteroinferior y pseudocápsula lateral con deferente izquierdo. El postoperatorio fue favorable, con alta al quinto día. Biopsia diferida: liposarcoma bien diferenciado con bordes positivos, por lo que será citado a control.

Discusión y conclusiones: El liposarcoma retroperitoneal crece de forma silente, diagnosticándose frecuentemente en estadios avanzados. La resección quirúrgica amplia es el pilar terapéutico, aunque los márgenes positivos aumentan el riesgo de recurrencia. En este caso, la resección inicial fue completa y sin complicaciones, pero el hallazgo de bordes comprometidos exige un estrecho seguimiento y reevaluación oncológica multidisciplinaria.

Palabras clave: Liposarcoma, masa abdominal, masa retroperitoneal

* yrianpazruiz@gmail.com



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

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y REVISIONES



JORNADA CIENTÍFICA 2025
ACUTEM 2025



**UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA**

TI-CX-0020 | Cirugía General | Trabajo de investigación

TASA DE MORTALIDAD POR COLANGITIS EN CHILE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DURANTE EL PERIODO ENTRE LOS AÑOS 2016 Y 2023

Nicole Karina Ignacia Pozo Velis^{1*}, Maura Jesús Roca Gutiérrez², Sofia Constanza Rojas Pereira³, Nicolás Manuel Gangas Pinochet⁴, Michelle Stephany Muñoz Rojas⁵. Claudio Sebastián Robledo Pizarro⁶.

^{1,2,3,4,5} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

⁶ Tutor/a. Cirujano General, Hospital San Juan de Dios de La Serena, Coquimbo, Chile.

Introducción y objetivo: Introducción: La colangitis aguda es una emergencia médico-quirúrgica que, sin tratamiento oportuno, puede evolucionar a shock séptico y muerte. El objetivo de este estudio fue determinar la tasa de mortalidad (TM) por colangitis en Chile entre 2016 y 2023, y analizarla según sexo, edad, región y lugar de defunción.

Metodología: Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal sobre la mortalidad por colangitis (CIE-10 K83.0) en Chile durante 2016-2023. Variables analizadas: sexo, edad, región geográfica y lugar de defunción. Datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Resultados: Resultados: Se registraron 1.633 defunciones por colangitis. La TM del período fue de 1,1 muertes por 100.000 habitantes. Las mujeres presentaron mayor mortalidad (1,25) que los hombres (0,95), con un índice de sobremortalidad femenina de 1,33. La mortalidad aumentó con la edad, alcanzando 17,98 por 100.000 en mayores de 80 años. La mayor TM se observó en las regiones de Los Ríos (2,29) y La Araucanía (1,83), mientras que la más baja fue en Arica y Parinacota (0,41). El 87,7% de las defunciones ocurrieron en hospitales.

Discusión y conclusiones: Discusión: La sobremortalidad femenina y el aumento con la edad concuerdan con estudios internacionales que vinculan la colangitis grave con comorbilidades metabólicas y biliopancreáticas. Las mayores tasas en el sur podrían relacionarse con obesidad, dieta y ruralidad, factores descritos también en reportes latinoamericanos. Como limitación, el uso de bases secundarias impide confirmar causalidad o ajustar por variables clínicas. Estudios futuros deberían incorporar análisis inferenciales y factores asociados para fortalecer la interpretación epidemiológica.

Conclusión: En Chile, la TM por colangitis fue de 1,1 por 100.000 habitantes, predominando en mujeres, adultos mayores y regiones del sur. Los hallazgos respaldan implementar estrategias preventivas y estudios analíticos que permitan reducir desigualdades en salud y mejorar el acceso oportuno a tratamiento.

Palabras clave: Chile, Colangitis, Mortalidad.

* nicole.pozo@alumnos.ucn.cl

TI-CX-0081 | Cirugía General | Trabajo de investigación

MORTALIDAD POR ÍLEO PARALÍTICO, EN CHILE ENTRE 2016 Y 2023

Dayana Natividad Fernández Betancourt^{1*}, Juan Carlos Arias Ramírez², Francisco Alberto Rodríguez Barrios³.

¹ Médico cirujano, CESFAM Flor Fernandez, La Pintana, Región Metropolitana, Chile.

² Médico cirujano, CESFAM Clotario Blest, Maipú, Región Metropolitana, Chile.

³ Tutor/a. médico general, Universidad privada, Franz Tamayo, Santa cruz de la Sierra, Bolivia

Introducción: El íleo paralítico (IP) es una afección caracterizada por una parálisis motora y funcional del aparato digestivo, debido a una insuficiencia neuromuscular que altera los plexos mesentéricos. El IP se asocia a una alta tasa de ingresos hospitalarios, representando una carga importante de morbimortalidad.

Objetivos: Determinar la tasa de Mortalidad por Íleo Paralítico, durante el periodo 2016 - 2023 en Chile

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, utilizando datos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se analizaron tasas de mortalidad generales y específicas por sexo, grupo etario, región y lugar de defunción. El análisis descriptivo incluyó medidas de tendencia central y representación gráfica mediante el programa Microsoft Excel. Se calcularon intervalos de confianza del 95% (IC95%) y se evaluaron tendencias temporales. No se requirió aprobación por comité de ética, dado que los datos son de acceso público y anónimos.

Resultados: La mayor tasa de mortalidad (TM) se observó en 2017 y 2023, con 0,12 por 100 000 habitantes. El sexo masculino presentó la mayor TM del periodo (0,10 por 100 000 habitantes). El grupo etario con mayor TM fue el de 80 años y más, con 1,43 por 100 000 habitantes. Las regiones con mayor TM fueron Arica y Parinacota y Maule (0,19 por 100 000 habitantes).

Discusión y conclusiones: Las defunciones ocurrieron mayoritariamente en hospitales. Estos resultados concuerdan con la literatura, sugiriendo asociación con comorbilidades, envejecimiento y acceso desigual a servicios quirúrgicos.

Se observa mayor riesgo en hombres, adultos mayores y regiones con menor acceso a atención especializada. Estos resultados evidencian la necesidad de estrategias preventivas y atención diferenciada en población vulnerable.

Palabras clave: Chile, Íleo paralítico, Mortalidad.

* d.naty@hotmail.com

TI-DM-0088 | Dermatología | Trabajo de investigación

EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABSCESO CUTÁNEO, FORÚNCULO Y CARBUNCO EN CHILE: TENDENCIAS ENTRE EL PERIODO 2021 a 2024.

Tomas Patricio Cardenas Ojeda^{1*}, Marina Úrsula Pinto Cisternas², Carlos Iván Muñoz Ríos³, Alma Rosa Granado Mendoza⁵, Bárbara Paz Mena González⁶.

^{1,2,3} Interno (a) de Medicina, Universidad del Alba, Santiago, Chile.

⁴ Médica Cirujana, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

⁵ Tutor/a. Médica Cirujana, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

Introducción: Las infecciones cutáneas y de partes blandas surgen por desequilibrio entre defensas locales y virulencia microbiana. Entre ellas, el forúnculo y el absceso cutáneo destacan por su frecuencia, con *Staphylococcus aureus* como agente principal. El carbunco maligno, causado por *Bacillus anthracis*, es infrecuente pero de alta letalidad. Analizar los egresos hospitalarios permite dimensionar su impacto sanitario y orientar estrategias preventivas.

Objetivos: Establecer la tasa de egresos hospitalarios (TEH) por abscesos cutáneos, forúnculo carbunco en el período 2021-2024 en Chile.

Metodología: Estudio descriptivo y de corte transversal basado en registros nacionales de egresos hospitalarios (n = 12.284) obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Se incluyeron todos los egresos con diagnóstico principal de absceso cutáneo forúnculo o carbunco y sin criterios de exclusión adicionales. Se analizaron tasas según sexo, grupo etario y promedio de días de estadía hospitalaria mediante estadística descriptiva. No fue requerido un comité de ética.

Resultados: La TEH global fue de 16,62 casos por 100.000 habitantes, con tendencia creciente, alcanzando su máximo en 2024. Los hombres presentaron mayores tasas y los grupos de 45 - 64 años concentraron la mayor carga. El promedio de hospitalización fue de 8,64 días.

Discusión y conclusiones: El estudio demuestra un incremento progresivo de egresos por infecciones cutáneas, con predominio masculino y en adultos de 45 - 64 años. El promedio de días de estadía está debajo del promedio internacional, aun así es requerido optimizar protocolos, prevenir factores de riesgo y orientar políticas sanitarias para mejorar resultados clínicos.

Palabras clave: Absceso, Carbunco, Hospitalización

* tomaspcardenaso@gmail.com

SEGUNDO LUGAR CATEGORÍA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y REVISIONES

TI-GO-0058 | Ginecología y Obstetricia | Trabajo de investigación

USO DE TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES RESIDENTES EN CHILE ENTRE 40-59 AÑOS

Diana Margarita Isabel Huina Mardones^{1*}, Camila Valentina Jerez Álvarez², Daphne Camila Roxana Molina Torres³, Marcela Andrea López Pizarro⁴.

^{1,2,3} Interna de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Tutor/a. Ginecóloga, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile.

Introducción y objetivo: La terapia hormonal de la menopausia (THM) mejora calidad de vida y previene enfermedades crónicas. Sus indicaciones son: deterioro en calidad de vida, falla ovárica prematura, síndrome genitourinario menopáusico, disfunción sexual y prevención de osteoporosis. Además, puede utilizarse en mujeres asintomáticas sin factores de riesgo considerando sus contraindicaciones.

Objetivos: Determinar características sociodemográficas, estilo de vida, comorbilidades, uso de THM y sintomatología según Menopause Rating Scale (MRS) en mujeres residentes en Chile entre 40-59 años.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal basado en 150 encuestas presenciales de 46 preguntas, con consentimiento informado.

Resultados: En promedio se obtuvo: edad 50,3 años, peso 71,9 kg y estatura 1,6 m. Respecto al estilo de vida; 40,7% es fumadora, 64% son sedentarias y 80,7% mantiene relaciones sexuales. En comorbilidades, 13% presenta diabetes, 26% hipertensión, 11% dislipidemia, 9% ansiedad, 11% depresión y 13% insomnio. En cuanto a la THM, 12% la utiliza (promedio de inicio: 47,8 años) y 6% la utilizó previamente. De las encuestadas, 30% tiene indicación “muy necesaria” de THM (MRS ≥ 15) y 36% tiene indicación “adecuada” (MRS 8-14), de las cuales 17% y 13% la utilizan respectivamente. 23% tiene puntaje ≥ 8 en dominio somático, 46% ≥ 6 en psicológico y 43% ≥ 3 en urogenital, de las cuales, 11%, 16% y 18% utilizan THM respectivamente. El 97% presenta alteraciones en escala MRS. El dominio somático fue el más afectado (93%), seguido del psicológico (92%) y urogenital (79%). Los síntomas más frecuentes: dolor articular-muscular (83%), cansancio (81%) e irritabilidad (75%).

Discusión y conclusiones: Es evidente que pese a cumplir criterios MRS, el uso de THM es bajo, lo que resulta preocupante dado sus múltiples beneficios. Se desconoce si es consecuencia de poca indicación médica, rechazo o contraindicaciones, por lo que se requieren futuras investigaciones para aclararlo.

Palabras clave: Menopausia, Mujeres, Terapia de reemplazo hormonal.

* dianahuina@gmail.com

PRIMER LUGAR CATEGORÍA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y REVISIONES

TI-NC-0003 | Neurocirugía | Trabajo de investigación

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE EGRESOS HOSPITALARIOS ASOCIADOS A MALFORMACIONES DE CHIARI EN CHILE DURANTE EL PERIODO 2001 A 2024

Natalia Andrea Contreras Peña^{1*}, Catalina Johanna Ríos Vilches², José Enrique Calcagni Peña³, Susana Alejandra Valencia Cubillos⁴, José Miguel Araya Retamal⁵.

^{1,2} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

³ Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

⁴ Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

⁵ Tutor/a. Unidad de Paciente Crítico, Hospital Base de Linares, Linares, Chile.

Introducción y objetivo: Las malformaciones de Chiari (MC) tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas por sus potenciales complicaciones, y representan un reto importante para el sistema de salud. Sin embargo, en Chile, es limitada la investigación epidemiológica sobre este tema. El objetivo de este estudio es analizar el comportamiento de los egresos hospitalarios por MC en Chile durante el periodo 2001 a 2024.

Metodología: Estudio ecológico utilizando datos de egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para el periodo 2001-2024. Se incluyó un total de 1.619 pacientes hospitalizados con diagnóstico de MC (CIE-10 Q07.0). Se calcularon tasas generales y específicas de egreso, y variación porcentual anual (VPA). El análisis estadístico empleó métodos descriptivos y de regresión lineal, utilizando programas STATA® v16, Joinpoint Regression Program® v5.3.0 y Google Sheets®. No fue requerido un comité de ética.

Resultados: Durante el período analizado se registraron 1.619 egresos hospitalarios por MC. La tasa promedio de egreso fue de 3,7 por millón de habitantes; el 59,7% de los egresos correspondieron al sexo femenino. Los grupos etarios más afectados fueron 10-19 y 1-9 años. La VPA nacional fue de 6,6%, con un incremento destacado entre 2010 y 2013. Las regiones con mayores tasas fueron Magallanes, Biobío y Metropolitana, y las más bajas Los Ríos y Arica y Parinacota.

Discusión y conclusiones: En Chile, las MC muestran un aumento sostenido de egresos hospitalarios, con un predominio en el sexo femenino y en la población pediátrica. Así mismo, se observan diferencias en la distribución por regiones. Se destaca la necesidad de estudios adicionales que permitan ampliar el conocimiento sobre la epidemiología, manifestaciones clínicas y factores asociados a esta patología en la población chilena, contribuyendo así a mejorar la atención y el pronóstico de los pacientes.

Palabras clave: Epidemiología, estudio observacional, malformación de Arnold-Chiari.

* n.contreras15@ufromail.cl

TI-TO-0084 | Traumatología y Ortopedia | Trabajo de investigación

CARACTERIZACIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA DE RADIO Y ULNA EN EL PERIODO DE 2020 A 2023 EN CHILE.

Nicolás Evan Toro Pérez^{1*}, Joao Maximiliano Luis Cerda Soto², David Francisco Jofré Varas³, Javiera Isidora Zuleta Hernández⁴, Joaquín Guillermo González Aroca⁶.

^{1,2,3} Estudiante de Medicina, Universidad del Alba, La Serena, Chile

⁴ Interna/o de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.

⁵ Tutor/a. Kinesiólogo, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad de La Frontera, Chile.

Introducción y objetivo: Las fracturas de radio y ulna son las más comunes de la extremidad superior. Se desconoce su epidemiología en Chile, por lo que el objetivo fue determinar la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por fractura de radio y ulna en el periodo 2020-2023.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal en población total de Chile (N=41.006) durante 2020-2023, según sexo, edad, segmento comprometido y estadía hospitalaria. Se incluyeron todos los egresos con diagnóstico principal de fractura de radio y/o ulna codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10: S52), excluyendo registros incompletos o sin especificar segmento. No se aplicó muestreo, pues se analizó el total de egresos del periodo. Se utilizaron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas. Análisis descriptivo con Microsoft Excel. No se requirió evaluación ética.

Resultados: La TEH del periodo fue de 58,33 casos/100.000 habitantes, con leve aumento anual. Se observaron mayores tasas en hombres y una distribución etaria bimodal: primer pico en varones de 5-14 años y segundo en mujeres mayores de 65. El segmento más afectado fue la epífisis distal del radio (EDR). La estadía hospitalaria promedio fue de 2,85 días, prolongándose en hombres y en fracturas que comprometen la epífisis proximal ulnar.

Discusión y conclusiones: El comportamiento de la TEH podría relacionarse con la pandemia COVID-19, el sedentarismo y el posterior retorno a la actividad física. Las fracturas en hombres jóvenes se vinculan a mayor exposición a riesgo y en mujeres mayores, a osteoporosis y fragilidad ósea.

Conocer la TEH de estas fracturas favorece la planificación sanitaria, asignación de recursos y diseño de estrategias preventivas.

Palabras clave: Chile, Epidemiología, Hospitalización, Traumatismos del Antebrazo, Traumatología.

* ntorop@udalba.cl

TI-TO-0097 | Traumatología y Ortopedia | Trabajo de investigación

DETERMINACIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR COXARTROSIS EN EL PERIODO DE 2020 A 2023 EN CHILE

Javiera Isidora Zuleta Hernández^{1*}, Nicolás Evan Toro Pérez², Joao Maximiliano Luis Cerda Soto³, David Francisco Jofré Varas⁴, Manuel Alejandro Guedeney Sepúlveda⁵, Joaquín Guillermo González Aroca⁶.

^{1,5} Interna/o de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

^{2,3,4} Estudiante de Medicina, Universidad del Alba, La Serena, Chile

⁶ Tutor/a. Kinesiólogo, Magíster en Epidemiología Clínica, Universidad de La Frontera, Chile.

Introducción: La osteoartritis (OA) es la enfermedad reumatológica más común. La cadera es la segunda articulación más afectada después de la rodilla. Se desconoce su epidemiología en Chile y comportamiento según sexo, edad y segmento comprometido.

Objetivos: Determinar la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por Coxartrosis en el periodo 2020-2023 en Chile.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal para determinar la TEH por OA de cadera en población total durante el periodo 2020-2023 en Chile, según las variables sexo, edad, tipo de afectación, etiología y estadía hospitalaria. Se analizaron los egresos hospitalarios asociados al código CIE-10 M16 "Artrosis de cadera" y se utilizaron datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se realizó un análisis descriptivo de datos mediante el programa Microsoft Office Excel. No requirió evaluación por comité de ética.

Resultados: Considerando una población N=31.373, se determinó una TEH del periodo de 44,63 casos/100.000 habitantes, destacando un aumento durante el periodo. Mayores tasas en el sexo femenino; que va en aumento conforme a la edad, y mayor concentración en el rango de 65 a 79 años, para ambos sexos. El tipo de afectación más frecuente fue unilateral, siendo su etiología más frecuente la de tipo primaria. El promedio de estadía hospitalaria fue de 2,93 días, con estadías bastante similares para ambos sexos.

Discusión y conclusiones: El comportamiento de la TEH del periodo estaría vinculado con la pandemia COVID-19 y sus consecuencias. En mujeres se debería a mayor factores biomecánicos, hormonales y estructurales. Mientras que su comportamiento de acuerdo con la edad estaría relacionado a cambios celulares y moleculares propios del envejecimiento. Conocer la TEH de OA de cadera impacta en la planificación sanitaria, distribución de recursos y prevención e implementación de estrategias específicas.

Palabras clave: Chile, Epidemiología, Hospitalización, Osteoartritis de la cadera, Traumatología

* j.zuletahernandez@uandresbello.edu

TI-TO-0115 | Traumatología y Ortopedia | Trabajo de investigación

CÁLCULO DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURAS DE PIE EN CHILE (2021-2024)

Rocío Belén Ahumada Leighton^{1*}, Sebastián Andrés Sotomayor Arribas², Cristóbal Alonso Valdebenito Farias³, Juan Pablo Sotomayor Arribas⁴.

^{1,2,3} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

⁴ Tutor/a. Médico cirujano, CESFAM San Pedro de Atacama, Antofagasta, Chile

Introducción: Las fracturas de pie comprenden lesiones que afectan el antepié, mediopié y retropié. Se relacionan con traumatismos deportivos, accidentes de tránsito y caídas de altura. El calcáneo es el hueso tarsiano más fracturado y suele generar secuelas funcionales relevantes, mientras que el astrágalo destaca por su riesgo de necrosis avascular. En cambio, los metatarsianos, especialmente el quinto, son los más afectados. La distribución etaria es bimodal, observándose en adultos jóvenes y mayores, influida por factores como sexo, ocupación, osteoporosis y comorbilidades. En Chile, la información epidemiológica disponible es limitada, lo que refuerza la relevancia de analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) como indicador de carga asistencial.

Objetivos: Describir la tasa de egreso hospitalario por fractura de pie en Chile durante 2021-2024 y comparar los resultados con la literatura internacional.

Metodología: Estudio transversal descriptivo basado en egresos hospitalarios por fracturas de pie en Chile entre 2021 y 2024. Las fuentes de datos fueron el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se calculó la TEH por 100.000 habitantes y se analizaron variables de sexo, edad y estadía promedio. Al provenir de una base pública y anonimizada, no se requirió evaluación ética. La población incluyó pacientes hospitalizados con diagnóstico CIE-10 S92 ("fractura del pie, excepto del tobillo").

Resultados: Se registraron 11.415 egresos. La TEH promedio fue 16,24, mayor en hombres (23,97) que en mujeres (8,83). Los grupos de 20-44 y 45-64 años concentraron la mayoría de casos. La estadía media fue 4,33 días, superior en hombres.

Discusión y conclusiones: Los hallazgos concuerdan con la literatura, donde predominan fracturas de metatarsianos y calcáneo. La reducción de estadía en 2024 podría reflejar mejoras terapéuticas. La alta incidencia en población laboralmente activa subraya la necesidad de prevención y rehabilitación.

Palabras clave: Chile, Epidemiología, Fracturas Óseas, Pie.

* rahumleigh@gmail.com

TI-TO-0117 | Traumatología y Ortopedia | Trabajo de investigación

CÁLCULO DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR FRACTURA DE FÉMUR EN CHILE (2021–2024)

Sebastián Andrés Sotomayor Arribas^{1*}, Rocío Belén Ahumada Leighton², Cristóbal Alonso Valdebenito Farias³, Juan Pablo Sotomayor Arribas⁶.

^{1,2,3} Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

⁴ Tutor/a. Médico cirujano, CESFAM San Pedro de Atacama, Antofagasta, Chile

Introducción: Las fracturas de fémur representan un problema relevante en traumatología por su alta frecuencia en adultos mayores y su impacto clínico, funcional y económico (1). En población geriátrica predominan las caídas de baja energía, mientras que en adultos jóvenes los traumatismos de alta energía (2-3). Se estima una prevalencia anual cercana al 30 %, asociada a complicaciones graves, pérdida de autonomía y elevada mortalidad (4-5). El análisis de la tasa de egreso hospitalario (TEH) permite dimensionar la carga asistencial y orientar políticas públicas enfocadas en prevención, diagnóstico y manejo integral.

Objetivos: Describir la tasa de egreso hospitalario por fractura de fémur en Chile durante el periodo 2021-2024 y comparar los resultados con la literatura internacional.

Metodología: Estudio transversal descriptivo basado en datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) entre 2021-2024. Se calcularon tasas de egreso hospitalario por 100.000 habitantes, distribuidas según sexo, edad y promedio de estadía hospitalaria. Al provenir de una base pública y anonimizada, no requirió evaluación ética. La población incluyó pacientes hospitalizados con diagnóstico de fractura de cabeza y cuello femoral, código S72 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Resultados: Se observó un incremento progresivo de egresos, con TEH de 67,5 en 2021 y 80,5 en 2024. En 2024, la TEH fue mayor en mujeres (106,9) que en hombres (53,0). Los grupos de 65-79 y ≥ 80 años concentraron la mayoría de los casos. El promedio de estadía hospitalaria varió entre 10,4 y 11,6 días.

Discusión y conclusiones: Los resultados evidencian aumento sostenido de la TEH, predominio en mujeres y adultos mayores, concordante con reportes internacionales. La prolongada estadía hospitalaria y elevada carga asistencial refuerzan la necesidad de fortalecer la prevención de caídas, el diagnóstico oportuno de osteoporosis y la optimización del manejo quirúrgico y rehabilitador.

Palabras clave: Chile, Epidemiología, Fracturas del Fémur, Hospitalización.

* Ssotomayora1@gmail.com

RE-GO-0035 | Traumatología y Ortopedia | Revisión

CONTAMINACIÓN DEL AIRE Y RIESGO DE PARTO PREMATURO: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA

Alejandra Pacheco Bugueño^{1*}, Jose Ignacio Ponce Poblete², Felipe Sandoval Roja³.

^{1,2} Estudiante de Medicina 5to Año, Facultad de Medicina, Universidad del Alba, La Serena, Chile.

³ Tutor/a. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía Hospital Provincial de Ovalle, Docente Universidad del Alba, La Serena, Chile.

Introducción: El parto prematuro, definido como nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Su prevalencia global alcanza cerca del 10%, mientras que en Chile se ha reportado un 9,49%. Entre los determinantes ambientales, la exposición materna a contaminantes atmosféricos — principalmente material particulado fino (PM_{2.5}, PM₁₀), dióxido de nitrógeno, ozono y monóxido de carbono — se ha identificado como un factor emergente de riesgo. Estos contaminantes pueden inducir inflamación sistémica, estrés oxidativo y disfunción placentaria, mecanismos implicados en el desencadenamiento del trabajo de parto prematuro.

Objetivos: El objetivo fue sintetizar la evidencia internacional y nacional sobre la relación entre contaminación del aire y parto prematuro, destacando las zonas de mayor riesgo en Chile.

Metodología: Se realizó una revisión narrativa de la literatura en PubMed, Scopus, ScienceDirect, BMJ, UpToDate y SciELO, además de fuentes del Ministerio de Salud (MINSAL) y repositorios nacionales. Se utilizaron los términos “air pollution”, “particulate matter”, “PM_{2.5}”, “PM₁₀”, “nitrogen dioxide”, “ozone”, “carbon monoxide”, “preterm birth” y “premature delivery”, combinados mediante operadores booleanos AND y OR. Se incluyeron artículos en inglés o español publicados entre 2017 y 2025, considerando revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales que evaluaran la exposición materna a contaminantes atmosféricos y su asociación con parto prematuro. Se excluyeron reportes y series de casos, editoriales y estudios sin texto completo. Dada la heterogeneidad metodológica, no se efectuó metaanálisis ni evaluación formal de sesgo, realizándose un análisis descriptivo y narrativo.

Resultados: La evidencia internacional demuestra un aumento significativo del riesgo de parto prematuro asociado a contaminantes atmosféricos. En Chile, Temuco y Padre Las Casas se reconocen como zonas críticas por contaminación de leña residencial, mientras que Quintero–Puchuncaví, Calama y El Salvador podrían representar áreas de riesgo ambiental aún no confirmadas.

Discusión y conclusiones: La evidencia revisada respalda el rol de la contaminación atmosférica como determinante ambiental del parto prematuro. En Chile, la información disponible proviene principalmente del sur, mientras las zonas industriales se mantienen como hipótesis de riesgo que requieren investigación local. Se enfatiza la necesidad de fortalecer la vigilancia ambiental, desarrollar cohortes nacionales con mediciones individuales de exposición y promover políticas públicas orientadas a reducir la contaminación y sus efectos sobre la salud materno-perinatal.

Palabras clave: Contaminación del aire; Embarazo; Parto prematuro; Riesgo ambiental; Salud materno-infantil.

* alelml12@gmail.com

RE-NC-0031 | Neurocirugía | Revisión

TERAPIAS DE NEUROESTIMULACIÓN EN EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE: UNA REVISIÓN COMPARATIVA DE: ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS VAGO, NEUROESTIMULACIÓN RESPONSIVA Y ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA

Giovanni Paredes Vásquez^{1*}, Lucas Espinoza Placencia², Marcelo Fuenzalida Droguett³, Tomás Peña Cifuentes⁴, Felipe Torres Rojas⁵, Pedro Errázuriz Gastellu⁶.

^{1,2,3,4,5} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁶ Tutor/a. Médico Internista, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio, Chile. Universidad del Desarrollo - Medicina Interna - Especialidad Pontificia Universidad Católica de Chile – Pregrado.

Introducción y objetivo: Para el 40% de pacientes con epilepsia farmacorresistente no candidatos a cirugía resectiva, las terapias de neuroestimulación (TNE) son una alternativa fundamental. Las principales modalidades son la Estimulación del Nervio Vago (VNS), la Neuroestimulación Responsiva (RNS) y la Estimulación Cerebral Profunda (DBS). El objetivo de esta revisión es comparar la eficacia, indicaciones y criterios de selección de estas tres tecnologías para guiar su aplicación clínica.

Metodología: Se realizó una revisión narrativa buscando en las bases de datos PubMed, Scielo y Cochrane Library literatura de los últimos 10 años. La variable de resultado primaria fue la reducción en la frecuencia de las crisis. La síntesis de la evidencia fue de carácter cualitativo y, al ser una revisión, no requirió evaluación por un comité de ética.

Resultados: Las tres terapias demostraron una eficacia similar a largo plazo, logrando una reducción mediana en la frecuencia de crisis del 50-75%. La VNS destaca como la opción de menor invasividad, útil para epilepsia focal y generalizada. La RNS, un sistema de circuito cerrado, se indica para uno o dos focos epilépticos localizados en áreas elocuentes. La DBS está dirigida a redes epilépticas focales profundas, multifocales o de difícil localización.

Discusión y conclusiones: La selección de la TNE más adecuada no se basa en una jerarquía de eficacia, sino en una evaluación individualizada que alinea el perfil del paciente con las características de cada tecnología. La VNS es preferente para focos mal definidos; la RNS, para focos elocuentes bien localizados; y la DBS, para redes complejas. La decisión final debe ser multidisciplinaria, pues estas herramientas mejoran significativamente el control de crisis y la calidad de vida en pacientes que no son candidatos a cirugía resectiva.

Palabras clave: Epilepsia Refractaria (DRE); Estimulación Cerebral Profunda (DBS); Estimulación del Nervio Vago (VNS); Neuroestimulación; Neuroestimulación Responsiva (RNS); Terapia por Estimulación Eléctrica.

* glparedes@uc.cl

RE-NC-0036 | Neurocirugía | Revisión

VENTRICULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA CON COAGULACIÓN DEL PLEXO COROIDEO EN HIDROCEFALIA NEONATAL

Jose Ignacio Ponce Poblete^{1*}, Alejandra Millaray Pacheco Bugueño², Felipe Sandoval Rojas³.

^{1,2} Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Alba, La Serena, Chile.

³ Tutor/a. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Provincial de Ovalle; Docente Universidad del Alba, La Serena, Chile.

Introducción: La hidrocefalia neonatal, especialmente la secundaria a hemorragia intraventricular (HIV), constituye una causa relevante de morbilidad y dependencia de derivaciones ventriculoperitoneales (DVP). La ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo con coagulación del plexo coroideo (ETV+CPC) se propone como alternativa menos invasiva que busca reducir la necesidad de shunts permanentes. El objetivo fue analizar la evidencia reciente sobre la eficacia y seguridad de la ETV+CPC en hidrocefalia neonatal, con énfasis en la posthemorrágica (HPH).

Metodología: Se realizó una revisión narrativa estructurada (2019–2025) en PubMed, Scopus, SciELO y ClinicalTrials.gov. Se incluyeron estudios originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas que evaluarán ETV+CPC en lactantes menores de un año. Se excluyeron reportes de caso y revisiones no estructuradas. La variable primaria fue la independencia sostenida de DVP; las secundarias, complicaciones, mortalidad y tasa de reoperación.

Resultados: Los resultados muestran una eficacia variable según la etiología. En hidrocefalia obstructiva congénita, ETV+CPC logra tasas de independencia de shunt superiores al 60%, mientras que en HPH neonatal los porcentajes caen a 20–40% debido a fibrosis y alteraciones en la reabsorción de LCR. Una cohorte de Warf et al. (2023) reportó éxito mayoritario en lactantes, pero claramente inferior en HPH. Lu et al. (2022) hallaron una tasa de éxito del 36% a seis meses, con peores resultados en hemorragias simétricas y ventriculomegalia avanzada. Series asiáticas y africanas confirmaron resultados similares. En cuanto a seguridad, las complicaciones mayores son infrecuentes; la mayoría de los fallos ocurre en los primeros 3–6 meses, estabilizándose después con resultados comparables a la DVP. Sin embargo, las guías actuales continúan recomendando la DVP como primera línea, reservando la ETV+CPC a casos seleccionados y centros con experiencia.

Discusión y conclusiones: La ETV+CPC es una alternativa prometedora para reducir la dependencia de shunts en lactantes seleccionados. Su eficacia en HPH sigue siendo limitada, condicionada por alteraciones post hemorrágicas y variabilidad técnica. La experiencia quirúrgica y la selección adecuada del paciente son determinantes. Se esperan resultados del ensayo multicéntrico ESTHI (HCRN) para definir su rol definitivo en el manejo de la hidrocefalia neonatal.

* thejose393@gmail.com

TERCER LUGAR CATEGORÍA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y REVISIONES

RE-PE-0055 | Traumatología y Ortopedia | Revisión

SUPLEMENTACIÓN CON CREATINA EN ADOLESCENTES DEPORTISTAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CIENTÍFICA.

Hernán Escobar Rojas^{1*}, Francisco Bórquez Morales², Sebastián Escobar Molina³, Gonzalo Domínguez Castro⁴, Hernán Valenzuela Gaete⁵, Nyckolas Torres Alfaro⁶.

^{1,2,3,4,5} Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

⁴Tutor/a. Medico Cirujano, Hospital Gustavo Fricke, Viña del mar, Chile.

Introducción y objetivo: Las ayudas ergogénicas son sustancias que pueden mejorar fuerza, resistencia, recuperación, composición corporal y energía. El monohidrato de creatina es una ayuda ergogénica ampliamente utilizada en deportistas adultos. Su suplementación eleva la creatina y fosfocreatina intramuscular aproximadamente en 15-40%, aumentando la capacidad anaeróbica y favoreciendo ganancias de fuerza y potencia. La seguridad clínica en adultos ha sido ampliamente estudiada, sin reportes de eventos adversos médicamente significativos. El objetivo de la presente revisión es recopilar evidencia actual sobre eficacia y seguridad de la creatina en deportistas adolescentes.

Metodología: Revisión sistemática PRISMA 2020. Búsqueda en PubMed, Web of Science y Google Scholar hasta octubre de 2024, en inglés, sin restricción de sexo. Criterios de inclusión: deportistas de 10–20 años que recibieran creatina monohidrato. Estrategia de búsqueda: (((ergogenic aid) OR (dietary supplement)) AND (youth)) AND (athletes). Exclusión: estudios de prevalencia y tesis. Riesgo de sesgo: herramienta del National Heart, Lung, and Blood Institute.

Resultados: Se incluyeron 14 estudios (n=296). Once reportaron mejoras en rendimiento anaeróbico, potencia y/o fuerza. Tres no mostraron beneficios significativos. No hubo incremento consistente de masa muscular en los estudios incluidos. A nivel de seguridad, un estudio en futbolistas jóvenes con sensibilización alérgica informó disminución de función pulmonar. Encuestas de autorreporte describieron efectos gastrointestinales y calambres.

Discusión y conclusiones: En adolescentes, la creatina podría mejorar el rendimiento deportivo, con perfil de seguridad aceptable y eventos adversos leves. No obstante, la certeza es limitada por la heterogeneidad de protocolos de suplementación y los tamaños muestrales pequeños; se requieren ensayos de mayor calidad con seguimiento y desenlaces específicos para población pediátrica. En ausencia de evidencia robusta, no se recomienda su uso indiscriminado en población pediátrica; de indicarse, debe realizarse bajo supervisión profesional y monitoreo clínico estrecho.

Palabras clave: Adolescente, Atletas, Creatina, Suplementos dietéticos.

* h.escobarrojas@uandresbello.edu



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



**UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA**

