



ACADEMIA DE CIRUGÍA,
URGENCIAS Y TRAUMA
de estudiantes de medicina



UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA

LIBRO RESUMEN



XXII CCTEM
CONGRESO CIENTÍFICO TEMÁTICO
DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

AVANCES en
CIRUGÍA GLOBAL

DIRECCIÓN DE ACADÉMICA E INVESTIGACIÓN



23-26

SEPTIEMBRE

ANACEM



**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

consultascctem@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

Mensaje de bienvenida | Directora CCTEM 2024



Estimados Estudiantes de Medicina de Chile y del Mundo,

Bajo el lema «Avances en Cirugía Global», CCTEM 2024 se propone ser una plataforma de intercambio académico y profesional que congregará a estudiantes de medicina, internos, profesionales de la salud y expertos en cirugía de todo el mundo. El congreso ofrecerá una experiencia enriquecedora con una combinación de conferencias magistrales, mesas redondas, talleres prácticos y presentaciones de investigación, todas centradas en los últimos avances, desafíos y oportunidades en el campo de la cirugía global.

Este evento representa una oportunidad única para sumergirse en temas de vanguardia, incluyendo innovaciones tecnológicas en cirugía, estrategias para mejorar el acceso a la atención quirúrgica en regiones de bajos recursos, colaboraciones internacionales para la formación quirúrgica y el impacto de las políticas de salud en la práctica quirúrgica global, entre otros. Además, el CCTEM 2024 buscará fomentar el intercambio de conocimientos, estimular la investigación y el pensamiento crítico, y desarrollar competencias en gestión y liderazgo en salud.

Nos dirigimos especialmente a estudiantes e internos de medicina, así como a estudiantes e internos de otras carreras de la salud con interés en el área quirúrgica. Si bien es recomendable haber cursado al menos semiología médica previamente, invitamos a estudiantes de todos los años a unirse a nosotros en este encuentro académico de alto nivel.

Participar en el CCTEM 2024 no solo les permitirá ampliar sus conocimientos y habilidades clínicas, sino también conectar con colegas y expertos de diversas partes del mundo, fomentando proyectos de colaboración internacional y el intercambio de experiencias valiosas. No dejen pasar esta oportunidad de ser parte de un evento que promete ser un hito en la educación médica y la cirugía global. Esperamos contar con su valiosa presencia para hacer del CCTEM 2024 un evento inolvidable y fructífero.

Atentamente,

Camila Díaz Hermosilla

Directora General CCTEM 2024



Mensaje de bienvenida | Presidente ACUTEM 2024



Estimados estudiantes, médicos, público en general

En nombre de la Academia de Cirugía, Urgencias y Trauma de Estudiantes de Medicina de la Universidad de La Frontera a la cuál tengo el placer de presidir durante este año 2024, les damos la más cordial bienvenida a este XXII Congreso Temático de Estudiantes de Medicina año 2024, con temática "Avances en cirugía global", magno evento que se realizará en nuestra casa de estudios en el territorio de la Frontera.

En febrero de 2022, fecha en que se fundó ACUTEM UFRO, la idea de organizar un evento de esta magnitud era solo un sueño. Sin embargo, gracias al trabajo incansable y la pasión de nuestros miembros, ese sueño se ha convertido en una maravillosa realidad. Nos sentimos profundamente orgullosos de organizar el CCTEM 2024 en Temuco, capital de la región de La Araucanía. Como estudiantes de una universidad estatal y regional, estamos comprometidos con la descentralización del conocimiento y la democratización del acceso a la educación médica de calidad.

Este congreso representa una oportunidad única para que estudiantes de medicina de todo el país y el extranjero se reúnan para compartir conocimientos, experiencias e ideas sobre los últimos avances en cirugía global. Además, tendrán la oportunidad de interactuar con profesionales expertos en el área, quienes compartirán su visión y experiencia en este campo en constante evolución.

El CCTEM 2024 no solo será un espacio de aprendizaje académico, sino también un espacio para la colaboración, el intercambio cultural y la creación de redes de contacto entre estudiantes y profesionales de la salud.

Los invitamos a ser parte de este memorable encuentro y a sumergirse en el apasionante mundo de la cirugía global. Juntos, podemos explorar las últimas innovaciones, compartir experiencias y contribuir al desarrollo de esta área tan importante para la salud global.

Atentamente,

Juan Marco A. Hidalgo Jara
Presidente ACUTEM 2024



CCTEM 2024 “AVANCES EN CIRUGÍA GLOBAL”

Cirugía global es un área de estudio, investigación, práctica y defensa que busca mejorar los resultados de salud y lograr equidad en salud para todas las personas que necesitan atención quirúrgica y anestésica, con un énfasis especial en las poblaciones desatendidas y en crisis. Utiliza enfoques colaborativos, transectoriales y transnacionales, y es una síntesis de estrategias basadas en la población con atención quirúrgica y anestésica individual.

En nuestro congreso exploraremos cómo la cirugía es fundamental para la salud global, afectando a 5 mil millones de personas que carecen de acceso a cirugía segura. Descubre, debate y contribuye a una solución global.

Cada año, la **falta de acceso a cirugía segura es responsable de 18 millones de muertes**. Esto supera las muertes por VIH, tuberculosis y malaria combinadas. Este congreso es una oportunidad para cambiar esta estadística alarmante.

Desde la alerta de la OMS en 1980 hasta el informe de Lancet en 2015, la cirugía global ha recorrido un largo camino. Conozcamos la evolución y cómo cada paso nos acerca a una solución global. Este congreso se centrará en la historia, los logros y los desafíos futuros de la cirugía global. Conecta con expertos y pioneros en el campo.

La cirugía es vital para alcanzar múltiples Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluidos la salud, la reducción de la pobreza y la igualdad de género. Aprende cómo la cirugía global puede acelerar nuestro progreso hacia estos objetivos universales.

Un mundo donde la cirugía segura y accesible sea una realidad para todos. Este congreso es un paso hacia ese futuro. Con un déficit de 2.28 millones de cirujanos, anestesiólogos y obstetras, la formación es clave. Descubramos cómo abordar la crisis de recursos humanos y capacitar a la próxima generación.

Referencias:

- Quene TM, Bust L, Louw J, Mwandiri M, Chu KM. Global surgery is an essential component of global health. Surgeon. 2022 Feb;20(1):9-15. doi: 10.1016/j.surge.2021.10.001.
- Meara, J. G., Leather, A. J. M., Hagander, L., Alkire, B. C., Alonso, N., Ameh, E. A., Bickler, S. W., Conteh, L., Dare, A. J., Davies, J., Mésirier, E. D., El-Halabi, S., Farmer, P. E., Gawande, A., Gillies, R., Greenberg, S. L. M., Grimes, C. E., Gruen, R. L., Ismail, E. A., ... Yip, W. (2015). Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. Lancet, 386(9993), 569-624. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60160-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60160-x)
- Bath, M., Bashford, T., & Fitzgerald, J. E. (2019). What is 'global surgery'? Defining the multidisciplinary interface between surgery, anaesthesia and public health. BMJ Global Health, 4(5), e001808. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001808>



COMITÉ EVALUADOR

Dr. Alejandro Barrera

Coloproctología

Dra. Macarena Fernández

Coloproctología

Dra. Fabiola Schafer

Dermatología

Dr. Walter Krause

Ginecología y obstetricia

Dr. Edison Krause

Ginecología y obstetricia

Dr. Óscar Jiménez

Neurocirugía

Dr. Diego González

Radiología

Dr. Cristóbal Sepúlveda

EDF

Dra. Macarena Fernández

Coloproctología

Dra. Fabiola Schafer

Dermatología

Dr. Walter Krause

Ginecología y obstetricia

Dr. Edison Krause

Ginecología y obstetricia

Dr. Óscar Jiménez

Neurocirugía

Dr. Diego González

Radiología

Dr. Cristóbal Sepúlveda

EDF



AVANCES EN CIRUGÍA GLOBAL

PATROCINADORES



AUSPICIADORES



CASOS CLÍNICOS



XXII CCTEM
CONGRESO CIENTÍFICO TEMÁTICO
DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

AVANCES en
CIRUGÍA GLOBAL



ACADEMIA DE CIRUGÍA,
URGENCIAS Y TRAUMA
de estudiantes de medicina

ANACEM

DESAFÍOS RESPIRATORIOS: NEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE CRISIS ASMÁTICA SEVERA DESENCADENADA POR INFECCIÓN POR RINOVIRUS.

Daniela A. Espinoza Osorio¹, Robinson A. Figueroa Loyola¹, Claudio A. Roa Fierro², Florencia I. Tapia Reyes², Diego A. Saldivia Zaror³.

1. Interno de Medicina. Universidad Andrés Bello. Concepción, Chile.
2. Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
3. Médico Cirujano. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Introducción: El neumomediastino se define como la presencia de aire dentro del mediastino. Es una patología infrecuente en pediatría, constituyendo 1 en 10.000-40.000 consultas en urgencias. Este puede ser espontáneo o secundario a una variedad de condiciones, incluyendo trauma torácico, procedimientos médicos, infecciones respiratorias y crisis asmáticas. Si bien el neumomediastino secundario a una crisis asmática es una rareza, se ha reportado un aumento de casos en contextos asmáticos. Su importancia radica en que es potencialmente grave, pero tratable, y suele presentarse como dolor torácico agudo, dificultad respiratoria, y signos de enfisema subcutáneo. Su presencia es un indicador de la severidad del episodio asmático y requiere una atención médica inmediata para evitar complicaciones adicionales. El objetivo de este caso es describir el neumomediastino en el contexto pediátrico, específicamente como una complicación de las crisis asmáticas, resaltando la importancia de la vigilancia, el diagnóstico, el manejo, la educación y la prevención.

Presentación de caso: Escolar de sexo femenino de 6 años, con antecedente de asma bronquial en tratamiento, consultó en servicio de urgencias del Hospital Guillermo Grant Benavente derivada del Servicio de Atención Primaria de Alta Resolución por cuadro de una semana de tos productiva, que evolucionó tórpidamente con disnea y retracciones subcostales leves. Ingresó saturando 90%, con uso de musculatura accesoria, dolor torácico y requerimientos de oxígeno. Se solicitó una radiografía de tórax, donde se observó neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se hospitalizó e inició tratamiento con broncodilatadores y corticoides, apoyada de un litro de oxígeno por naricera, con buena respuesta. Se obtuvo el panel viral tomado en urgencias, resultando positivo para rinovirus. La radiografía de control al tercer día impresionó neumomediastino en regresión, asociado a buena evolución clínica, sin requerimiento de oxígeno adicional ni signos de insuficiencia respiratoria. Se decidió alta en conjunto tras evaluación por broncopulmonar infantil, posterior a optimización de terapia crónica.

Discusión y conclusión: La relación entre una exacerbación asmática severa y el desarrollo de neumomediastino resalta la importancia de la vigilancia clínica y el reconocimiento temprano de síntomas respiratorios agudos. Es crucial conocer el manejo inicial y derivar adecuadamente. Aunque es una complicación infrecuente, es esencial enfatizar a los padres que el tratamiento del asma y su adherencia es vital para evitar estos episodios, así como informar sobre los signos de alarma que requieran atención médica exhaustiva. La educación sobre factores desencadenantes de crisis asmáticas mejora las estrategias de prevención y el manejo de esta complicación rara pero grave.

Palabras clave: Crisis Asmática, Enfisema Mediastínico, Insuficiencia Respiratoria.

Autor/a corresponsal: Daniela Alejandra Espinoza Osorio (danielaespinozao.17@gmail.com)

DISECCIÓN DE ARTERIA VERTEBRAL COMO ETIOLOGÍA DE INFARTO DE ARTERIA CEREBELOSA EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Pincheira Castillo¹, Bárbara Lara Quiñehual², Felipe Olivares Ulloa¹, Evelyn Barriga Hachigur¹.

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

Introducción: La disección de arterias cervicales es una etiología importante del accidente cerebrovascular (ACV) en personas jóvenes, representando el 25% de los casos de ACV en menores de 45 años. La mayoría de etiología espontánea. Se expone el siguiente caso para evidenciar una presentación atípica del ACV, siendo un desafío importante para el médico tratante dado la alta variabilidad en la presentación y evolución clínica de este cuadro.

Presentación de caso: Paciente femenina, 27 años, con antecedentes de migraña crónica. Consulta en urgencias por cefalea opresiva de inicio súbito hace 4 horas, en región occipital, EVA 9/10 asociado a tinnitus, disartria, diplopía, náuseas y mareos. En el examen neurológico destaca bradilalia. Se diagnosticó síndrome vertiginoso periférico, realizándose manejo sintomático y alta a domicilio. Paciente reconsulta por persistencia de síntomas, se realiza resonancia nuclear magnética protocolo stroke que informa infarto en territorio de arteria cerebelosa superior izquierda y AngioTC de cerebro y cuello que evidencia disección vertebral derecha. Ingres a Unidad Cuidados Intensivos sin focalidad neurológica. AngioTC de control a las 72 horas sin nuevos hallazgos. A neurólogo tratante le impresiona el ACV de etiología embólica arterio-arterial. Se inicia tratamiento con aspirina, sin atorvastatina dado buen perfil lipídico. Paciente evoluciona estable, sin nueva focalidad neurológica, se decide alta hospitalaria con ecocardiografía transesofágica ambulatoria y AngioTC de cerebro en 3 meses.

Discusión y conclusión: La presentación clínica de la disección de arteria vertebral es altamente variable, planteando un desafío al momento del diagnóstico. La instauración de cefalea brusca e intensa, o bien, la presentación de síndrome vertiginoso periférico en pacientes jóvenes, debe alertar de la posibilidad de una disección arterial vertebral.

Una correcta anamnesis y examen neurológico, permite un alto índice de sospecha clínica. El uso adecuado de pruebas de imágenes, ante la mínima alteración neurológica o signo de alarma en la anamnesis, aporta a la confirmación diagnóstica. Permitiendo así disminuir la morbilidad en pacientes jóvenes.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Arteria Vertebral, Disección

Autor/a corresponsal: Carolina Denise Pincheira Castillo (c.pincheira06@ufromail.cl)

COLITIS EOSINOFÍLICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DIARREA CRÓNICA, REPORTE DE UN CASO.

Francisca Muñoz Castro¹, Martín Correa¹, Patricio Castillo Alfaro¹, Ignacio Olivares Leal²

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

Introducción: La diarrea crónica, se define como deposiciones líquidas o disgregadas tres o más veces en un día durante cuatro o más semanas. Afecta cerca del 5% de la población, predominando como etiología causas funcionales y uso de fármacos según la literatura.

La colitis eosinofílica es una causa rara de diarrea crónica, con una prevalencia cercana a 3/100.000 adultos. Corresponde a una infiltración eosinofílica del colon y puede manifestarse como diarrea crónica sanguinolenta asociada a dolor abdominal y baja de peso. El diagnóstico suele ser de descarte, confirmándose con clínica, eosinofilia periférica, e infiltración eosinofílica de la mucosa intestinal. Se suele tratar con corticoides, demostrando mantener períodos de remisión de hasta 2 años. Se pueden asociar fármacos inmunomoduladores, antileucotrienos, antihistamínicos y agentes biológicos en casos refractarios.

El siguiente reporte busca evidenciar el debut colitis eosinofílica en un paciente de tercera edad, relatando sus características clínicas, proceso diagnóstico y evolución tras el tratamiento, con el fin de que el médico la considere como diagnóstico diferencial al momento de haber descartado las patologías más frecuentes de diarrea crónica.

Presentación de caso: Paciente masculino de 73 años, con antecedente de enfermedad renal crónica, se hospitaliza inicialmente por urgencia dialítica. Resuelto cuadro agudo, se rescata antecedente de cuadro de 2 meses de evolución de deposiciones diarreicas, aproximadamente 6 veces al día, sin sangrado, mucosidad o esteatorrea, asociado a baja de peso de 8 kilogramos. A su ingreso destaca hemograma 1080 eosinófilos/uL. Se realiza estudio de anticuerpos y panel en deposiciones, negativos, descartándose enfermedad celíaca y posibles causas infecciosas, destacando hemorragia oculta positiva y leucocitos fecales negativos. Se decide realizar colonoscopia por presunto origen neoplásico. En colonoscopia destacan pequeñas lesiones redondeadas, planas de apariencia submucosa, blancas de 3-7 mm en sigmoides distal. Se toma biopsia, que informa mucosa colónica con abundantes eosinófilos intraepiteliales y en lámina propia, hallazgos compatibles con colitis eosinofílica. Se inicia tratamiento con Budesonida oral, teniendo mejoría clínica. Se da de alta tras 3 meses de hospitalización, con seguimiento ambulatorio.

Discusión y conclusión: Si bien el paciente del caso evidenció desde un inicio síntomas gastrointestinales y eosinofilia periférica, no fue sino hasta un estudio endoscópico con biopsia que se decidió iniciar tratamiento inmunosupresor, reforzando el proceso de exclusión de patologías más prevalentes.

Se espera que el equipo médico considere a la colitis eosinofílica como diagnóstico diferencial de diarrea crónica al enfrentarse a un paciente con diarrea y eosinofilia periférica.

Palabras clave: Colitis, Diarrea, Eosinofilia, Sangre Oculta.

Autor/a corresponsal: Patricio Castillo Alfaro (f.munoz28@ufromail.cl)

IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA PRECOZ: FRACTURA VERTEBRAL PATOLÓGICA SECUNDARIA A MIELOMA MÚLTIPLE.

Daniela A. Espinoza Osorio¹, Robinson A. Figueroa Loyola¹, Claudio A. Roa Fierro², Florencia I. Tapia Reyes², María Espinoza O.³.

1. Interno de Medicina. Universidad Andrés Bello. Concepción, Chile.
2. Interno de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
3. Médico Cirujano. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Introducción: El Mieloma Múltiple (MM) representa la malignidad primaria del hueso más frecuente en adultos. Identificar sus diversas manifestaciones y realizar un diagnóstico preciso son aspectos de vital importancia, ya que estos factores influyen significativamente en los resultados pronósticos. El MM se caracteriza por manifestaciones heterogéneas que pueden incluir fracturas patológicas, anemia, insuficiencia renal e hipercalcemia.

La presentación de este caso tiene como objetivos resaltar la importancia de realizar una búsqueda específica de fracturas patológicas frente a debilidad de extremidades inferiores (EEII) o parestias de inicio agudo y progresión rápida que estén asociadas a alguna/s de las manifestaciones anteriormente mencionadas, con el fin de prevenir consecuencias graves como paraplejas permanentes. Además, ante fracturas sin antecedentes de trauma previo se debe sospechar de MM, ya que un diagnóstico temprano y preciso permite iniciar un tratamiento oportuno, mejorando así los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Presentación de caso: Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes, consultó en urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 semanas de evolución, asociado a debilidad de EEII y constipación hace 10 días. En laboratorio destacó Insuficiencia Renal Aguda, Hematuria e Hipercalcemia. La tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis no evidenció litiasis. Ingresó en regulares condiciones, hemodinamia estable, hipertenso, afebril. Paciente extranjero, difícil comunicación, no habla español. Se manejó con volumen y analgesia inicialmente, además se solicitó Ecografía pélvica sin hallazgos y antígeno prostático específico que resultó dentro de rangos normales.

A los 2 días, paciente evolucionó con plejía en EEII, refiriendo por primera vez dolor lumbar, por lo que se solicitó TAC de columna total, donde se evidenció fractura vertebral T9 patológica. Se realizó fijación de columna percutánea (T8-T10). En protocolo operatorio se describió metástasis epidural de probable origen hematológico, por lo que se completó estudio con electroforesis de proteínas en suero que reportó componente monoclonal GAMMA 2 compatible con IGG tipo cadena liviana KAPPA. Además, se realizó biopsia de médula ósea donde se concluyó compromiso medular por neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadena Kappa. Cuadro compatible con mieloma múltiple.

Discusión y conclusión: La importancia de la alta sospecha clínica frente a fracturas de hueso patológicas, sobre todo en pacientes jóvenes con laboratorio de insuficiencia renal e hipercalcemia como en este caso, debe orientar a los médicos tratantes a buscar un cáncer de origen hematológico.

Palabras clave: Dolor de la Región Lumbar, Fracturas espontáneas, Fracturas de la Columna Vertebral, Mieloma Múltiple.

Autor/a corresponsal: Daniela Alejandra Espinoza Osorio (danielaespinozao.17@gmail.com)

ENFERMEDAD DE KAWASAKI INCOMPLETA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Silva Vera, V.¹, Flores Guajardo F.¹, Parra Agurto, G.¹, Kompatzki Villanueva, Á.¹

1. Internos VII Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda y autolimitada que afecta predominantemente a niños menores de 5 años, siendo la principal causa de enfermedad cardíaca adquirida en pediatría en países desarrollados. Por este motivo, es importante diagnosticarla a tiempo y prevenir sus complicaciones. Existe la EK incompleta que se puede diagnosticar con 3 de los 5 criterios junto con hallazgos de laboratorio o ecocardiográficos.

Presentación de caso: Paciente de 7 años que al momento de consultar cursaba con 5 días de fiebre de difícil manejo en domicilio, asociado a rash eritematoso puntiforme confluyente y odinofagia, con resto de examen físico normal al ingreso. Dada persistencia de fiebre se ingresa para estudio por sospecha de EK. Al ingresar, normaliza su temperatura por 24 horas, por lo que se descarta EK. No obstante, posteriormente a las 24 horas afebril, el paciente reinicia la fiebre de difícil manejo, asociándose inyección conjuntival bilateral, lengua aframbuesada, mucositis oral y queilitis. Ante la eminente sospecha de EK se realiza ecocardiograma que informa hiperrefringencia de Arteria Coronaria derecha. Por alteración de ecocardiograma se ingresa a Unidad de paciente pediátrico crítico para administración de gammaglobulina endovenosa e inicio de aspirina en dosis antiinflamatorias.

Discusión y conclusión: El caso presenta una EK incompleta con un curso atípico en que el infante dentro de su cuadro febril, cursa 24 horas afebril (sin uso de antipiréticos a horario), sin mayores síntomas sugerentes de la enfermedad. Sin embargo, existe quiebre clínico con la aparición de signos patognomónicos junto con alteración en ecocardiograma, lo que permitiría realizar el diagnóstico de EK incompleta de manera tardía, al octavo día de fiebre.

Corresponde a un caso de EK incompleta con fiebre discontinua. Sería interesante realizar estudios sobre la prevalencia de esta presentación y complicaciones por diagnóstico tardío.

Palabras clave: Atípico, Incompleto, Síndrome Mucocutáneo Linfonodular.

Autor/a corresponsal: Viviana Catalina Silva Vera (vcsilva@miuandes.cl)

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN: CUANDO NO SE LOGRA DILUCIDAR ENTRE HEPATITIS AUTOINMUNE Y CIRROSIS BILIAR PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bottinelli Fuentes, M.¹, Inzunza Fernández, A.², Obrecht Larraín, S.², Sanz Urquhart, C.², Ruz Slater, L.³.

1. Interno de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
2. Interno/a de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
3. Médica Cirujana, Becada de Medicina Interna, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El síndrome de superposición corresponde a los casos que cumplen criterios diagnósticos de patologías hepáticas diferentes, siendo tanto clínicos como serológicos y/o radiológicos. Entre estos se encuentran la Hepatitis Autoinmune (HAI), la Cirrosis Biliar Primaria (CBP) o Colangitis Esclerosante Primaria (CEP). No existen actualmente definiciones bien establecidas al respecto; la falta de evidencia respecto a su abordaje, proceso diagnóstico y tratamiento, resultan en un desafío clínico importante y poco frecuente que requiere de un alto índice de sospecha.

Presentación de caso: Paciente mujer de 78 años, con antecedentes de hipotiroidismo e hipertensión arterial, fue hospitalizada por deterioro progresivo del estado general de 2 meses de evolución, asociado a astenia, hiporexia, desorientación temporal, inversión del ciclo sueño-vigilia, ictericia generalizada, ascitis y edema bilateral de extremidades inferiores. En exámenes de ingreso se pesquisó anemia, hiponatremia severa, hipoalbuminemia, prolongación del tiempo de protrombina, virología negativa y patrón mixto en perfil hepático. En imágenes se observaron signos de hipertensión portal, ascitis moderada e hígado con contornos nodulares. A continuación se objetivó inmunoglobulina G elevada y presencia de anticuerpos antinucleares, antimitocondriales y antimúsculo liso.

Se diagnosticó Daño Hepático Crónico con sospecha de síndrome de superposición, por lo que se dio tratamiento para corregir alteraciones hidroelectrolíticas, de coagulación y nutricionales, además de aplicarse medidas hepatoprotectoras y de control de hipertensión portal. Una vez estabilizada la paciente, se hizo ambulatoriamente biopsia hepática, con resultado compatible con HAI y CBP. Se inició tratamiento específico para cada una.

Discusión y conclusión: Establecer un síndrome de superposición como diagnóstico inicial en pacientes cuyos criterios, manifestaciones clínicas, laboratorio y radiología pueden enmarcarse en dos patologías hepáticas diferentes, permite abordar integralmente las repercusiones y alteraciones presentes sin limitar la sospecha diagnóstica a una etiología específica. El tratamiento de entrada debiese enfocarse en la estabilización del paciente y su sintomatología, antes de dilucidar las causas específicas.

Palabras clave: Cirrosis biliar primaria, Colangitis esclerosante primaria, Hepatitis autoinmune, Síndrome de superposición.

Autor/a corresponsal: Mizzio Vincenzo Bottinelli Fuentes (mizzio.bottinelli@mail.udp.cl)

ENFRENTAMIENTO DE VARICELA EN PACIENTE JOVEN INMUNODEPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bianca Gramer Venegas¹; Alejandra Alvístegui Seelenfreund¹; Evelyn Barriga Hachigur¹; Karen Yañez²

1. Estudiantes de medicina, Universidad de La Frontera.
2. Médico cirujano, becada medicina interna Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción: La varicela es una enfermedad infectocontagiosa, causada por el Virus Varicela Zóster (VVZ), adquirida mediante la inhalación de secreciones respiratorias o el contacto con lesiones vesiculares cutáneas. Es frecuente en la infancia, excepcional en adultos y en inmunocomprometidos puede cursar con cuadros graves, por lo que son fundamentales un diagnóstico y tratamiento precoz. Presentamos un caso de varicela en paciente inmunocomprometida con el objetivo de enfatizar la importancia de un alto índice de sospecha y manejo adecuado para una evolución favorable, evitando así complicaciones asociadas a un elevado riesgo de morbilidad.

Presentación de caso: Paciente femenina, 25 años, con antecedentes de artritis idiopática juvenil en inmunoterapia con Adalimumab por 10 años, hace 1 año cursa con colitis ulcerosa extensa por lo que se cambia inmunoterapia a Infliximab y se inicia azatioprina y mesalazina. Consulta con reumatólogo tratante por cuadro de 2 días de lesiones inicialmente eritematosas de 0.3 mm iniciadas en cuello, que luego se distribuyen por todo el cuerpo y evolucionan rápidamente a vesiculares de 0.5 mm asociadas a fiebre. Paciente sin antecedente de varicela en infancia. Se plantea contagio a través de hija vacunada como portadora asintomática tras brote de varicela en jardín escolar. Se realiza interconsulta a infectología, confirmándose diagnóstico de varicela. Se indica tratamiento con Valaciclovir por 7 días. A las 48 horas, paciente en mejores condiciones generales, lesiones de menor tamaño. A los 7 días de tratamiento todas las lesiones se encuentran en proceso de cicatrización. Paciente evoluciona favorablemente con indicación de continuar inmunoterapia.

Discusión y conclusión: La infección primaria por VVZ se produce en contexto del primer contacto con el virus, en la mayoría de los casos ocurre en la infancia y es de curso autolimitado requiriendo sólo manejo sintomático, sin embargo existen poblaciones, como adolescentes, adultos, embarazadas e inmunodeprimidos, que presentan un mayor riesgo de desarrollar cursos graves de la enfermedad, presentando sobreinfecciones bacterianas de piel y tejidos blandos, afección del sistema nervioso central y compromiso pulmonar y hematológico. El caso presentado realza la importancia de un manejo con terapia antiviral y control seriado en poblaciones de riesgo tales como pacientes inmunosuprimidos para evitar complicaciones graves asociadas a este cuadro. Es en este grupo donde es necesario establecer una terapia antiviral específica, además de un control seriado por posibles complicaciones.

Palabras clave: Inmunodeprimido, Valaciclovir, Varicela

Autor/a corresponsal: Bianca Scarleth Nazarena Gramer Venegas (b.gramer01@ufromail.cl)

ABORDAJE MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO DE MIOPATÍA INFLAMATORIA EN PACIENTE ADULTO

Evelyn Barriga Hachigur¹, Paloma Escalante Villanueva¹, Carolina Pincheira¹, Rosita Gutierrez¹, Jorge Aguilera Zapata².

1. Estudiantes de medicina, Universidad de La Frontera.
2. Médico cirujano en Etapa de Destinación y Formación (EDF), Hospital de Carahue, Carahue, Chile.

Introducción: Las miopatías inflamatorias se clasifican en idiopáticas (MII) o infecciosas. Las MII son un grupo de enfermedades inmunomediadas del músculo esquelético, con variable compromiso extramuscular. Su distribución es bimodal y se pueden clasificar en dermatomiositis, miositis de sobreposición, entre otras. El siguiente caso tiene como objetivo describir el proceso diagnóstico ante sospecha de MII.

Presentación de caso: Paciente de 31 años, antecedente de haber sufrido episodio de COVID-19 en 2021 con disminución de capacidad pulmonar, consulta un año después por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por dolor muscular de predominio proximal que evoluciona con debilidad progresiva de cintura pélvica, dactilitis en manos y disnea progresiva. Al ingreso: creatinfosfokinasa (CK) 21.000 y tomografía computarizada (TC) de tórax compatible con compromiso fibrosante pulmonar. Se indica hospitalización para estudio y manejo. Exámenes describen presencia de anticuerpos antinucleares y antiantígenos nucleares extraíbles Anti-Ro y Anti-La. Dada asociación entre miopatía inflamatoria y neoplasia se realiza TC de abdomen y pelvis, endoscopia y colonoscopia, sin alteraciones. Se diagnostica síndrome antisintetasa con compromiso muscular y pulmonar, iniciando tratamiento con corticoides, micofenolato, hidroxicloroquina y rituximab, con favorable evolución clínica, disminución de dolor y normalización de CK; por lo que se indica alta.

Discusión y conclusión: El enfrentamiento inicial recomendado según evidencia actual frente a un paciente con cuadro de debilidad muscular proximal consiste en obtener una historia clínica acabada que incluya uso de fármacos miotóxicos y antecedentes familiares, seguido de evaluación de fuerza muscular y búsqueda de compromiso extramuscular, mediante examen físico y laboratorio, además de estudio imagenológico y biopsia muscular en la mayoría de los casos. Se debe descartar estar frente a un síndrome paraneoplásico y excluir diagnósticos diferenciales, tal como fue realizado en este caso. Cobra gran importancia un abordaje multidisciplinario al estar frente a un paciente con debilidad muscular proximal para lograr identificar el tipo de miopatía inflamatoria idiopática y así determinar el abordaje terapéutico más adecuado.

Palabras clave: Debilidad muscular, Miositis, Reumatología

Autor/a corresponsal: Rosita Lydia Gutierrez Vega (r.gutierrez13@ufromail.cl)

MENINGOENCEFALITIS VIRAL CON PUNCIÓN LUMBAR NORMAL, REPORTE DE UN CASO.

Merino Castillo, N¹; Ortiz Quiero, M¹; Silva Vera, V¹; Kompatzki Villanueva, A¹ Budnik Bitrán, S².

1. Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile
2. Médico Cirujana, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile

Introducción: La meningoencefalitis aséptica (MAA) es la inflamación de meninges y cerebro, sin microorganismos en cultivos y tinción de Gram. Su incidencia es: 5-17 casos por 100000 habitantes, siendo de etiología principalmente viral. Este caso resalta la importancia de analizar detenidamente a pacientes con síntomas neurológicos inespecíficos, incluso si los estudios iniciales no son claros.

Presentación de caso: Masculino, 74 años, antecedentes de carcinoma ductal infiltrante estadio IIIb tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia, daño hepático crónico Child A, y trombocitopenia.

Es traído al servicio de urgencias por cuadro de una semana de cambios conductuales caracterizado por agresividad, desorientación, con alteraciones visuales y lateralización de marcha a derecha.

Ingresa hemodinámicamente estable. Al examen físico destaca: agitación, parafasias, heminegligencia izquierda, mirada preferente a derecha, hemianopsia izquierda, sin signos meníngeos, "National Institutes of Health Stroke Scale" 8 puntos, manteniéndose afebril.

Al laboratorio destaca trombocitopenia (81.000/uL), Fosfatasa Alcalina y Gamma-glutamyl transferasa discretamente elevados. Parámetros inflamatorios normales.

Angiografía cerebral sin alteraciones, empero se maneja como accidente cerebro vascular precoz sin trombolisis por trombocitopenia. Se traslada a unidad de cuidados intermedios, donde se decide realizar una punción lumbar dada discordancia entre anamnesis y exámenes. El estudio citoquímico de líquido cefalorraquídeo (LCE) se informa normal, con líquido transparente, proteínas 62.4mg/dL, glucosa 68.2mg/dL, sin leucocitos. Posteriormente se rescata reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de líquido que sale positivo para Virus Herpes Simple-1. Se inicia aciclovir endovenoso por 21 días con traslado a sala de neurología, donde evoluciona con rápida mejoría, recuperando conciencia y habilidades motoras al segundo día de tratamiento.

Discusión y conclusión: La Meningoencefalitis aséptica es poco común, especialmente en adultos, siendo un desafío diagnóstico que requiere una alta sospecha. El PCR de LCR, aunque el estudio citoquímico este normal, permite determinar la causa y mejorar el manejo, beneficiando el pronóstico.

Palabras clave: Herpes simplex, Meningitis viral, Meningoencefalitis.

Autor/a corresponsal: Nicolás Ignacio Raúl Merino Castillo (nimerino@miuandes.cl)

ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL INFLAMATORIA: UNA FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DE LA ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL.

Luengo Navarro J¹, Flores Mondaca F¹, Fernández Labra E¹, Rodríguez Meza M¹, Carrillo Corona R².

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Neurólogo, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: La angiopatía amiloidea cerebral inflamatoria (AAC-I) constituye una forma infrecuente de presentación de la angiopatía amiloide cerebral (AAC). Se caracteriza por la inflamación transmural o perivascular en vasos de pequeño y mediano calibre de la corteza y leptomeninges. Su presentación suele incluir deterioro cognitivo subagudo o cambios conductuales, predominantemente en pacientes de edad avanzada. Se expone caso de paciente, con cuadro de compromiso de conciencia progresivo y, hallazgos clínico-radiológicos sugerentes de AAC-I, con el objetivo de mostrar las manifestaciones clínicas más comunes, su relación con la fisiopatología y el tratamiento.

Presentación de caso: Varón de 60 años, hipertenso y diabético. Presentó cuadro de 48 horas de compromiso de conciencia progresivo y vómitos. Ingresó en sopor, con rigidez nuchal, paresia faciobraquiocrural izquierda y hemianopsia ipsilateral. Tomografía computarizada cerebral y Angiotomografía cerebral sin signos de hemorragia aguda; punción lumbar: leucocitos 30/mm³, 47%-mononucleares, 53%-polimorfonucleares, proteínas 145.1 mg/dL, glucosa 135.7 mg/dL (Hemoglucotest 263 mg/dL), sin bacterias en Gram, cultivo negativo. En vista de dichos hallazgos se sospechó encefalitis con líquido cefalorraquídeo (LCR) claro y se inició tratamiento empírico con aciclovir. Posteriormente se descartó virus herpes, Epstein Barr, citomegalovirus y VIH. Se solicitó panel inmunológico serológico que resultó negativo. Resonancia magnética cerebral (RNM-C) evidenció microhemorragias supratentoriales y subcorticales bilaterales, lesión hemorrágica secuelar parietal izquierda y extensa leucoencefalopatía supratentorial, sugerentes de AAC-I. Ante hallazgos compatibles con vasculitis, se inició tratamiento esteroideal intravenoso con metilprednisolona que luego se cambió a prednisona. Posteriormente evolucionó favorablemente, con recuperación del estado de conciencia, capacidad de nominación, y cumplimiento de órdenes simples y complejas. Se realizó control de LCR cuyos resultados fueron negativos, y se realizó nueva RNM-C y angioresonancia en las que se evidenció extensa leucoencefalopatía supratentorial con cambios regresivos posterior al tratamiento, realce parietal concéntrico del segmento M3 de arteria cerebral media derecha de aspecto vasculítico, microhemorragias supratentoriales subcorticales bilaterales y lesión hemorrágica parietal izquierda. En vista de mejoría se decidió alta.

Discusión y conclusión: La AAC-I, es una entidad infrecuente de la cual no se dispone de muchos datos en la literatura, pese a ello, debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes de edades avanzadas que cursan con compromiso de conciencia subagudo. Aunque el diagnóstico definitivo es histológico, puede hacerse un diagnóstico probable con un cuadro clínico-radiológico compatible. El manejo inicial es con corticoides en altas dosis, generalmente suelen tener una respuesta favorable y buen pronóstico, aunque no está exenta de recidivas.

Palabras clave: Angiopatía amiloide cerebral, Enfermedades de los pequeños vasos cerebrales, Inflamación, Proteína beta amiloide.

Autor/a corresponsal: Joaquín Tomás Luengo Navarro. (joaquin.luengo@alu.ucm.cl)

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE FEMENINA CON DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO.

Rocío Gutiérrez Jara¹, Felipe Parra Morales¹, Danae Rubio Vera¹, Diego Moya Donoso¹.

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello (Sede Concepción), Concepción, Chile.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza por síntomas como cefalea, disminución de conciencia y convulsión. En la RNM podemos encontrar áreas bilaterales de edema de sustancia blanca en hemisferios cerebrales posteriores, particularmente en regiones parietooccipitales. La patogénesis no está precisada, pero existen varios mecanismos que podrían relacionarlo con trastornos de presión arterial asociado a fallos de autorregulación del flujo sanguíneo e isquemia cerebral. Otra teoría sugiere como causa la lesión endotelial de vasos cerebrales causados por mediadores inflamatorios presentes en enfermedades autoinmunes como el Lupus eritematoso sistémico (LES). En este reporte se aborda esta patología, su posible asociación con el LES y la hipertensión arterial (HTA).

Presentación de caso: Femenina de 22 años con antecedente de HTA y LES con mala adherencia a tratamiento ingresó al servicio de urgencia por episodios de convulsión tónico-clónica generalizada asociada a relajación de esfínter y desviación ocular. Se manejó en urgencias con lorazepam y se cargó con levetiracetam. Se hospitalizó en UTIN donde persistió hipertensa y agitada, sin nuevos episodios convulsivos. Se solicitó RNM con gadolinio que mostró múltiples lesiones hiperintensas cortico-subcorticales frontoparietales y occipitales bilaterales, compatibles con PRES. Durante la hospitalización se indicó reinicio de medicación crónica, que consistía en losartán, furosemida, tacrolimus, cotrimoxazol y prednisona. Además, se optimizó el manejo antihipertensivo, con hidralazina y amlodipino asociado a BIC de urapidil. Se solicitó evaluación por Reumatología quienes plantean PRES secundario a inmunosupresión versus descompensación de LES, por esto se indicó suspensión de tacrolimus y próximas infusiones de ciclofosfamida, además de rescate con rituximab 1 gr cada 15 días, siendo este último tolerado de buena forma. Evolucionó sin nuevo déficit neurológico, presión arterial dentro de rangos aceptables, sin náuseas ni vómitos, por lo que se da alta hospitalaria al día 16.

Discusión y conclusión: Existe una amplia variedad de condiciones médicas asociadas al PRES. Un 75% de los casos presenta HTA moderada a grave, donde las fluctuaciones o aumentos súbitos podrían desencadenarla. La terapia inmunosupresora también se vincula como factor de riesgo debido a sus efectos neurotóxicos en el sistema nervioso central, por lo que es importante evaluar su suspensión, considerando el riesgo-beneficio. En este caso la paciente presentaba dos factores de riesgo para el desarrollo de la patología, la HTA y el uso de inmunosupresores como tacrolimus y ciclofosfamida, siendo estos últimos señalados como posibles gatillantes, por lo que su interrupción fue necesaria. Es crucial el diagnóstico certero y rápido tratamiento para prevenir secuelas neurológicas irreversibles.

Palabras clave: Hipertensión arterial, Lupus eritematoso sistémico, Neurología, Síndrome de encefalopatía posterior reversible.

Autor/a corresponsal: Rocío Fernanda Gutiérrez Jara (rociogutierrezj@gmail.com)

PSICOSIS SECUNDARIA A TORMENTA TIROIDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Danae Rubio Vera¹, Rocío Gutiérrez Jara¹, Felipe Parra Morales¹, Diego Moya Donoso¹.

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Sede Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: La tormenta tiroidea es una forma de presentación aguda y grave del hipertiroidismo. Esta suele estar causada por un tratamiento ineficaz, un estrés agudo o un aumento de la disponibilidad de hormonas tiroideas. Dentro de los signos y síntomas más frecuentes están los autonómicos y cardíacos, sin embargo también puede causar alteraciones en la esfera psiquiátrica. El objetivo de este trabajo es informar acerca de un caso de psicosis secundaria a tormenta tiroidea, con la finalidad de destacar la función tiroidea dentro de la esfera psiquiátrica.

Presentación de caso: Paciente masculino de 24 años con antecedente de hipertiroidismo, en tratamiento con tiamazol y atenolol con mala adherencia, en enero del 2023, con motivos de una toma de exámenes de control, su médico le suspendió el tratamiento farmacológico. Sin embargo, el paciente no se realizó los exámenes y no retomó su tratamiento. Días después evolucionó con alucinaciones visuales y auditivas, ideación suicida activa y cortes en sus antebrazos. Los días siguientes se añadieron palpitaciones, sed excesiva, temblores y finalmente lipotimia, por lo que fue trasladado al centro de referencia. Los exámenes de laboratorio mostraron una TSH <0.01 y T4L en 7.02, diagnosticándose tormenta tiroidea. Se manejó en UTI en conjunto con equipo de psiquiatría, retomando tratamientos crónicos discontinuados, en adición de Quetiapina a dosis máxima. Evolucionó favorablemente disminuyendo los síntomas cardio autonómicos, ansiedad y alucinaciones, por lo que se decidió alta hospitalaria. El seguimiento se llevó a cabo por endocrinología y equipo de COSAM para tratar los síntomas residuales tales como inestabilidad emocional e indiferencia afectiva.

Discusión y conclusión: La tormenta tiroidea es un cuadro infrecuente, ocurre en aproximadamente 1-2% de los pacientes con hipertiroidismo, y puede venir acompañada de síntomas psiquiátricos, como psicosis. El manejo debe ser multidisciplinario y en unidades de cuidados avanzados para monitorización. La gravedad del cuadro hace importante la toma de la función tiroidea ante la aparición de síntomas psiquiátricos para descartar organicidad, como en el caso presentado.

Palabras clave: Crisis Tiroidea, Ideación Suicida, Trastornos Psicóticos

Autor/a corresponsal: Danae Isidora Rubio Vera (danaerubio99@gmail.com)

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD COMPLICADA EN PEDIATRÍA: UNA EVOLUCIÓN TÓRPIDA.

Juan Montaña Pastén¹, Francisca Pizarro Poblete¹, Catalina Pino González¹, Francisca Pereira Morales¹, Pablo Tapia Urrejola².

1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
2. Médico Pediatra, Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos, Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile.

Introducción: Una forma de presentación de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la neumonía complicada (NAC-C), que puede presentar compromiso pleural, parenquimatoso o ambos. En la anamnesis es relevante indagar sobre factores de riesgo y exposición a agentes etiológicos más frecuentes. Luego de la sospecha clínica y radiológica, es perentorio realizar una tomografía computarizada (TC) en caso de sospechar lesiones parenquimatosas como absceso pulmonar (AP) o neumonía necrotizante (NN), y ecografía pleural dado sospecha de derrame pleural. El aislamiento del agente etiológico es difícil, por esto, el tratamiento se basa en antibioticoterapia de amplio espectro, por un periodo de tiempo más prolongado que la NAC, dependiendo de la evolución clínica y control radiológico.

El secuestro pulmonar intralobar (SPI) se define como una zona de tejido pulmonar que carece de comunicación normal con el árbol traqueobronquial, y que recibe el aporte arterial desde la circulación sistémica. Se puede manifestar con NAC recurrentes o NAC-C.

Presentación de caso: Paciente de sexo femenino de 14 años sin antecedentes de importancia, consulta en servicio de urgencias en regulares condiciones por fiebre, vómitos y dolor abdominal asociado de tope inspiratorio. En exámenes de laboratorio destacó elevación de indicadores de actividad inflamatoria. Radiografía de tórax evidenció derrame pleural y presencia de colecciones en base pulmonar derecha. TC informó NN multifocal de lóbulo inferior derecho (LID) con derrame pleural (DP) asociado. Al descartarse manejo quirúrgico, ingresó a sala de cuidados especiales con antibioticoterapia y soporte ventilatorio. Durante las siguientes 48 horas presenta deterioro clínico, necesitando drogas vasoactivas e intubación orotraqueal, ingresando a unidad de paciente crítico pediátrico.

Al recuperarse del cuadro, TC control informó AP constituido. Completó 1 mes de tratamiento antibiótico endovenoso empírico. Un mes después del alta, TC informó SPI en LID.

Discusión y conclusión: En esta paciente hubo una evolución desde NN a AP, siendo el SPI un factor predisponente, el cual en este caso no fue posible determinar como antecedente al no presentar sintomatología previa al cuadro actual como infecciones pulmonares a repetición.

La sospecha clínica y radiológica de NAC-C es de relevancia, dado su evolución tórpida en caso de no tomar las medidas adecuadas, siendo necesarias la prolongación de antibioticoterapia, observación por servicio de cirugía y cuidados especiales por equipo multidisciplinario para evitar secuelas.

Palabras clave: Absceso Pulmonar, Neumonía Necrotizante, Secuestro Broncopulmonar, Tomografía Computarizada por Rayos X

Autor/a corresponsal: Juan Pablo Montaña Pastén (jpmontanope@gmail.com)

DERRIBANDO LA PENTADA CLÁSICA DEL PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO TROMBÓTICO

Joaquín Aravena Vásquez¹, Catalina Rodríguez Krause¹, Tomás Reyes Rodríguez¹, Gonzalo Pardo Oxley².

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
2. Médico cirujano, Docente Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile.

Introducción: La definición para la Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) ha ido cambiando a lo largo del tiempo; la pentada clásica descrita como fiebre, trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, síntomas neurológicos y falla renal parece obsoleta debido a que se presenta en menos del 10% de los pacientes con PTT, predominando la trombocitopenia severa y anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos. Recientemente se ha asociado a la deficiencia de ADAMTS13 como único marcador específico. Dado a aquello a continuación se presenta un cuadro clínico donde se tiene como objetivo analizar un caso en donde se realiza el diagnóstico de PTT en base a clínica y exclusión de otras posibles causas con respuesta favorable al tratamiento.

Presentación de caso: Paciente de sexo masculino de 56 años de edad sin antecedentes conocidos, acudió a urgencia por cuadro de 1 día de evolución de parestesia en extremidad superior derecha, además de episodios de tos ocasionalmente hemoptoica, afebril, sin otros síntomas, manejado inicialmente como neumonía tras imagen con condensación bilateral. Al examen físico se observó púrpura en tórax y ambas extremidades inferiores de 2 semanas de evolución. Al laboratorio destaca trombocitopenia severa (2.000/mcL), anemia moderada normocítica, frotis con granulaciones tóxicas, hiperbilirrubinemia indirecta y LDH en 500 U/L, con función renal conservada. En TAC de cerebro evidencia lesión hemorrágica parietal izquierda, sin indicación quirúrgica. No se midieron niveles de ADAMTS13 por falta de recursos, sin embargo, se decidió manejar como PTT, iniciando pulsos de metilprednisolona, con mejoría parcial e inicio de plasmaféresis diarias al tercer día. Tras 9 sesiones sin lograr normalización, se añadió Rituximab semanal. En total se realizaron 23 sesiones de plasmaféresis y 4 dosis de Rituximab hasta lograr objetivo de plaquetas sobre 150.000, con posterior alta del paciente. Durante su estadía se mantuvo afebril, función renal conservada, y con mejoría de sintomatología neurológica.

Discusión y conclusión: La PTT es una patología compleja ya que posee una presentación variable, por lo que es clave sospechar frente a los hallazgos más frecuentes para iniciar un tratamiento oportuno, incluso si no posee una clínica anteriormente conocida como clásica. En ese contexto se presenta este caso el cual se presume PTT a pesar de no obtener la confirmación diagnóstico con el estudio de ADAMTS13, que resulta no tan accesible para la población general. En ese contexto por aquella limitación actual es imperioso lo mencionado anteriormente ante una sospecha de este cuadro iniciar tratamiento de forma oportuna.

Palabras clave: Anemia hemolítica microangiopática; Presentación atípica; Púrpura trombocitopénica trombótica.

Autor/a corresponsal: Joaquin Aravena Vásquez (joaquin.aravena.96@gmail.com)

SÍNDROME DE TOLOSA HUNT COMO CAUSA DE CEFALEA Y OFTALMOPLEJIA EN UNA PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Riquelme Urrutia¹, Javiera Ovalle Gayoso¹, Carolina Pincheira Castillo¹, Bárbara Lara Quiñehual², Alvaro Soto Venegas³.

1. Interna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
2. Alumna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
3. Neurólogo, Servicio de Neurólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: El síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una neuropatía sensitiva del nervio trigémino asociada a parálisis de uno o más nervios motores oculares, secundaria a inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso, patología poco frecuente. Se caracteriza por oftalmoplejía orbitaria unilateral dolorosa, recurrente, acompañada alteraciones en la agudeza visual y diplopía. Se estudia a través de neuroimágenes y líquido cefalorraquídeo (LCR) y el tratamiento son corticoides.

A continuación analizaremos un caso clínico que nos permite abordar los diagnósticos diferenciales de la oftalmoplejía dolorosa, cómo abordar el estudio, diagnóstico y tratamiento.

Presentación de caso: Paciente femenina, 23 años, sin antecedentes médicos, consulta por cuadro de 2 semanas de cefalea holocraneana y retroocular derecha, EVA 7/10, que la despierta por las noches, con diplopía y desviación ocular lateral. Al examen físico destaca limitación de abducción, ptosis y compromiso de 3°, 4° y 6° par derecha, sin otros hallazgos. El estudio de LCR resultó normal y las neuroimágenes se describen sin hallazgos patológicos en primera instancia. Se hospitaliza para continuar estudio de oftalmoplejía, evaluada por neurooftalmología con resonancia magnética (RNM) a quien impresiona asimetría del realce en T1 en seno cavernoso derecho, compatible con la clínica a STH, por lo que, se realiza pulso con metilprednisolona 500 miligramos por tres días, posteriormente se inicia prednisona 60 miligramos al día en dos tomas, evoluciona con mejoría en los síntomas.

Se indica alta médica con control ambulatorio y tratamiento corticoidal con indicación de decalaje. Al seguimiento, presenta mala adherencia al tratamiento con reaparición de los síntomas iniciales, con suspensión súbita de la prednisona, sin realizar decalaje, por lo que, nuevamente a control, al cual, no asiste, sin nuevas atenciones.

Discusión y conclusión: Ante una oftalmoplejía dolorosa, el STH debe contemplarse en los diagnósticos diferenciales a estudiar. La neuroimagen de elección es la RNM con contraste de silla turca, en el caso, se realizó solamente de cerebro sin contraste, lo que dificultó el diagnóstico. El tratamiento precoz con corticoides es de elección, la paciente presentó buena respuesta inicial, pero la clínica reapareció debido a la mala adherencia farmacológica. Es importante reconocer el STH, realizar su diagnóstico y tratamiento precoz, ya que presenta buena respuesta si existe buena adherencia.

Palabras clave: Blefaroptosis, Cefalea, Diplopía, Oftalmoplejía.

Autor/a corresponsal: Carolina Denise Pincheira Castillo (c.urrutia10@ufromail.cl)

AGRANULOCITOSIS ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA ADULTERADA CON LEVAMISOL.

Iván Melacho Cuevas¹, Pia Barra Zagal¹, Valentina Muñoz Navarrete¹, Constanza Fuentes Ortega¹, Rosa Silva Valenzuela².

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Residente, Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Temuco, Chile.

Introducción: El abuso de sustancias es una realidad que afecta la salud de la población y Chile no es ajeno a esto, una de las drogas más consumidas es la cocaína. El 2020 el Instituto de Salud Pública emitió una alerta sobre el aumento de la presencia de sustancias adulterantes en muestras incautadas en nuestro país, destacando dentro de ellas el Levamisol. Cuando el Levamisol es administrado por períodos prolongados de tiempo, puede producir efectos adversos para la salud, destacando alteraciones de tipo hematológico, principalmente agranulocitosis y trombopenia. A continuación se presenta un caso de neutropenia febril inducida por Levamisol asociado a cocaína con el propósito de visibilizar la importancia de dicho diagnóstico diferencial al enfrentar un paciente con neutropenia.

Presentación de caso: Paciente masculino de 42 años, sin antecedentes médicos, con antecedente de consumo de cocaína de larga data, en aumento durante los últimos 3 meses a 3 veces por semana, con múltiples consultas previas por un cuadro de semanas de evolución caracterizado por aumento de volumen periamigdalino, diaforesis y sudoración nocturna, sin mejoría clínica pese a antibioterapia empírica durante 7 días basada en Amoxicilina/ácido clavulánico y Penicilina benzatina. Consultó en urgencias por fiebre, al examen físico taquicárdico, paladar izquierdo abombado y trismus. En exámenes de laboratorio destacaba leucocitos 990, neutrófilos 50, proteína C reactiva 227. En este contexto, se inició antibioterapia empírica y se hospitalizó con aislamiento protector.

Posteriormente se completó estudio con hemocultivos, urocultivo, hisopado nasofaríngeo, serologías para virus de inmunodeficiencia humana, toxoplasmosis, y VDRL, todos negativos; frotis sin alteraciones. Se realiza radiografía de tórax, sin hallazgos significativos. Dentro del estudio autoinmune destacaba Anti ANCA citoplasmático (+), resto negativo. Se realizó scanner que informaba adenopatías cervicales bilaterales, menores a 12 milímetros, homogéneas e inespecíficas y hepatomegalia homogénea difusa leve. Resto sin hallazgos.

Al sexto día de hospitalización el paciente evolucionó favorablemente con recuperación del recuento absoluto de neutrófilos. Completó 10 días de tratamiento antibiótico; 4 días de piperacilina/tazobactam y 6 días de ampicilina/sulbactam, disminuyendo sus parámetros inflamatorios, normalizando su examen físico, sin nuevos peaks febriles y buena tolerancia oral, por ende fué dado de alta.

Discusión y conclusión: La agranulocitosis es una condición común en oncología, fuera de esto es un hallazgo infrecuente. La neutropenia febril inducida por Levamisol en un paciente consumidor de cocaína evidencia los riesgos graves del abuso de sustancias. Es importante tenerlo presente como diagnóstico diferencial considerando el aumento de los casos de drogas adulteradas en el país.

Palabras clave: Agranulocitosis, Cocaína, Levamisol

Autor/a corresponsal: Iván Patricio Melacho Cuevas (i.melacho01@ufromail.cl)

PERFORACIÓN SEPTAL EN CRIOGLOBULINEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juan Espinoza Vasquez¹, Ignacio Ruiz Carmona¹, Eileen Wilkins Mutis¹, Rocio Soto Yaksic¹, Carlos Merino Michel².

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
2. Médico Internista, Servicio de Hematología, Hospital Gustavo Fricke.

Introducción: La vasculitis crioglobulinémica es una enfermedad rara caracterizada por una vasculitis de vasos pequeños a medianos debido a depósitos de complejos inmunes que contienen crioglobulinas. Se estima una prevalencia de 1/100.000 personas adultas. Aunque el sistema más afectado es el mucocutáneo, no se describen comúnmente las lesiones del septo nasal.

Presentación de caso: Paciente masculino de 74 años, con antecedentes de crioglobulinemia hace aproximadamente 15 años con episodios de epistaxis recurrentes, en tratamiento con Rituximab desde el diagnóstico, sin hospitalizaciones previas. Es hospitalizado debido a episodios de epistaxis posterior a repetición, con requerimientos de transfusión de glóbulos rojos y taponamiento posterior. Por lo que es llevado a pabellón para revisión y manejo del sangrado. Como hallazgos intraoperatorios se describió una perforación septal amplia, sin remanentes de cornetes medios. Se realizó cauterización de cornetes inferiores y de territorio de arteria septal posterior. Se manejó post operado en UCI, con necesidad de bomba de norepinefrina, posterior a lo que inició con cuadro de livideces que evolucionó a necrosis de ambas extremidades inferiores. Se realizó traslado a sala de hematología, donde evoluciona sin nuevos episodios de epistaxis, pero si con delirium, junto con empeoramiento de necrosis seca bilateral en extremidades inferiores que requirió posterior amputación infracondilea de ambas. Además a lo largo de su hospitalización también requirió transfusiones de globulos rojos y plaquetas, las cuales fueron administradas a 37 grados celsius para evitar complicaciones con la patología de base.

Discusión y conclusión: Los casos de epistaxis en crioglobulinemias con perforación septal son pocas y antiguas. En general es una causa que hace sentido en la fisiopatología de la crioglobulinemia ya que la nariz es, dentro de todo, una zona expuesta al frío. En ese contexto, generaría una vasculitis a nivel de la mucosa septal y con una necrosis avascular del cartílago septal. Lo que es posible ajustar a la realidad de la enfermedad es la evolución de las complicaciones vasculares a nivel de las extremidades inferiores, ya que los episodios de sangrados a reiteración, el uso de vasoactivos y, sumado a la misma enfermedad, generó una necrosis seca de estas, lo cual es ampliamente descrito en la literatura existente de estos casos. Debido a la baja incidencia de esta lesión, se deben publicar más casos para poder establecer el manejo tanto de la perforación como sus posibles complicaciones en este contexto.

Palabras clave: Crioglobulinemia, Epistaxis, Vasculitis

Autor/a corresponsal: Juan Ignacio Espinoza Vásquez (juanignacioespinozav98@gmail.com)

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH CON COMPROMISO RENAL, UNA MANIFESTACIÓN GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sebastián Lazcano Díaz¹, Javiera Matamoros Zapata¹, Valentina Macaya Caro¹, Laura Jara Figueroa¹.

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

Introducción: El Púrpura Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis frecuente en pediatría, caracterizada por púrpura palpable, artritis, dolor abdominal y compromiso renal. Este último tiene una clínica variada que es importante detectar oportunamente. El objetivo de este trabajo es determinar la importancia del compromiso renal, sus implicancias clínicas en el manejo y en el pronóstico del PSH.

Presentación de caso: Femenina 2 años 6 meses previamente sana inicia con lesiones purpúricas progresivas en extremidades inferiores (EEII), dolor abdominal y edema articular. Se diagnostica clínicamente PSH con glomerulonefritis postestreptocócica por anticuerpos antiestreptolisina O elevados con estudio inmunológico negativo. Se inicia prednisona 60 mg/superficie corporal y amoxicilina en dosis estándar.

Evoluciona con edema bipalpebral y de EEII con adecuado débito urinario e hipertensión de difícil manejo. En exámenes destaca anemia moderada, hematuria e hipoalbuminemia persistente, proteinuria en rango nefrótico y compromiso de la función renal. Se traslada a Unidad de Tratamientos Intensivos donde se inicia metilprednisolona, micofenolato, se realiza plasmaféresis y ajustes de antihipertensivos; con respuesta parcial sin lograr control de presiones arteriales ni proteinuria.

Se cambia a esquema de pulsos mensuales de ciclofosfamida asociado a prednisona en decalaje. Tras el segundo pulso destaca proteinuria negativa, mejoría de hipoalbuminemia, presiones arteriales y de función renal; se decide alta con reingreso para próximo pulso y ajuste de terapia.

Discusión y conclusión: Aunque el PSH suele ser autolimitado, el 20% presenta compromiso renal y 1-2% de estos desarrollará enfermedad renal terminal. Si bien la biopsia renal es el gold standard para el diagnóstico, el estudio completo de función renal y orina bastan para orientar el tratamiento. En cuanto al manejo, estudios no han mostrado beneficios en asociar ciclofosfamida con prednisona para lograr remisión de proteinuria en rango nefrótico, y otros muestran que sí sería más efectivo que metilprednisolona; pero sin diferencias significativas a largo plazo. Resulta fundamental diagnosticar y manejar oportunamente la complicación renal, siendo el principal factor pronóstico de morbilidad del PSH.

Palabras clave: Ciclofosfamida, Hipertensión, Proteinuria

Autor/a corresponsal: Sebastián Alejandro Lazcano Díaz (s.lazcano01@ufromail.cl)

DESHIDRATACIÓN SEVERA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE BARTTER: REPORTE DE UN CASO.

Nicolás Starocelsky Moos¹, Antonia Lecanda Uribe¹, María Calvo Rivacoba¹, Catalina Neuling Bueno¹,
Macarena Urrea Camponovo².

1. Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile
2. Becada de Pediatría, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: El Síndrome de Bartter (SB) es una rara enfermedad hereditaria que tiene dos formas: forma grave que se manifiesta antes del nacimiento (Neonatal) y una forma que aparece en primeros años de vida (Clásico). La incidencia exacta es desconocida, pero se estima que afecta a alrededor de 1,2 por cada millón de nacimientos. Se caracteriza por incapacidad para reabsorber adecuadamente el sodio y el cloro en la porción gruesa del asa ascendente de Henle. Los síntomas incluyen poliuria, hipokalemia, hipocloremia, alcalosis metabólica, excreción elevada de calcio y un aumento de la aldosterona y renina en la sangre, a pesar de mantener normotensión. El objetivo de la presentación de este caso clínico es destacar la necesidad de tener presente los antecedentes mórbidos de un paciente a la hora de tomar conductas médicas.

Presentación de caso: Paciente femenino de 2 años 9 meses con SB; en tratamiento con nefrólogo y antecedentes quirúrgicos de Gastrostomía y colecistectomía. Se presentó en urgencias por cuadro de gastroenteritis aguda y deshidratación leve-moderada. Al examen físico: taquicárdica, normotensa, irritable y bien perfundida con mucosas secas. Se solicitó exámenes que mostraron etiología positiva para rotavirus, PCR elevada y electrolitos normales. Se hospitalizó para monitoreo adecuado de gastroenteritis y balance hidroelectrolítico. La diarrea evoluciona desfavorablemente causando acidosis metabólica no compensada e hipokalemia. Se trasladó a Unidad de Cuidados Pediátricos y se manejó con nutrición parenteral, gluconato potásico endovenoso y fosfato oral. Tras esto, presentó buena evolución nefrológica y gastrointestinal, con rangos de electrolitos adecuados por lo que se decidió alta.

Discusión y conclusión: Mantener un adecuado equilibrio hidroelectrolítico en pacientes con gastroenteritis aguda es fundamental para garantizar una evolución favorable del cuadro y prevenir complicaciones graves. Esta premisa cobra aún más importancia en pacientes con patologías de base, como el antecedente de SB, en donde la regulación electrolítica renal ya está comprometida. Debido a esto, los pacientes son susceptibles a desequilibrios hidroelectrolíticos que, sumado a la pérdida adicional a través de la diarrea, se puede desencadenar acidosis metabólica y otras complicaciones.

El caso clínico presentado subraya la necesidad de mantener niveles adecuados de electrolitos en pacientes con diarreas abundantes y considerar siempre los antecedentes mórbidos para así llevar a cabo una conducta médica individualizada según las necesidades de cada paciente. En aquellos con SB, se recomienda monitoreo estricto ante cuadros que potencialmente generen desbalance electrolítico.

Palabras clave: Deshidratación, Gastroenteritis, Síndrome de Bartter.

Autor/a corresponsal: Nicolás Humberto Starocelsky Moos (nhstarocelsky@miuandes.cl)

ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI) POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, A PROPÓSITO DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICA SIN FACTORES DE RIESGO.

Antonia Enríquez Escobar¹, Diego Lara Muñoz¹, María Landahur Nova¹, Eduardo Araneda Navarro¹.

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

Introducción: La EI es una enfermedad rara en la edad pediátrica pero potencialmente mortal. La incidencia es de 0.43 casos por cada 100.000 niños, solo un 8% ocurre en corazones estructuralmente sanos con una mortalidad hasta un 25%. A continuación, se presenta caso clínico de paciente pediátrica sin factores de riesgo que debutó de forma grave con shock séptico por microorganismo poco frecuente, dado que no tenía antecedentes previos su diagnóstico puede verse retrasado, por lo que es imprescindible siempre mantener alta sospecha para un tratamiento precoz.

Presentación de caso: Paciente femenina de 12 años, previamente sana, plan de inmunizaciones al día. Inició con cuadro febril asociado a vómitos y diarrea, evolucionando con shock séptico. Exámenes de laboratorio destacaban hemoglobina 8.0, Plaquetas 64.000, Leucocitos 15.100, LDH 392 y PCR 173,5. Se realizó TAC de tórax y abdomen que informaba nódulos pulmonares cavitados y condensaciones multifocales bilaterales, compatibles con embolias tóxicas. Ecocardiograma evidenciaba válvula tricúspide con vegetaciones en velo septal. En hemocultivo se aisló *Streptococcus pneumoniae* (neumococo), por lo que se inició tratamiento con ceftriaxona.

Posteriormente, por aumento del tamaño de vegetaciones (27x13 milímetros y 19x10 milímetros) en ecocardiogramas de control, se decidió resolución quirúrgica con reemplazo de válvula nativa. Se inició tratamiento anticoagulante y completó 6 semanas de tratamiento antibiótico con ceftriaxona. En contexto de bicitopenia e infección invasiva por neumococo, se solicitaron estudios inmunológicos que descartaron inmunodeficiencias primarias o específicas. Paciente evolucionó de forma favorable, sin insuficiencia cardíaca u otras complicaciones.

Discusión y conclusión: Dentro de las EI en corazones estructuralmente sanos, el microorganismo más frecuentemente aislado es *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus viridans*. Solo un 7% es causado por neumococo. Las enfermedades invasivas por este microorganismo suelen ocurrir en pacientes menores de 2 años, con inmunodeficiencias, diabetes mellitus, neoplasias o enfermedades crónicas hepáticas o pulmonares. Las válvulas más frecuentemente afectadas son la mitral y aórtica, y en un 50% existe una cardiopatía congénita. La embolia pulmonar es la complicación más frecuente (30%).

La EI en corazones sanos causada por *Streptococcus pneumoniae* es infrecuente, sin embargo, altamente mortal. Es por esto que es muy importante siempre mantener una alta sospecha diagnóstica frente a cuadros febriles con mala evolución clínica para un tratamiento temprano.

Palabras clave: Endocarditis bacteriana, Infecciones Estreptocócicas, Pediatría

Autor/a corresponsal: Antonia Jesús Fernanda Enríquez Escobar (a.enriquez02@ufromail.cl)

INFECCIÓN POR ACTINOMYCES COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA CAVITADA.

Valentina Muñoz Navarrete¹, Iván Melacho Cuevas¹, Pía Barra Zagal¹, Javiera Ovalle Gayoso¹, Karen Yañez Bustos².

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Residente, Servicio de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA), Temuco, Chile.

Introducción: La actinomicosis, enfermedad infecciosa causada por bacterias anaerobias gram positivas, presenta una incidencia baja en pulmón a comparación de otras áreas. Sus manifestaciones clínicas son similares a las de procesos malignos, requieren un diagnóstico diferencial cuidadoso. La elevación de velocidad de sedimentación globular y alteraciones en hemograma son hallazgos comunes pero inespecíficos. El diagnóstico diferencial incluye tuberculosis, absceso pulmonar, carcinoma y neumonía atípica. A continuación se presenta un caso de neumonía cavitada por Actinomyces.

Presentación de caso: Paciente femenina, 69 años, sin antecedentes médicos, consulta por cuadro de 5 meses caracterizado por tos con expectoración verdosa, sanguinolenta, disnea de esfuerzo y dolor dorsal asociado a baja de peso y sudoración nocturna, sin fiebre, recibió azitromicina por 5 días sin respuesta.

En estudio destaca escáner con foco de condensación y abscesos en el lóbulo superior izquierdo, de aspecto inflamatorio; GenXpert negativo; panel extendido de 20 patógenos negativo, COVID negativos; antigenurias pneumococo y legionella negativos. Se hospitaliza para completar estudio y manejo.

Se realiza fibrobroncoscopia donde se observa en árbol bronquial izquierdo desde carina principal hasta lóbulo superior mucosa edematosa, salida de pus y secreciones de mal olor, se realiza lavado broncoalveolar para cultivo y panel 26 patógenos que resultan negativos, citológico con hallazgos de Actinomyces.

Completó 9 días con antibiótico empírico con ceftriaxona/ clindamicina. Se realizó traslape a amoxicilina con buena respuesta, disminución de tos y de parámetros inflamatorios, por lo que, se indica alta médica, debe completar 6 meses con tratamiento antibiótico.

Discusión y conclusión: La actinomicosis pulmonar, aunque poco frecuente, demanda un enfoque meticuloso para distinguirla de procesos malignos y otras infecciones pulmonares. Las pruebas diagnósticas, aunque inespecíficas, son cruciales para descartar enfermedades como tuberculosis o neumonía atípica. El caso presentado ilustra la importancia del diagnóstico temprano y el manejo adecuado con antibióticos prolongados para lograr una recuperación exitosa.

Palabras clave: Actinomyces, Neumonía, Tuberculosis.

Autor/a corresponsal: Valentina Javiera Muñoz Navarrete (v.munoz18@ufromail.cl)

PIELONEFRITIS E INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO.

Maria Calvo Rivacoba¹, Catalina Neuling Bueno¹, Naviha Lama Jamett¹, Won Hee Kim Kim¹, Mauricio Ovalle Ibañez².

1. Interno Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.
2. Medico Cirujano, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: La infección urinaria recurrente (ITUR) se define como dos o más episodios de infecciones en un periodo de seis meses, o tres o más episodios en un año. Ante este diagnóstico es importante indagar en causas como alteración estructural de la vía urinaria, uropatía obstructiva, conductas de riesgo, inmunosupresión y complicaciones como: pielonefritis, prostatitis, abscesos, entre otras. El objetivo del caso clínico recae en destacar las posibles complicaciones de una ITUR y los factores predisponentes que se deben considerar.

Presentación de caso: Paciente masculino de 27 años, sano, consultó por cuadro de 3 días de dolor lumbar derecho intensidad 4/10, asociado a fiebre cuantificada hasta 39°C. Al interrogatorio dirigido refiere cuadros de ITUR durante los últimos dos meses, presentando tres episodios consecutivos tratados con antibiótico oral con recurrencia; el último episodio inició hace una semana, presentando quiebre clínico con fiebre y dolor en región lumbar y flanco derecho. Se indagó hábitos del paciente destacando uso de drogas y promiscuidad sexual. Al examen físico se encontraba: febril, hipotenso y taquicárdico. Mucosas deshidratadas con llene enlentecido. Abdomen sensible a palpación profunda en flanco derecho y puño percusión derecho positivo. En los exámenes destacaba orina completa inflamatoria y urocultivo negativo; este último atribuido al uso de antibióticos previos. Scanner abdomen y pelvis concluyó pielonefritis aguda derecha con pequeño absceso parenquimatoso. Se hospitalizó para tratamiento endovenoso, presentando buena evolución clínica y alta médica a los 7 días con indicación de continuar antibióticos vía oral por 7 días más.

Discusión y conclusión: En las ITUR es importante plantearse factores de riesgo y predisponentes de las recurrencias, más aún en hombres donde la incidencia es baja y la probabilidad de evolución hacia una complicación es mayor. Se debe tener en mente la mala adherencia a tratamiento o la presencia de bacterias resistentes; así como también, considerar causas como alteraciones estructurales en la vía urinaria, uropatía obstructiva concomitante, conductas de riesgo sexual, infecciones de transmisión sexual, inmunosupresión o complicaciones de la infección urinaria, tales como abscesos. El quiebre clínico del paciente, la aparición de sintomatología sistémica y la elevación de parámetros inflamatorios; sugieren la presencia de una complicación. Se recomienda realizar una anamnesis completa y estudio imagenológico adecuado para determinar el factor determinante de las recurrencias y el manejo óptimo a seguir.

Palabras clave: Pielonefritis, Infecciones urinarias, Absceso.

Autor/a corresponsal: MARÍA ISABEL CALVO RIVACOBA (micalvo@miuandes.cl)

LEISHMANIASIS CUTÁNEA: UNA CONDICIÓN IMPORTADA POCO COMÚN EN CHILE.

Emilia Fuentes Paredes¹, Sergio García Castillo¹, Martín López Ponce de León¹, Josefa Santis Lobos¹.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad zoonótica, causada por protozoos del género *Leishmania*, transmitidos por la mosca de la arena. Es endémica en aproximadamente 98 países, sin incluir a Chile, y sus parásitos se dividen en especies del Viejo Mundo o del Nuevo Mundo. Los principales síndromes clínicos son la leishmaniasis cutánea (LC), leishmaniasis mucosa (LM), o leishmaniasis visceral (LV), esta última potencialmente fatal.

Es fundamental sospecharla ante un cuadro clínico compatible en viajeros o migrantes provenientes de zonas endémicas. Lograr un diagnóstico preciso de especie permite instaurar una terapia adecuada, ya que tienen una susceptibilidad diferente a los antimicrobianos.

Presentación de caso: Mujer de 50 años, sin antecedentes relevantes, viajó a Perú en septiembre de 2023, donde tuvo exposición a múltiples picaduras de mosquitos. Posteriormente presentó una lesión en el maléolo lateral de su pierna derecha, que progresó a una úlcera indolora. Evolucionó con celulitis asociada, y recibió múltiples esquemas antimicrobianos, con resolución de celulitis, pero persistencia de úlcera.

Dado viaje reciente a región endémica, se sospechó Leishmaniasis y se realizó una biopsia cutánea, que informó ulceración y proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante, con PCR de *Leishmania* positiva y PCR panmicobacteriana negativa. Se hospitalizó para tratamiento sistémico con anfotericina B liposomal (ABL) por sospecha de *L. braziliensis*, y completó 6 dosis, cada una de 3 mg/kg/día, con resolución de la lesión.

Discusión y conclusión: La forma clínica más común de leishmaniasis es la LC, evidenciable como una úlcera crónica e indolora en el sitio de la inoculación, y se clasifica en simple o compleja para definir necesidad de terapia local o sistémica, respectivamente. En pacientes inmunocompetentes con LC simple y sin sospecha de infección por una especie con riesgo aumentado de LM es posible un manejo expectante sin instaurar terapia dirigida.

Dentro de las medidas locales destacan la termoterapia, crioterapia, inyección de antimonios, paromomicina tópica y tratamiento fotodinámico. Por otra parte, para terapia sistémica clásicamente se utilizan antimonios, sin embargo, no están disponibles actualmente en Chile y son potencialmente cardiotóxicos. Otras opciones son miltefosina, pentamidina, anfotericina B, o azoles. En este caso, por la sospecha de *L. braziliensis* asociada a mayor riesgo de LM, se utilizó ABL, que requiere monitorización intrahospitalaria por posibles efectos adversos, principalmente reacciones infusionales, tromboflebitis, nefrotoxicidad, e hipokalemia; la expansión de volumen con cristaloides minimiza estos riesgos. Resulta esencial implementar una terapia precoz y adecuada para reducir la morbilidad y riesgo de progresión a LV.

Palabras clave: Anfotericina B, Leishmaniasis, Leishmaniasis Cutánea, Parásitos.

Autor/a corresponsal: Josefa Santis Lobos (emilia.fuentes@uc.cl)

HIPERCALCEMIA MODERADA SINTOMÁTICA POR HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE.

Emilia Fuentes Paredes¹, Sergio García Castillo¹, Martín López Ponce de León¹, Josefa Santis Lobos¹.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HP) es una condición endocrinológica frecuente, con una prevalencia estimada del 0.1 al 2% de la población, caracterizada por secreción exagerada de paratohormona (PTH). Puede ser causado por un adenoma solitario (un 85%), adenomas múltiples, hiperplasia paratiroidea, o cáncer de paratiroides. Este exceso de PTH produce hipercalcemia típicamente leve y asintomática, siendo usualmente un hallazgo en pacientes ambulatorios. Ocasionalmente, esta condición puede generar hipercalcemia sintomática. Los síntomas dependen de la magnitud y velocidad de instalación, siendo comúnmente fatiga, náuseas, estreñimiento, y compromiso neurocognitivo. El objetivo de este trabajo es exponer esta presentación poco frecuente de hipercalcemia sintomática secundaria a HP, pesquisada en el servicio de urgencias.

Presentación de caso: Mujer de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial, asma y nefrolitiasis, consultó en urgencias por cuadro de 3 meses de evolución de compromiso del estado general, fatiga, disnea y palpitaciones, sumándose la semana previa a la consulta cefalea, debilidad y parestesias en extremidades inferiores. Ingresó hipertensa y taquicárdica, con el resto de signos vitales normales y sin hallazgos al examen físico. En exámenes de ingreso se pesquió calcemia en 13.8 mg/dL, hospitalizándose para manejo y estudio.

Por sospecha de hipercalcemia maligna se realizó tomografía computada (TC) de tórax, abdomen, y pelvis, que mostró hidroureteronefrosis izquierda asociada a litiasis coraliforme, sin imágenes sugerentes de neoplasia. En estudio etiológico de hipercalcemia destacó PTH intacta elevada (349 pg/mL) e hipovitaminosis D (12.8 ng/mL), sugerentes de HP. Para completar estudio se solicitó calciuria de 24 horas que resultó elevada (896 mg), cintigrama paratiroideo y ecografía cervical que evidenciaron un adenoma paratiroideo, confirmando HP. Se efectuó paratiroidectomía, logrando normalización de calcemia y PTH en controles seriados.

Discusión y conclusión: La hipercalcemia se clasifica en dependiente o independiente de PTH, siendo esta última más frecuentemente sintomática y de causa maligna. La hipercalcemia sintomática es una emergencia médica que se manifiesta con compromiso de conciencia y síntomas inespecíficos, pudiendo comprometer la vida por complicaciones renales, cardiovasculares y neurológicas. Al enfrentarla se deben buscar activamente neoplasias, ya que son la principal etiología. Rara vez un HP puede causar hipercalcemia sintomática o severa, siendo esta una indicación de resolución quirúrgica para manejo definitivo. Previo a dicha intervención, es útil solicitar estudios localizatorios como ecografía, TC, resonancia magnética o cintigrama de paratiroides.

Este caso muestra una presentación inusual de una patología frecuente, resaltando la importancia de un abordaje ordenado para lograr un diagnóstico y manejo adecuados.

Palabras clave: Hipercalcemia, Hiperparatiroidismo Primario, Paratiroidectomía.

Autor/a corresponsal: Emilia Beatriz Fuentes Paredes (emilia.fuentes@uc.cl)

SÍNDROME DE TINU EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE CASO.

María Landahur Nova¹, Antonia Enríquez Escobar¹, Esteban Henríquez Vejar¹, Khatalina Muñoz Leiva¹.

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

Introducción: El síndrome de TINU (tubulointerstitial nephritis and uveitis) es una entidad clínica poco frecuente caracterizada por la asociación de nefritis tubulointerstitial y uveítis anterior bilateral. En la literatura se han descrito aproximadamente 300 casos. Afecta principalmente a niños y adolescentes, predominantemente en sexo femenino (9:1). A continuación, se presenta un caso clínico de paciente pediátrico con cuadro compatible con Síndrome de TINU, dada su baja prevalencia es fundamental tener una sospecha diagnóstica precoz para así iniciar tratamiento adecuado y reducir las secuelas renales y oftalmológicas irreversibles.

Presentación de caso: Paciente masculino de 9 años previamente sano, consultó en servicio de urgencias por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por anorexia, baja de peso y decaimiento, asociado a ojo rojo inicialmente izquierdo, luego bilateral que no cedió a uso de colirio antibiótico. Exámenes de laboratorio destacan falla renal aguda, glucosuria, elevación de la velocidad de eritrosedimentación, anemia e hipertransaminasemia leve, con estudio inmunológico negativo. Evaluado por oftalmólogo que diagnostica uveítis anterior bilateral. Por sospecha de síndrome de TINU se iniciaron pulsos de metilprednisolona con posterior corticoterapia vía oral y tratamiento inmunosupresor con micofenolato, con remisión completa.

Discusión y conclusión: El síndrome de TINU se caracteriza por manifestaciones renales con falla renal aguda, proteinuria y glucosuria, y manifestaciones oculares como ojo rojo profundo, xeroftalmia, fotofobia y disminución de la agudeza visual. Puede acompañarse de manifestaciones sistémicas como dolor osteoarticular y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza con la coexistencia de uveítis anterior bilateral y biopsia renal compatible con nefritis tubulointerstitial. Es imprescindible orientar el estudio para descartar patología autoinmune y lograr sospecha diagnóstica precoz, pues la corticoterapia constituye la principal estrategia terapéutica para reducir el riesgo de progresión a enfermedad renal crónica y daño oftalmológico irreversible. Los inmunosupresores se utilizan en casos refractarios o para reducir la exposición a corticoides de uso prolongado.

El Síndrome de TINU, al ser una entidad poco conocida, es un desafío diagnóstico, por lo que es importante considerar y reconocer este síndrome para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Nefritis Intersticial, Pediatría, Uveítis

Autor/a corresponsal: María José Landahur Nova (esteban.hv1298@gmail.com)

LA IMPORTANCIA DEL CULTIVO CORNEAL EN ÚLCERAS CORNEALES.

Robinson Figueroa Loyola¹, Daniela Espinoza Osorio¹, Florencia Tapia Reyes², Claudio Roa Fierro², María Espinoza Osorio³.

1. Interno de Medicina Universidad Andrés Bello Concepción
2. Interno de Medicina Universidad de Concepción
3. Médico Cirujano Universidad Andrés Bello y Residente de Oftalmología Universidad de Valparaíso.

Introducción: La úlcera corneal es un defecto epitelial de la córnea que produce inflamación subyacente, frecuentemente causada por infección, que suele iniciarse por traumatismo mecánico. Las consecuencias pueden ser graves e irreversibles, incluyendo la pérdida de la visión si no se trata adecuadamente.

La necesidad de realizar cultivos corneales radica en identificar la etiología específica de la infección, lo que le permite al oftalmólogo seleccionar un tratamiento adecuado y dirigido.

Por lo anterior, la presentación de este caso tiene como objetivos, resaltar la importancia de los cultivos corneales en el manejo de esta patología, para proporcionar un tratamiento efectivo, logrando mejorar los resultados visuales en los pacientes afectados.

Presentación de caso: Hombre, 68 años, jardinero, sin antecedentes mórbidos, consultó por sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo de 2 días de evolución.

Refirió dolor, disminución de la agudeza visual y epífora. Al examen físico, se observó pequeña astilla, agudeza visual 0,1 de ojo izquierdo y 1 en ojo derecho, presión intraocular, reflejos y motilidad conservadas, ojo rojo periquerático, edema corneal, úlcera corneal de 2x3mm y fluoresceína positiva, asociado a infiltrado estromal y edema estromal. Se tomó cultivo corneal.

Por lo anterior se decidió tratar como úlcera bacteriana con moxifloxacino al 0.5% tópico. A las 48 horas se reevaluó, examen físico en similares condiciones, cultivo pendiente. A la semana se controló nuevamente con resultado de cultivo positivo para hongo filamentoso, tras lo cual se decidió comenzar tratamiento con voriconazol tópico al 1%.

No se pudo iniciar tratamiento por disponibilidad, regresando a Urgencias a los 5 días con aumento del dolor, y empeoramiento de su condición ocular. Se decidió hospitalizar para tratamiento endovenoso con anfotericina por 14 días, manteniendo moxifloxacino al 0,5 % tópico para disminuir la sobreinfección bacteriana. Tras completar el tratamiento, evolucionó favorablemente, por lo que se decidió alta médica, con controles semanales para seguimiento.

Discusión y conclusión: En la anamnesis, es crucial investigar factores de riesgo para úlceras micóticas, como accidentes de origen vegetal, lentes de contacto e inmunosupresión, ya que puede orientar hacia la causa. No obstante, sigue siendo indispensable realizar cultivos corneales desde el inicio, independiente de estos factores, ya que no solo garantiza un tratamiento adecuado y específico, sino que también mejora los pronósticos visuales y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Epífora, Queratitis, Úlcera de la Córnea.

Autor/a corresponsal: Robinson Andrés Figueroa Loyola (rbfigue@gmail.com)

LATRODECTISMO, ENFRENTAMIENTO INICIAL PARA MÉDICO GENERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jorge Álvarez R.¹, Lisset Cárcamo A.¹, Valentina Rojas B.¹, Valentina Maldonado G.¹, Natalia Muñoz V.².

1. Interno medicina, Universidad San Sebastián, Complejo Asistencial Dr Víctor Ríos Ruiz
2. Médico Internista, Complejo Asistencial Dr Víctor Ríos Ruiz

Introducción: El Latrodectismo es un síndrome producido por la mordedura del género *Latrodectus*, generalmente presente en zonas rurales/agrícolas. Genera un cuadro clínico inespecífico y requiere intervenciones terapéuticas puntuales que presentaremos a continuación. Es importante tenerlo como diagnóstico diferencial dado la alta población rural y trabajadores agrícolas/forestales de nuestro país.

Presentación de caso: Hombre de 62 años, con antecedentes de Cardiopatía coronaria con cirugía de revascularización miocárdica, hipertensión arterial, dislipidemia e hiperplasia prostática benigna; consulta en urgencias por picadura de insecto mientras regaba unos árboles (refiere cruzar zona de pastizales), evolucionando con dolor muy intenso inicialmente en zona periumbilical izquierda, posteriormente se agrega lumbar derecha y luego artralgiás, mialgiás y temblores musculares generalizados, además de cefalea. Lo anterior asociado a lesiones en piel en región periumbilical y flanco derecho, eritematosas, con calor local y centro violáceo en una de ellas. Se maneja inicialmente con Clorfenamina, Hidrocortisona y Ketoprofeno; con mala respuesta por lo que se escala a Fentanilo lo que logró disminuir pobremente la intensidad, por lo que se presenta y traslada a centro de referencia. Por persistencia de dolor de alta intensidad se decidió manejo hospitalizado en servicio de medicina con infusión continua de analgesia, se inicia Neostigmina e hidratación abundante. Paciente evoluciona con cuadro de debilidad muscular asociado hipopotasemia (2,8 mEq/L), lo que se maneja con reposición de potasio y suspensión de Neostigmina. Al decimocuarto día hospitalizado, paciente asintomático, se decide alta.

Discusión y conclusión: Se presenta caso de mordedura de “Viuda Negra” (“araña del trigo”), presente principalmente en zonas rurales, cerca del suelo, o en plantaciones agrícolas. Su veneno contiene neurotoxina α -latrotoxina, con afinidad por terminal presináptico, específicamente se une a ciertos receptores generando complejos que desencadenan una corriente de calcio y una consecuente secreción de neurotransmisores; manifestándose como dolor muy intenso, temblores musculares, mialgiás y artralgiás. El manejo es principalmente analgesia y, en algunos casos, es de utilidad la Neostigmina dado su inhibición por la acetilcolinesterasa, mejoraría cuadro neuromuscular. El cuadro clínico es variable entre pacientes y el pronóstico es bueno (letalidad 0-6%), pero la importancia radica en tener presente como diagnóstico diferencial, sobretudo en pacientes que acuden a la urgencia y no tienen claridad del agente causal del cuadro, pero si el contexto en el cual ocurrió es muy sugerente y de esta forma poder otorgar un manejo oportuno.

Palabras clave: Latrodectismo, Neurotoxina, Picadura de araña, Viuda negra.

Autor/a corresponsal: Jorge Ignacio Alvarez Roa (jorgealvarezroa@gmail.com)

SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Viviana Silva Vera¹, Sofia Correia Mendes¹, Gonzalo Parra Agurto¹, Álvaro Kompatzki Villanueva¹.

1. Interno de Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: El Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) es una complicación grave y poco común de la estimulación ovárica hormonal. Durante la última década, el auge de métodos de reproducción asistida ha conllevado a un aumento de casos de SHO. Éste se clasifica según su severidad, siendo de suma importancia reconocer manifestaciones de SHO grave, tales como: dolor abdominal severo, ascitis, oliguria, trombosis venosa, entre otras. Estas pacientes requerirán hospitalización para corregir eventuales trastornos hidroelectrolíticos, aliviar las complicaciones secundarias de la ascitis y prevenir fenómenos tromboembólicos. La exposición de este caso tiene como propósito dar a conocer un efecto adverso poco conocido y potencialmente mortal de un método de reproducción asistida que cada año se vuelve más solicitado por la población

Presentación de caso: Paciente de sexo femenino de 26 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos relevantes consulta al servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor, distensión abdominal, oliguria y diarrea. Al interrogatorio dirigido destaca antecedente de estimulación y aspiración folicular 4 días previo a consultar. En su examen físico de ingreso se describe taquicárdica, taquipneica, con abdomen distendido y sensible, con dolor al tacto vaginal en fondo de saco. Dentro del laboratorio, destaca hipokalemia moderada, sin otros hallazgos. Se realiza ecografía transvaginal que muestra líquido libre en fondo de saco junto con ovarios aumentados de tamaño; se complementa con tomografía axial computarizada abdominopélvica que evidencia masas quísticas anexiales de 7 centímetros asociadas a ascitis moderada difusa. En base a la clínica y hallazgos imagenológicos, se diagnostica SHO grave, y se hospitaliza en sala básica para monitorización y manejo. Dentro de las medidas terapéuticas realizadas, se encuentran monitorización diaria de peso y balance hídrico, hidratación parenteral, analgesia endovenosa, y corrección de hipokalemia con aportes de potasio endovenoso. Evoluciona favorablemente, con normalización de estado de volemia y cese de síntomas que motivaron consulta, por lo que es dada de alta luego de 5 días hospitalizada.

Discusión y conclusión: Es reconocido que, en Chile, existe un aumento en conocimientos y uso de métodos de reproducción asistida, lo que podría conllevar a una mayor incidencia de Síndrome de Hiperestimulación Ovárica. Por este motivo, es necesario extender el entendimiento de esta enfermedad junto con su manejo para así, mejorar la morbilidad y mortalidad de las pacientes que lo padecen

Palabras clave: Fertilización In Vitro, Hormona Liberadora De Gonadotropina, Síndrome De Hiperestimulación Ovárica

Autor/a corresponsal: Viviana Catalina Silva Vera (vcsilva@miuandes.cl)

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN OSTEOSARCOMA FEMORAL DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Cristina Gangas Zumelzu¹, Manuel Reyes Guerra², Javiera Podlech Merino², Ignacio Ferrada Rosales³.

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Alumno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
3. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

Introducción: El osteosarcoma representa la neoplasia ósea primaria maligna más común, afectando típicamente fémur distal, tibia o húmero proximal, y manifestándose en la segunda década de vida. El tratamiento estándar actual implica quimioterapia neoadyuvante, adyuvante y cirugía con preservación de extremidad. Las opciones quirúrgicas incluyen reconstrucción con endoprótesis, injertos y rotoplastia o amputación para casos excepcionales.

El objetivo del presente reporte es describir el frecuente escenario clínico de pesquisa y posterior manejo oncológico de lesión osteosarcogénica en que la terapia sistémica y cirugía de rescate se sitúan como patrones de referencia.

Presentación de caso: Paciente femenino de 15 años, sin antecedentes médicos, quirúrgicos ni alergias. Consulta por dolor e impotencia funcional en muslo izquierdo. Refiere un traumatismo deportivo leve en la zona hace 2 meses. Se solicita radiografía anteroposterior y lateral de rodilla que evidencia lesión radiolúcida, mal delimitada a nivel de fémur distal, comprometiendo cortical y con reacción periosteal. Es derivada al Instituto Traumatológico, donde se realiza biopsia de la lesión. Bajo el diagnóstico de osteosarcoma se inician 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante con esquema MAP (Doxorrubicina, Cisplatino y Metotrexato en altas dosis). Se obtuvieron valores superiores a 90% de necrosis tumoral, marcador de buen pronóstico.

Actualmente se encuentra en espera para cirugía de rescate de extremidad con endoprótesis modular.

Discusión y conclusión: En el pasado siglo, la amputación era la opción terapéutica principal en casos de osteosarcoma, estos pacientes tenían una expectativa de vida a 5 años de 20%, siendo la mayoría de dichos decesos por metástasis pulmonares. Con las técnicas actuales se ha podido incrementar la supervivencia hasta un 60-70%. Estas nuevas terapias han cambiado el curso natural de la enfermedad, mejorando la sobrevida general, el resultado funcional de la extremidad y la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, en los últimos 30 años no se ha logrado un aumento en las tasas de supervivencia por lo que es mandatorio seguir investigando los heterogéneos mecanismos fisiopatológicos del osteosarcoma para desarrollar nuevas alternativas quimioterapéuticas, de inmunoterapia y/o medicina de precisión. La inmunoterapia es la que ha tenido los mayores avances con el desarrollo de la terapia de linfocitos infiltrantes de tumor, recuperando la funcionalidad de los linfocitos que se encuentran en los tumores, utilizando las capacidades del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer. Este enfoque innovador ha demostrado mejorar la sobrevida libre de enfermedad a 5 años y sobrevida global en osteosarcoma.

Palabras clave: Cirugía de reconstrucción, Informe de caso, Osteosarcoma.

Autor/a corresponsal: Cristina Eugenia Gangas Zumelzu (cristinagangas@hotmail.com)

TÉCNICA DE TRANSPORTE ÓSEO CON TUTOR DE ILIZAROV EN PACIENTE CON OSTEOMIELITIS, POSTERIOR A HERIDA POR ARMA DE FUEGO.

Cristina Gangas Zumelzu¹, Manuel Reyes Guerra², Javiera Podlech Merino², Ignacio Ferrada Rosales³.

4. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
5. Alumno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
6. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

Introducción: El método de Ilizarov es una técnica de reconstrucción biológica que permite la osteogénesis por distracción, bajo los principios de tensión-estrés, de grandes defectos óseos segmentarios. El manejo de grandes defectos, definidos como la pérdida de 50% de circunferencia o 2 cm de longitud, representa un gran desafío para cirujanos ortopédicos debido al número de fracasos y costos asociados.

El objetivo del presente reporte de caso es describir el escenario clínico en que la empleabilidad del transporte óseo se sitúa como una opción terapéutica económica, con alto porcentaje de éxito y mínimas complicaciones.

Presentación de caso: Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes médicos. Consulta a principios del año 2022 tras sufrir un accidente por arma de fuego en su pierna izquierda, resultando con una herida abierta asociado a fractura expuesta de tibia, requiriendo múltiples aseos quirúrgicos debido a infecciones localizadas. Debido a dificultosa evolución requirió una reintervención, en donde se resecó foco de osteomielitis y se instaló espaciador de cemento con tutor Ilizarov, para realizar técnica de Masquelet.

Tras mala comunicación entre el equipo tratante y falta de compromiso del paciente, se evidenció que defecto óseo era de 8 cm de largo, por lo que en marzo del 2024 se le realizó retiro de cemento, osteotomía proximal de tibia más tutor de Ilizarov para comenzar transporte óseo, con plan de avance de 1 milímetro diario. Posteriormente se realizó cobertura de defecto cutáneo con colgajo fasciocutáneo de gemelo, resultando sin incidentes.

Actualmente el paciente se encuentra en rehabilitación, en estables condiciones generales, con disminución considerable de su dolor y mejoría en cuanto a su calidad de vida, manteniendo sus controles.

Discusión y conclusión: Existen buenas cualidades terapéuticas del uso de la fijación externa en el tratamiento de lesiones con pérdidas óseas, asociadas a infección en huesos largos, permitiendo cambios graduales controlados, eliminando efectos deletéreos del cizallamiento y traslación, además proporcionando un ambiente propicio para la consolidación.

El método de transporte óseo con tutor de Ilizarov, tiene una baja tasa de resultados desfavorables de tipo óseo y funcional. Para esto, el uso de antibióticos, desbridamiento agresivo de los fragmentos óseos y tejidos blandos desvitalizados e infectados, es la base fundamental del tratamiento.

Cabe mencionar que en los últimos años ha aumentado el número de armas ilegales, junto con heridas provocadas por las mismas, por lo que cirujanos ortopédicos cada vez más deben tener la expertis para el manejo de reconstrucción ósea en el contexto de fracturas expuestas.

Palabras clave: Arma de fuego, Osteomielitis, Transporte óseo.

Autor/a corresponsal: Cristina Eugenia Gangas Zumelzu (cristinagangas@hotmail.com)

SÍNDROME DE WÜNDERLICH ASOCIADO A CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: SOSPECHA Y MANEJO QUIRÚRGICO PRECOZ. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Antonia Quintana Pardo¹, Daniela Fuentealba Hidalgo¹, Giuliana Maccarini Llorens¹, Ángel Rivas Morales¹,
Estefanía Muñoz Gatica²

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

2. Médica Cirujana, Residente Cirugía General, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: El Síndrome de Wunderlich o hemorragia renal espontánea subcapsular o perirrenal no traumática es una afección poco frecuente, cuya clínica se caracteriza por dolor de aparición súbita en el flanco, masa palpable y signos y síntomas de shock hipovolémico (triada de Lenk). Su etiología es variada, correspondiendo más del 50% a patología tumoral, siendo el adenocarcinoma la causa más frecuente, seguido del angiomiolipoma.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de esta entidad poco frecuente, con el fin de sospecharla ante la presentación clínica descrita y orientar su estudio y diagnóstico precoz, dada su alta mortalidad.

Presentación de caso: Paciente masculino de 56 años, con antecedente de Diabetes Mellitus II, consultó en urgencias por cuadro de dolor intenso en fosa renal izquierda, de inicio súbito, asociado a vómitos, sin antecedente traumático. Al examen físico destacó masa palpable lumbar izquierda y taquicardia. En exámenes de laboratorio se evidenció elevación de parámetros inflamatorios con hemoglobina de 7.7 g/dL. Se evaluó con TAC de abdomen y pelvis con contraste que evidenció masa renal izquierda de 6 por 8 centímetros, de aspecto neoproliferativo, con posible laceración y con colección hemática perirrenal izquierda. Se hospitalizó para resolución quirúrgica. Al ingreso destacó alteración hemodinámica y necesidad de transfusión de glóbulos rojos. Se realizó nefrectomía radical abierta, sin inconvenientes, siendo dado de alta 8 días postoperación. El resultado de la biopsia arrojó un carcinoma renal de células claras grado 3 con infarto hemorrágico y hematoma asociado, etapificación pT2b NX. Actualmente está en seguimiento por Urología, con indicación de TAC TAP de control en 4 meses.

Discusión y conclusión: El Síndrome de Wunderlich es una entidad poco frecuente pero que debe ser sospechada ante un abdomen agudo con compromiso hemodinámico, puesto que el retraso en el diagnóstico y tratamiento pueden derivar en un elevado riesgo de mortalidad, siendo el shock hemorrágico la principal complicación. El TAC de abdomen y pelvis con contraste es la técnica de elección para el diagnóstico debido a su elevada sensibilidad. Siempre debe descartarse el adenocarcinoma renal como su causa más frecuente. El paciente presentó clínicamente la triada de Lenck, lo que hace de su historia un elemento de interés médico considerando su poca frecuencia, que se da sólo en un 20% de los casos.

Palabras clave: Abdomen agudo, Carcinoma de Células Renales, Hemorragia, Nefrectomía, Shock Hemorrágico.

Autor/a corresponsal: Antonia Francisca Quintana Pardo (aquintana2018@udec.cl)

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

Lisset Cárcamo Aravena¹, Jorge Álvarez Roa¹, Lukas Coloma Duran¹, Valentina Maldonado Giadalah¹,
Katherina Thibaut Álvarez².

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
2. Médico cirujano EDF, Servicio Salud Biobío, Chile.

Introducción: El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una emergencia obstétrica infrecuente con una morbilidad significativa. Se presenta en el tercer trimestre de gestación, con clínica inespecífica, de características virales, con posterior inicio de ictericia, encefalopatía, hipoglicemia y prurito. Desarrolla cuadro de insuficiencia hepática aguda, asociado a alteración renal y alargamiento en los tiempos de coagulación, siendo el tratamiento definitivo la pronta interrupción del embarazo.

Presentación de caso: Primigesta de 31 años, que cursaba gestación de 36+4 semanas, con diabetes gestacional compensada y sin otros antecedentes, acudió al Servicio de Atención Primaria con dolor abdominal intenso, prurito e ictericia marcada. Fue derivada a urgencias obstétricas por sospecha de síndrome de HELLP, ingresando con presión arterial de 133/84 mmHg. Se solicitaron exámenes que revelaron valores anormales: bilirrubina total 13 mg/dL (predominio directo), LDH 620 u/L, fosfatasa alcalina 1283 u/L, GOT y GPT elevadas, así como alteraciones en los tiempos de coagulación y función renal. Se realizó cesárea de urgencias por sospecha de HGAE; presentó inercia uterina controlada, sin otras complicaciones. El recién nacido nació vivo con un APGAR de 9/10.

Tras la intervención, fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, presentando claros signos de disfunción hepática, coagulopatía e hipoglucemia, además de compromiso hemodinámico, ventilatorio y renal. Inicialmente en estado grave, fue intubada y requirió drogas vasoactivas, además de presentar insuficiencia hepática aguda y aumento de bilirrubina, lo que llevó a considerar un posible trasplante hepático. Tras un manejo activo, transfusiones de hemoderivados y evitando medicamentos nefrotóxicos, evolucionó favorablemente con normalización de parámetros hepáticos, coagulación, glucosa y función renal, sin necesidad de hemodiálisis, descartándose así el trasplante. Finalmente, fue trasladada a la sala de obstetricia. Tras 59 días de hospitalización fue dada de alta con recuperación completa.

Discusión y conclusión: Si bien el HGAE es una emergencia obstétrica infrecuente, debe ser un diagnóstico diferencial ante la presentación de una embarazada con alteración hepática aguda. Un retraso en su diagnóstico puede ser de riesgo tanto para la madre como para el feto. Por lo mismo, la sospecha temprana y la derivación oportuna son fundamentales para garantizar una atención adecuada, considerando que la finalización de la gestación es el tratamiento definitivo.

Palabras clave: Cesárea, Embarazo, Fallo hepático agudo, Hígado graso.

Autor/a corresponsal: Lisset Alejandra Cárcamo Aravena (lcarcamoa1@gmail.com)

REACCIÓN ADVERSA A ATORVASTATINA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Lisset Cárcamo Aravena¹, Jorge Álvarez Roa¹, Pamela Lagos Espinoza¹, Valentinna Rojas Bravo¹, Katherina Thibaut Álvarez², Isidora Ascencio Bustamante³.

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile
2. Médico cirujano EDF, Servicio Salud Biobío, Chile.
3. Médico general del servicio de dermatología, Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Angeles, Chile.

Introducción: La Dislipidemia es una patología prevalente a nivel mundial y nacional, siendo el uso de estatinas uno de los principales medicamentos prescritos como tratamiento en aquellos pacientes. En general es un fármaco seguro, no obstante, se asocia a ciertos efectos adversos relevantes, como síntomas gastrointestinales, artralgias/mialgias, nasofaringitis, entre otras más infrecuentes como son la Rbdomiólisis, la colestasis, la hipersensibilidad con eosinofilia o el síndrome de DRESS.

Presentación de caso: Varón de 60 años, hipertenso, con esquizofrenia y dislipidemia. Sin historial de alergias. Consulta en Atención Primaria de Salud rural, por lesiones de aspecto descamativo de predominio distal en ambas EEL, asociadas a exudado, edema y prurito, de 3 meses de evolución relacionado con inicio de Atorvastatina. Se decide derivar a urgencias de atención terciaria, donde es hospitalizado destacando al laboratorio eosinofilia (Eos 528), ascenso de VHS y PCR. Evaluado por Dermatología, quienes determinan necesidad de biopsia para esclarecer etiología. Se suspende Atorvastatina, completa 7 días de tratamiento con antibiótico por posible celulitis, y además se amplía estudio con perfil inmunológico donde finalmente se descarta posible patología autoinmune. Tras su buena evolución es dado de alta en espera del resultado de biopsia. Posterior a un mes de suspensión de medicamento asiste a control en APS con buena evolución clínica. Dermatología lo reevalúa con resultado de biopsia, donde se realiza diagnóstico histológico: dermatitis espongíótica y perivascular superficial y profunda con eosinófilos. Hallazgos sugieren reacción exantematosa a drogas. Confirmándose así el diagnóstico.

Discusión y conclusión: Si bien la Atorvastatina es un medicamento ampliamente utilizado y muy necesario en la mayoría de nuestros pacientes, es importante tener en conocimiento que no es inocuo, y que puede presentar RAM poco comunes e incluso graves en algunos usuarios. Debemos sospecharlo de manera temprana, aplicar los criterios y derivaciones necesarias, y suspender el medicamento, para un mejor pronóstico en nuestros pacientes afectados.

Palabras clave: Atorvastatina, Dislipidemia, Reacción adversa a medicamento.

Autor/a corresponsal: Lisset Alejandra Cárcamo Aravena (lcarcamoa1@gmail.com)

ANGIOMIOLIPOMA RENAL DE GRAN TAMAÑO: CUANDO EL TAMAÑO NO ES SUFICIENTE PARA CAUSAR SANGRADO.

Daniela Fuentealba Hidalgo¹, Antonia Quintana Pardo¹, Matías Galaz Isla¹, Ángel Rivas Morales¹, Estefanía Muñoz Gatica²

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médica Cirujana, Residente Cirugía General, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

Introducción: Los angiomiolipomas (AML) renales son neoplasias benignas de origen mesenquimal compuestas por tejido adiposo, músculo liso y vasos sanguíneos dismórficos, perteneciente al grupo de neoplasias de células epitelioides perivasculares (PEComas). Generalmente son asintomáticos, pero aquellas lesiones con diámetro mayor de 6 centímetros (cms) tienen mayor riesgo de ser sintomáticas y de presentar complicaciones. La triada clásica de presentación, consiste en dolor abdominal agudo, masa palpable y hematuria. Esta se presenta hasta en un 40% de los casos. A continuación se expondrá un caso de un gran AML renal que se presentó sin sintomatología evidente, con el objetivo de mostrar que, pudiendo existir tumores de gran tamaño y con gran compromiso local, estos pueden presentarse de forma inespecífica y sin sangrado.

Presentación de caso: Mujer de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. En mayo del 2022 inició cuadro de astenia y baja de peso de 3 kilogramos, sin síntomas urológicos. Se estudió con tomografía de abdomen y pelvis, evidenciándose una gran masa nodular heterogénea renal izquierda, con grasa macroscópica en su interior, elementos vasculares de neoformación y áreas de densidad de partes blandas que midió 8.4x8.1x8.0 cm, sugerente de angiomiolipoma. Dado que la paciente se encontraba asintomática, su caso se presentó en reunión médica donde se decidió la realización de nefrectomía parcial izquierda laparoscópica. La paciente se hospitalizó de forma programada para la cirugía, en la cual se resecó un tumor de 16 cm de diámetro. Posterior al procedimiento, cursó su postoperatorio sin complicaciones. La biopsia informó un AML renal clásico, con bordes de sección libres, por lo que no necesitó seguimiento por urología.

Discusión y conclusión: Los AML renales, responsables del 1-3% de todos los tumores renales, suelen ser asintomáticos. Uno de los síntomas que puede tener un AML de gran tamaño, es el sangrado renal o perirrenal. El riesgo de hemorragia de un AML se puede evaluar con diversos elementos, siendo el tamaño > 6 centímetros uno de estos. En este caso, llama la atención que la paciente no haya debutado de esta forma pues, a mayor tamaño, mayor posibilidad de sangrado. Según una revisión sistemática de 1300 pacientes con AML, aproximadamente el 75% de las hemorragias ocurre en AML > 6 cm. Sería interesante poder desarrollar un score que prediga el riesgo de sangrado frente a estos tumores con el fin de facilitar su manejo.

Palabras clave: Angiomiolipoma, estado de portador asintomático, sangrado, tumor renal

Autor/a corresponsal: Daniela Victoria Fuentealba Hidalgo (dfuentealb2018@udec.cl)

CELULITIS DEL PABELLÓN AURICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OTITIS EXTERNA MALIGNA.

Javiera Flores Arrey¹, Tomás Gatica Salas¹, Carolina Frías Leiva¹, Loreto Carrasco Honores².

1. Internos séptimo año Medicina, Universidad de Concepción.
2. Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Quirihue, Quirihue.

Introducción: La otitis externa maligna es una complicación grave y potencialmente mortal de la otitis externa bacteriana aguda. Se manifiesta con otalgia y otorrea que no responden a medidas tópicas, la infección se propaga desde la piel al tejido óseo pudiendo desarrollar osteomielitis de la base del cráneo y de la articulación temporomandibular, que se pueden asociar a parálisis de pares craneales. La celulitis periauricular corresponde al principal diagnóstico diferencial, se presenta con eritema, edema y calor de la piel alrededor del pabellón auricular. El dolor suele ser leve y las manifestaciones sistémicas suelen estar ausentes, lo que ayuda a distinguir la celulitis de la otitis externa maligna.

A continuación se presentará un caso con el objetivo de destacar los puntos claves para diferenciar ambas patologías, identificando aquellos pacientes que requieren de una derivación oportuna a servicios de mayor complejidad.

Presentación de caso: Paciente femenina de 30 años con antecedentes de asma, consulta por cuadro de otalgia y otorrea de 10 días de evolución. Evaluada previamente en el servicio de urgencia donde se diagnostica otitis media aguda, indicándose amoxicilina por 5 días, sin respuesta. La paciente persiste con fiebre por lo que reconsulta, al examen físico destaca paciente febril, con edema y eritema que se extiende desde el pabellón auricular derecho hacia la hemicara ipsilateral, con lesiones tipo flictena, área dolorosa a la palpación, signo del tragus (+), otoscopia no evaluable y sin adenopatías palpables. Se toman exámenes donde destacan 17.000 leucocitos y PCR 99 mg/L. En vista de el gran compromiso local y parámetros inflamatorios elevados se decide derivar a centro de mayor complejidad donde con sospecha de otitis maligna se toma una Tomografía Computarizada de oído que descarta compromiso óseo, diagnosticando celulitis de pabellón auricular.

Discusión y conclusión: La otitis externa maligna es un diagnóstico que muchas veces se pasa por alto, retrasando la terapia eficaz de una patología que puede tener complicaciones graves como la osteomielitis de base de cráneo y compromiso de pares craneales. La celulitis puede tener las mismas manifestaciones al examen físico, por lo que es importante saber diferenciarlas, los parámetros inflamatorios elevados y el compromiso del estado general son aspectos claves a evaluar para decidir qué pacientes requieren estudio. Frente a cuadros sugerentes es importante descartar este diagnóstico mediante la evaluación del componente óseo, donde la Tomografía es un examen fundamental para la confirmación diagnóstica.

Palabras clave: Celulitis, Diagnóstico Diferencial, Osteomielitis, Otitis Externa.

Autor/a corresponsal: Eduardo Gatica Salas (Javi.arrey@gmail.com)

PELAGRA EN UN PACIENTE ALCOHÓLICO: REPORTE DE UN CASO.

Mauricio Leiva Albarnez¹, Mauricio Julio Cartes², Catalina Passache Meneses², Esteban Orellana Ramírez², Alex Ojeda Acuña².

1. Becado de Medicina Interna, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

Introducción: La pelagra es una enfermedad sistémica causada por déficit de vitamina B3, también conocido como niacinamida, o de su precursor, el triptófano. Su incidencia ha disminuido en los últimos años debido a la adición de niacinamida a los alimentos. Sin embargo, existen casos relacionados principalmente al abuso de alcohol. Otras condiciones en las cuales debe sospecharse son anorexia nerviosa, trastornos malabsortivos, uso de fármacos antituberculosos o inmunosupresores y dietas estrictas. La tríada clásica de presentación corresponde a dermatitis, diarrea y demencia. El objetivo de este trabajo es reportar una patología infrecuente en un tipo de paciente común.

Presentación de caso: Paciente masculino de 31 años con antecedentes de consumo diario de alcohol en los últimos 18 años en situación calle, acudió al servicio de urgencias por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por prurito generalizado asociado a edema facial. El paciente refería múltiples consultas en nivel primario donde fue diagnosticado de escabiosis, mas no inició tratamiento por falta de acceso. Al examen físico destacaban lesiones eritematosas confluentes con grataje y áreas liquenificadas en cuello de predominio axial en zonas fotoexpuestas y lesiones eritematosas puntiformes en zona acral superior que respetaban

dorso, palmas y plantas. Ingresó al Servicio de Medicina donde se solicitaron estudios de inmunosupresión, acaro test y niveles vitamínicos Se inició tratamiento antihistamínico y fue evaluado por nutricionista quien mantuvo dieta rica en vitamina B3. Fue evaluado por dermatología quienes diagnosticaron Pelagra. En vista de diagnóstico se mantuvieron antihistamínicos, analgesia, corticoides tópicos y régimen. Evolucionó favorablemente con cese del prurito y regresión de lesiones dermatológicas.

Discusión y conclusión: La pelagra es una enfermedad rara la cual muchas veces es subdiagnosticada debido a la errónea creencia de su erradicación. En los últimos años se han reportado casos de pelagra asociados al consumo de alcohol, hábito frecuente en nuestro medio. Clínicamente puede manifestarse como las 3D: dermatitis, diarrea y demencia, aunque se describe una cuarta D de muerte (death) secundaria a una falla multiorgánica por un tratamiento inadecuado. Su diagnóstico es clínico y puede apoyarse con la medición de la concentración plasmática de vitamina B3 y sus metabolitos. El tratamiento no es complejo, se realiza con suplementos de niacinamida, usualmente 300 mg diarios divididos en 4 dosis durante 4 semanas, por lo que es importante tener una alta sospecha en pacientes con factores de riesgo de déficit nutricional y así prevenir un desenlace fatal.

Palabras clave: Alcoholismo, Niacina, Pelagra.

Autor/a corresponsal: Mauricio Andrés Julio Cartes (mauricio.julio@alumnos.ucn.cl)

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE SENO MAXILAR EN UNA MUJER DE 19 AÑOS: UN DIAGNÓSTICO INFRECIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernández Labra E¹, Flores Mondaca F¹, Luengo Navarro J¹, Chávez Venegas M¹.

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

Introducción: Los carcinomas que afectan los senos paranasales representan entre 0,2%-0,8% de todas las neoplasias y 3% en cabeza y cuello. Se localizan habitualmente en el seno maxilar, y un 80% corresponde a carcinomas epidermoides. Los síntomas más frecuentes son obstrucción nasal y epistaxis. Predominan en varones de edad avanzada, sin embargo, deben considerarse un diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con manifestaciones sugerentes. Se expone a continuación un caso de joven con rinorrea crónica, diagnosticada con carcinoma de senos paranasales, para reportar una forma de presentación en un grupo etario inusual y destacar la importancia de un elevado nivel de sospecha en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Presentación de caso: Paciente femenina de 19 años, con antecedente de consumo de tabaco, cocaína, y "tusi". Consultó en policlínico por rinorrea purulenta con descarga posterior y sanguinolenta en fosa nasal izquierda, asociado a dolor maxilar ipsilateral de 1 año de evolución, siendo derivada al servicio de urgencia. En evaluación se precisa una masa de aspecto tumoral en fosa nasal izquierda. Biopsia: carcinoma epidermoide bien diferenciado. Virus Papiloma Humano y p16 negativos. En tomografía computarizada de cerebro se evidencia un proceso expansivo de 2,5 x 3,5 x 3 cm centrado en seno maxilar izquierdo, infiltrando en cornete medio e inferior izquierdos, no infiltra órbita. Se realizó maxilectomía izquierda con resección tumoral completa macroscópica, márgenes positivos. T3N0M0. Se discutió caso en comité oncológico, e inició radio-quimioterapia adyuvante, con buena respuesta.

Discusión y conclusión: La baja prevalencia y clínica inespecífica de los carcinomas de senos paranasales dificulta su diagnóstico precoz, siendo detectados habitualmente en etapas avanzadas, por lo que requieren un elevado nivel de sospecha, para brindar un manejo oportuno que permita reducir su morbi-mortalidad asociada. Se destaca la importancia de una evaluación exhaustiva en jóvenes con síntomas sugerentes, grupo etario en quienes constituye una rareza. Los síntomas y signos dependen del sitio afectado. El diagnóstico requiere una evaluación histológica y la identificación de los senos paranasales como el sitio de origen del tumor. Los estudios imagenológicos son fundamentales para lograr una estadificación y planificación quirúrgica adecuada, tanto la tomografía computarizada como la resonancia magnética. Aunque no se dispone de estudios causales, la inhalación de sustancias sintéticas podría estar vinculada en la patogénesis de la enfermedad, requiriéndose más estudios a futuro en esta dirección.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide, Neoplasia de senos paranasales, Neoplasias malignas.

Autor/a corresponsal: Emily Viviana Fernández Labra. (emily.fernandez@alu.ucm.cl)

CÁNCER DE PENE: UN MANEJO RADICAL.

Juan Navarro Rojas¹, Marco Rodríguez Rivera¹, Valentina Wilson Boada².

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

Introducción: El cáncer de pene corresponde al 1% de los cánceres urológicos. Su incidencia se concentra en mayores de 60 años, con factores de riesgo como mala higiene, fimosis y tabaquismo. Se manifiesta como una lesión nodular o ulcerada, asociada o no a sangrado, secreción y dolor. Su etapificación condiciona cuan conservador o radical será el manejo quirúrgico, ya sea mediante penectomía parcial o total, esta última indicada en un 14% de los casos.

Presentación de caso: Masculino de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, fimosis e hiperplasia benigna prostática. Derivado a Urología por hematuria, aumento de volumen inguinal bilateral, doloroso e inmóvil, y tumor de 3x4cm en glándula indurado, llegando a tercio proximal del cuerpo peneano. Biopsia reportó lesión compatible con carcinoma escamoso moderadamente diferenciado. Scanner de tórax, abdomen y pelvis reportó adenopatías inguinales bilaterales de 20 mm, sin diseminación. Ecotomografía escrotal mostró aumento del espesor uretral y mucoso del pene, con intenso aumento de señal Doppler. Se etapifica como T3N3M0G2, decidiéndose penectomía total más uretrotomía perineal, procedimiento realizado sin incidentes. Ante evolución favorable del paciente, es egresado tres días tras intervención.

Discusión y conclusión: El carcinoma de células escamosas corresponde al 95% de las neoplasias peneanas, y suele originarse en prepucio y glándula. Ante el hallazgo se puede realizar una biopsia. Para etapificar se utiliza el examen físico e imágenes complementarias. El compromiso linfonodal y su extensión son los factores pronósticos individuales más importantes y de evidenciarse, su resolución quirúrgica se asocia a una linfadenectomía. El objetivo de la cirugía es reseccionar el tumor primario con márgenes adecuados, intentando conservar la micción en bipedestación y función sexual parcial. A pesar de su baja incidencia, se debe sospechar ante el hallazgo de una lesión en prepucio y/o glándula, para diagnosticar y etapificar precozmente, y así poder ofrecer un manejo lo más conservador posible.

Palabras clave: Cáncer de Pene, Carcinoma de Células Escamosas, Fimosis.

Autor/a corresponsal: Juan Pablo Navarro Rojas (navarrorjas99@gmail.com)

GOSSYPIBOMA: DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE UNA SEPSIS POSTQUIRÚRGICA.

Francisca Pizarro Poblete¹, Juan Pablo Montaña Pastén¹, Francisca Pereira¹, Victoria Baeza¹, Pablo Fuentes González², Camila Leiva León².

1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
2. Médico Radiólogo, Servicio de Imagenología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: Un gossypiboma es un cuerpo extraño postoperatorio, generalmente una gasa, que queda dentro del cuerpo posterior a una intervención. Representa el 50% de los errores quirúrgicos, sobretudo en cirugías abdominales y torácicas. Se asocia a cirugías de urgencias, prolongadas, laparoscópicas, cambios inesperados de la cirugía, grandes hemorragias, cambios de personal en las cirugías o personal inexperto. Se suele producir un cuadro inespecífico con dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal y masa palpable. Puede manifestarse como sepsis u obstrucción intestinal. Si es torácico puede manifestarse como dolor torácico, tos, hemoptisis y fiebre. También, si el algodón no causa una reacción al cuerpo extraño puede ser asintomático por décadas y ser un hallazgo radiológico. El diagnóstico es radiológico, siendo su gold standard la tomografía computarizada (TC). Se observa una masa hiperdensa, heterogénea, con bordes gruesos y patrón esponjiforme, con burbujas de aire en su interior. Además se observan líneas hiperdensas si tiene marcadores radiopacos.

El objetivo de este reporte es presentar un caso anecdótico sobre una complicación iatrogénica, y destacar el alto índice de sospecha que debemos tener.

Presentación de caso: Se trata de una paciente de sexo femenino, de 59 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca. Ingresó de manera electiva para la resolución quirúrgica de un mioma uterino gigante, mediante una histerectomía total abdominal y salpingectomía bilateral. En el postoperatorio inmediato, aproximadamente a las 3 horas, cursó con un cuadro de escalofríos, hipotensión y desaturación, acompañado de aumento de los parámetros inflamatorios, falla renal aguda e hipokalemia.

Ante el cuadro séptico, se realizó una tomografía computarizada pélvica, que informó una imagen heterogénea intraperitoneal en flanco y fosa iliaca izquierda de 36 x 29 mm, con imágenes lineales de densidad metálica, sugerente de un cuerpo extraño postquirúrgico. Se re-ingresó a pabellón y se realizó extracción de una gasa quirúrgica mediante laparotomía exploradora. Posteriormente la paciente evolucionó de manera favorable y sin complicaciones. Se dio de alta a los 2 días.

Discusión y conclusión: Un cuerpo extraño quirúrgico debe siempre sospecharse en un paciente con evolución tórpida en el postoperatorio, que presente dolor, náuseas, vómitos, fiebre o sepsis. Es importante solicitar una imagen de control, y tener un alto índice de sospecha, sobre todo si las gasas en nuestro centro no tienen marcadores.

Su relevancia radica en la gran morbilidad que puede producir en el postoperatorio agudo, pudiendo causar complicaciones como dolor, abscesos, sepsis, obstrucción intestinal y hemorragia digestiva, entre otras.

Palabras clave: Reacción a cuerpo extraño - Sepsis - Tomografía computada helicoidal

Autor/a corresponsal: Francisca Margarita Pizarro Poblete (francisca.pizarro.p@gmail.com)

SÍNDROME DE SENSIBILIDAD A DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS (DRESS), UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA SIN EOSINOFILIA EN PACIENTE PEDIÁTRICA.

Antonia Enríquez Escobar¹, Diego Lara Muñoz¹, María Landahur Nova¹, Francisca Martínez Thiers¹.

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

Introducción: El síndrome de DRESS es una toxicodermia grave, infrecuente y potencialmente mortal que afecta principalmente a adultos jóvenes. No existe una incidencia establecida a nivel mundial en la edad pediátrica, pero se han reportado datos de 0.9 por cada 100.000 niños. Se presenta caso clínico de paciente pediátrica cuyos exámenes de laboratorio no eran los habituales dentro del síndrome de DRESS, lo cual podría retrasar su diagnóstico. Es fundamental mantener una alta sospecha clínica, para su diagnóstico y tratamiento precoz dado el impacto en mortalidad y pronóstico.

Presentación de caso: Paciente femenina de 12 años con antecedentes de síndrome epiléptico, había iniciado tratamiento reciente con levetiracetam, carbamazepina y clobazam. Evolucionó a las dos semanas con rash macular eritematoso facial y fiebre, se ajustó dosis de carbamazepina y se mantuvo en observación. Al control a los siete días persistió con fiebre y evolucionó con exantema generalizado macular eritematoso facial, palpebral, conjuntival, torácico, abdominal, y en extremidades asociado a adenopatías cervicales y axilares. Se solicitaron exámenes de laboratorio: función renal normal, transaminasas elevadas 18 veces el valor normal, leucocitos, eosinófilos y plaquetas dentro de rango. Se hospitalizó con diagnóstico de Síndrome de DRESS, se suspendió carbamazepina y se inició tratamiento con hidrocortisona y levocetirizina por 6 semanas, con remisión absoluta de la sintomatología.

Discusión y conclusión: La presentación clínica del síndrome de DRESS inicia entre la segunda y octava semana después del inicio del fármaco responsable, siendo la carbamazepina una causa frecuente. Los síntomas más frecuentes son fiebre (64%) y exantema maculopapular (97%).

En el 88% ocurre falla sistémica, siendo la más común la afección hepática (84.5%). El 66% de los casos hay hipereosinofilia, no presente en la paciente. No existen criterios diagnósticos exclusivos para edad pediátrica, sin embargo, se utilizan los criterios J-SCAR y RegiSCAR, con 5 y 6 puntos respectivamente, lo que confirma la sospecha diagnóstica.

Es importante reconocer el síndrome de DRESS de forma precoz y tener en cuenta que a pesar que su nombre implica eosinofilia, su presencia no es obligatoria para el diagnóstico.

Palabras clave: Carbamazepina, Dermatología, Exantema, Síndrome de Hipersensibilidad a Medicamentos.

Autor/a corresponsal: Antonia Jesús Fernanda Enríquez Escobar (a.enriquez02@ufromail.cl)

COMPARACIÓN DEL MANEJO ORTOPÉDICO Y QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA DE QUINTO METATARSIANO.

Joaquín Aravena Vásquez¹, Tomás Reyes Rodríguez¹, Catalina Rodríguez Krause¹, Tomás Urrutia Jarpa².

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.
2. Traumatólogo especialista en tobillo y pie, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: La estructura anatómica del quinto metatarsiano se divide en tuberosidad, base, diáfisis, cabeza y cuello. Las fracturas proximales se subdividen en tres zonas: fractura por avulsión de la tuberosidad, fractura de Jones y fracturas por fatiga diafisaria. Además, es una zona compleja debido al déficit vascular del área metafisodiafisaria, lo que genera una dificultad en la consolidación de dichas fracturas. A continuación se presenta caso clínico donde en primera instancia se realiza manejo ortopédico con mala respuesta y se avanza a manejo quirúrgico planteando si debió haber sido el manejo inicial en esta fractura debido a lo expuesto anteriormente.

Presentación de caso: Paciente de sexo femenino de 29 años de edad con antecedentes de obesidad, acudió a servicio de urgencias el 15/06/23 por dolor en cara externa de pie derecho con criterios clínicos de Ottawa. Estudio radiográfico de 3 proyecciones de pie, coincidente con una fractura por estrés de la base del quinto metatarsiano en zona III de Jones, indicado manejo ortopédico. Reconsulta el 05/03/24 por reagudización sintomática posterior a traumatismo directo de baja energía, con fractura de rasgo completo, por lo que se decide nuevamente manejo ortopédico. Acudió a control en policlínico, donde se evidenció mala respuesta clínica y en radiografía de control deterioro del rasgo de fractura. Fue evaluada por equipo de traumatología de tobillo y pie, quienes decidieron manejo quirúrgico dada la mala evolución de la paciente. Se realizó la cirugía el 15/04/24, en la cual se posiciona aguja K para tornillo canulado 4,0, a la comprobación radiológica durante el pabellón, con reducción satisfactoria, el procedimiento finalizó sin incidentes.

Discusión y conclusión: Se presenta controversia en cuanto al manejo de estas fracturas, entre ortopédico y quirúrgico debido a la pobre irrigación que dificulta la consolidación. Se reserva la cirugía para fracturas desplazadas más de 2 mm o intraarticulares que comprometan más del 30% de la superficie articular. En el caso expuesto se comparan ambos manejos en un mismo paciente. En controles post quirúrgicos paciente refiere no seguir indicaciones de uso de bota ortopédica y evitar descarga, independientemente, refiere no poseer dolor ni impotencia funcional con herida operatoria de aspecto sano. Debido a que no ha seguido tratamiento indicado resulta poco fidedigno el resultado final pero aparentemente tiende a la mejoría de la fractura tratada. Aun así por mala adherencia de parte del paciente no se permite tener conclusiones a partir de este caso.

Palabras clave: Fractura; Metatarso; Tratamiento conservador.

Autor/a corresponsal: Joaquín Eugenio Aravena Vásquez (joaquin.aravena.96@gmail.com)

ABDOMEN AGUDO EN EL EMBARAZO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y FACTORES CONFUNDENTES. PRESENTACIÓN DE CASO: PARTO PREMATURO CON APENDICITIS AGUDA EN EVOLUCIÓN.

Marcelo De la Fuente Arcos¹, Alejandro Aravena Jara¹, Sebastián Espinoza Rivas¹, Valeria Daza Arias¹.

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

Introducción: Tal como en el abdomen agudo en una paciente no embarazada, la meta inicial es identificar a quien tenga una condición seria o que ponga en riesgo la vida, y que por su naturaleza, requiera intervención urgente. Dado los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan en el embarazo, los signos y síntomas pueden variar en forma y presentación, generando incertidumbre diagnóstica, en un contexto en donde la imagenología se encuentra restringida por sus efectos nocivos para el feto y además su capacidad de detección alterada, incluso retrasando la intervención adecuada en ciertos contextos, y en consecuencia afectado el pronóstico tanto para la madre como para el feto en formación.

Presentación de caso: Paciente G2P1A0, sin patologías crónicas. Cursaba embarazo de 28 semanas, cuando inició con dolor abdominal migrante a fosa lumbar derecha, sin fiebre, examen de orina completa con nitritos y leucocitos positivos que se interpretó como pielonefritis aguda y se trató con antibioticoterapia, la cual no tuvo respuesta clínica. Evolucionó con distensión y sensibilidad abdominal difusa asociado a constipación por 10 días. Considerando la evolución desfavorable, se decidió por realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste, pese al riesgo por la radiación fetal. Esta resultó sin hallazgos sugerentes de apendicitis y en conjunto al descenso de parámetros inflamatorios se desestimó compromiso apendicular y se inició tratamiento para estreñimiento. Persistió con dolor y evolucionó con parto prematuro precipitado, con recién nacido vivo de 1390 gramos. Se realizó nuevo TAC de abdomen con contraste que evidenció absceso apendicular, por lo que finalmente se procedió a resolución quirúrgica del cuadro, evolucionando en buenas condiciones generales.

Discusión y conclusión: El abdomen agudo en el embarazo es un cuadro que puede tener múltiples formas de presentación atípicas y que pueden ser enmascaradas por distintas condiciones, lo cual debe sospecharse siempre frente a evoluciones tórpidas sin la mejoría clínica esperada.

Reforzar la importancia de la historia clínica y el examen físico como herramientas diagnósticas válidas, incluso frente a exámenes imagenológicos no categóricos puede ayudar a realizar un tratamiento adecuado a tiempo, reduciendo así la morbilidad materno-fetal.

Palabras clave: Abdomen agudo, Apendicitis aguda, Embarazo, Parto prematuro.

Autor/a corresponsal: Sebastián Espinoza (m.delafuentearcos@hotmail.com)

EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA DISTRÓFICA RECESIVA. REPORTE DE CASO.

Bárbara Mansilla Vergara¹, Ignacio Delgado Jerez¹, Juan Burgos Sepúlveda¹, Angela Mansilla Vergara².

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

Introducción: La epidermólisis ampollosa (EA) es una enfermedad hereditaria, sin tratamiento curativo. Caracterizada por la aparición de ampollas luego de traumatismos mínimos. Ocurre por alteraciones en las proteínas de anclaje de la unión dermoepidérmica. Dentro de su clasificación encontramos la Epidermólisis ampollosa distrófica (EAD), mutaciones en el gen del colágeno tipo VII (COL7A1). Siendo el subtipo de herencia recesiva el más grave y menos frecuente. La EA es una enfermedad rara y, a menudo, poco conocida. Es necesario incrementar la conciencia en la comunidad médica favoreciendo un diagnóstico oportuno, entrega de cuidados especializados y prevención de complicaciones.

Presentación de caso: Femenina de 9 años, producto de embarazo adolescente, de control tardío. Desde nacimiento presentó lesiones ampulares en piel, permaneciendo hospitalizada hasta los 2 meses de vida cuando fue derivada a fundación DEBRA donde se confirmó diagnóstico de EAD recesiva. Desde los 5 años con regular adherencia a tratamiento y controles, evolucionando con sinequia interdigital, contractura en garra y anoniquia, en extremidades superiores e inferiores. Se hospitalizó dado riesgo de desnutrición, asociado a lesiones en mucosa esofágica, con estenosis esofágica recidivante, disfagia orofaríngea y limitación de la apertura bucal, con hipoplasia severa de esmalte dental secundaria a esto último.

Discusión y conclusión: Es una enfermedad de muy baja prevalencia, por lo que no hay datos precisos sobre su epidemiología, lo que dificulta la comprensión completa de su impacto.

EA es una enfermedad de alta morbilidad. Los pacientes con EB experimentan una serie de complicaciones graves y debilitantes. Dentro de las complicaciones más frecuentes de la EAD recesiva encontramos la fusión de los dedos dado las reiteradas lesiones en manos y pies, que van sanando con cicatriz y progresando hacia una pseudosindactilia. En este mismo contexto las cicatrices distróficas van a causar contracturas musculares, afectando la movilidad y autonomía. En áreas de cicatriz crónica tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer de piel. Además, pueden encontrarse lesiones en mucosa gastrointestinal, lo que predispone a un mayor riesgo de desnutrición, debido a la malabsorción por alteraciones en la mucosa gástrica y restricción de ingesta.

Esta enfermedad es de alto interés médico debido a su rareza y severidad, presentando grandes dificultades en el tratamiento y manejo debido a su condición incurable y a sus complicaciones asociadas. El conocimiento de la epidermólisis bullosa por parte de la comunidad médica es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones.

Palabras clave: Dermatología, Enfermedades raras, Epidermólisis ampollosa distrófica.

Autor/a corresponsal: Bárbara Fernanda Mansilla Vergara (b.mansilla02@ufromail.cl)

FASCITIS NECROSANTE POLIMICROBIANA PERIOCLAR BILATERAL, POSTERIOR A TRAUMA OCULAR DERECHO.

Andrea Schumacher Muñoz¹, Rocío García Zavala¹, Constanza Von Plessing Pierry¹, Catalina Muñoz Osbén¹, Juan Ormeño Illanes².

1. Interno de medicina, Universidad de Concepción, Chile.
2. Residente de oftalmología, Universidad de Concepción, Chile.

Introducción: Las infecciones necrotizantes de piel y partes blandas son infecciones bacterianas infrecuentes, rápidamente progresivas y potencialmente mortales. La afectación periorcular es poco frecuente, asociada a menor mortalidad, pero a mayor tasa de secuelas. De estas, sólo el 20% son polimicrobianas. El siguiente caso clínico tiene como objetivo destacar la importancia del manejo multidisciplinario médico-quirúrgico en el pronóstico de esta patología.

Presentación de caso: Paciente masculino de 67 años, portador de diabetes mellitus tipo 2. Consulta en primera instancia en Servicio de Urgencias de Hospital de Coronel por lesión cortante en zona malar derecha, secundaria a agresión por terceros con martillo. Se realiza sutura cutánea periorcular y se egresa a su domicilio. A las 48 horas evoluciona con dolor y cambios inflamatorios locales, por lo que re-consulta en Hospital Regional de Concepción. A su ingreso destaca oculomotilidad conservada, reflejos pupilares presentes, abundante quemosis, hendiduras palpebrales ocluidas, extenso compromiso inflamatorio periorcular de distribución de tipo erisipela, asociado a compromiso necrótico en ambos párpados. Evaluado al ingreso por infectología, se inicia esquema antibiótico de amplio espectro con ampicilina-sulbactam y vancomicina.

Se realiza desbridamiento por oftalmología el día de ingreso, en el que se evidencia extensas áreas de necrosis periorcular bilateral con extensión a tejido subcutáneo facial. Se realiza aseo, biopsia y cultivo, positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino susceptible y *Streptococcus pyogenes*, concordante con fascitis necrosante polimicrobiana orbitaria.

Según hallazgos microbiológicos, se ajusta tratamiento a clindamicina y cefazolina. Inicialmente con regresión de compromiso inflamatorio facial y parámetros inflamatorios en descenso. Sin embargo, a las 2 semanas presenta nuevo compromiso inflamatorio periorbitario izquierdo, por lo que se reinicia antibioticoterapia de amplio espectro: vancomicina, imipenem y clindamicina, por sospecha de re-activación infecciosa o sobreinfección nosocomial. Se realiza segundo aseo quirúrgico con drenaje de abscesos en región periorcular izquierda. Con resultado de cultivo positivo para *Candida albicans*. Se realiza reajuste de tratamiento a clindamicina con caspofungina.

Finalmente, resolución clínica tras 100 días de tratamiento antibiótico, antimicóticos y 2 desbridamientos quirúrgicos.

Discusión y conclusión: La fascitis necrosante es la infección de partes blandas más grave. Su pronóstico depende de un tratamiento agresivo multidisciplinario precoz, uso de antibióticos y desbridamiento quirúrgico. Siendo fundamental la sospecha clínica y diagnóstico temprano. Actualmente no hay consenso que determine duración óptima de antibioticoterapia, por lo que se define según cada caso.

Palabras clave: Fascitis Necrotizante, Infecciones bacterianas del ojo, Desbridamiento

COMPETENCIA CIENTÍFICA

CCTEM 2024



Autor/a corresponsal: Andrea Carolina Schumacher Muñoz (aschumacher2018@udec.cl)

PITIRIASIS RUBRA PILARIS, UN RETO DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Rachel Lagos Riquelme¹, Camila Riquelme Urrutia¹, Miguel Lasalle Oyarzún², Gastón Briceño Rivera².

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile
2. Dermatólogo, Servicio de Dermatología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La Pitiriasis Rubra Pilaris (PRP) es una dermatosis papuloescamosa crónica idiopática poco frecuentes con manifestaciones clínicamente heterogéneas que incluyen la aparición de pápulas hiperqueratósicas foliculares que convergen en placas eritemato-descamativas de tonalidad anaranjada, con islotes de piel respetada y, además presenta queratodermia palmoplantar. Se han descrito 6 tipos de PRP, lo que refleja su gran variedad de presentación clínica. Ante la sospecha clínica, el diagnóstico se confirma con biopsia de las lesiones.

Presentación de caso: Se presenta el caso de paciente masculino de 31 años con antecedente de psoriasis de 4 años de evolución, que cursa con placas eritematodescamativas pruriginosas que se extendieron desde el cuero cabelludo hacia el torso y extremidades, acompañadas de dolor articular. Presentó placas dolorosas y descamativas intercaladas con áreas de piel sana, descamación asalmonada en palmas e hiperqueratosis plantar. Ante los nuevos hallazgos clínicos, el diagnóstico de reagudización de psoriasis se pone en duda al considerar como una opción la PRP. Tras su hospitalización y biopsia de lesiones, se confirma el diagnóstico de PRP, iniciándose manejo con terapia tópica logrando remisión casi completa al mes.

Discusión y conclusión: Ante una sospecha de PRP el uso del dermatoscopio es esencial, junto a los hallazgos clínicos, para diferenciarla de afecciones con clínica similar como la psoriasis, ya que permite observar sus características distintivas como múltiples áreas amarillentas redondeadas u ovaladas con tapones queratósicos centrales y vasos periféricos lineales y puntiformes. Asimismo, los exámenes de laboratorio complementarios permiten conocer el basal de parámetros inflamatorios, evaluar la evolución a medida que se realiza el tratamiento e ir monitoreando su efectividad. En cuanto a su enfrentamiento terapéutico, al ser una enfermedad tan diversa, no posee manejo específico y se han reportado diversos tratamientos, tópicos de base con o sin fármacos sistémicos, que deben ir ajustándose según la gravedad del cuadro y respuesta del paciente.

Palabras clave: Biopsia, Pitiriasis, Pitiriasis rubra pilaris, Psoriasis.

Autor/a corresponsal: Rachel Efigenia Lagos Riquelme (r.lagos10@ufromail.cl)

URGENCIA DIALÍTICA COMO PRESENTACIÓN DE UN CÁNCER CERVICOUTERINO AVANZADO.

Paulina Pontt Cisternas¹, Eileen Wilkins Mutis¹, Antonia Espinosa Rivera¹, Francisca Schnaidt Letelier¹, Sebastián Alfaro Turpie².

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
2. Médico Cirujano, equipo Unidad de Paciente Crítico, Hospital de Quilpué, Quilpué, Chile.

Introducción: El cáncer cervicouterino (CaCu) es la segunda causa de neoplasia a nivel mundial en mujeres en edad fértil. En Chile, anualmente se diagnostican alrededor de 1.500 casos. Una de sus complicaciones es la uropatía obstructiva (UOB), la que puede causar insuficiencia renal aguda (IRA) y crónica, manifestándose con distintas complicaciones.

Presentación de caso: Mujer de 50 años sin antecedentes mórbidos consultó por compromiso del estado general y fiebre. Al ingreso se objetivó falla renal aguda, sepsis de foco urinario y síndrome urémico asociado a encefalopatía urémica, mioclonías y pericarditis. En las imágenes se observó hidronefrosis acentuada bilateral con probable uropatía obstructiva distal. Se realizó hemodiálisis y nefrostomía bilateral para manejo agudo del cuadro. Además, se evidenció una lesión sospechosa en cuello uterino, se realizó biopsia que resultó ser un carcinoma escamoso infiltrante de estadio IIIb, siendo la causa de la UOB a nivel uretral. La paciente se mantuvo hospitalizada con hemodiálisis crónica a la espera de tratamiento oncológico.

Discusión y conclusión: Las complicaciones urológicas relacionadas al CaCu generan un aumento de morbimortalidad en etapas avanzadas, dentro de estas está la IRA, pudiendo causar un síndrome urémico, siendo este una urgencia dialítica. Otra complicación es la hidronefrosis, que se observa principalmente desde estadios IIIB de la enfermedad.

Un 44% de las pacientes tienen localizado el cáncer al momento del diagnóstico y un 34% presentan compromiso regional al debut, siendo este último el caso de la paciente presentada. El diagnóstico se realiza por histología de la lesión sospechosa, y su tamizaje en Chile se realiza con la toma de Papanicolaou periódico según edad y factores de riesgo. Lo anterior da cuenta de la importancia de la búsqueda activa y pesquisa precoz de esta patología, para evitar este tipo de complicaciones que pueden llegar a ser de riesgo vital para los pacientes.

Palabras clave: Cáncer, Cérvix, Uremia.

Autor/a corresponsal: Paulina Pontt Cisternas (paulina.pontt@gmail.com)

LINFANGIOMA FRONTO ORBITARIO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sebastián Zúñiga Valdebenito¹, Jorge Troncoso Rojas¹, Mariajesus Pino Ceballos¹, Lee Cotrina Diaz²

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: Los linfangiomas son malformaciones congénitas veno-linfáticas benignas, difusamente infiltrantes y de lenta progresión, localizadas más comúnmente en la región de la cabeza y cuello en población pediátrica. Su prevalencia es baja, representando sólo del 0,3 al 4% de las lesiones ocupantes orbitarias. Su apariencia radiológica puede imitar la de otros tumores confundiéndose con otras entidades diagnósticas, representando un desafío para realizar un diagnóstico preciso. El presente reporte de caso tiene como objetivo destacar la importancia de considerar el linfangioma orbitario como diagnóstico diferencial de masas orbitarias pediátricas debido a las eventuales complicaciones oftalmológicas y compromiso de la calidad de vida, a pesar de su baja frecuencia.

Presentación de caso: Paciente femenina que presentó aumento de volumen fronto orbitario y supraciliar izquierdo, con cambios de coloración al llanto y al calor desde su nacimiento. Con estudio ecográfico a los 7 meses de vida que informó lesión con características de hemangioma infantil. Se indicó tratamiento con propranolol durante 6 meses sin respuesta y se mantuvo en controles con Cirugía Infantil con regular adherencia a estos.

En enero de 2024, a sus 3 años de edad, evolucionó con cuadro caracterizado por aumento de proptosis basal en relación a valsalva por emesis, quemosis, irritabilidad y rechazo alimentario parcial, por lo que consultó en el Servicio de Urgencia Infantil de Temuco. Se realiza scanner de órbitas donde impresionó importante masa retroocular izquierda, hospitalizándose para evaluación y manejo. Durante su estadía, se amplió el estudio con resonancia magnética de órbitas que informó linfangioma fronto orbitario izquierdo con componente macroquístico intraconal y microquístico cutáneo. Fue evaluada por comité multidisciplinario, quienes plantearon terapia esclerosante percutánea. En vista del riesgo de posibles complicaciones y por superar la capacidad de resolución del establecimiento, se sugirió traslado a centro de mayor complejidad.

Discusión y conclusión: A diferencia de los hemangiomas, las malformaciones veno-linfáticas no se encuentran encapsuladas y no respetan los límites anatómicos, evolucionando de manera infiltrativa, a menudo, con compromiso intraconal y extraconal en las estructuras orbitarias. Si bien, el análisis radiológico tiene una especificidad diagnóstica del 77%, puede simular la apariencia de otros tumores, diagnosticándose erróneamente como hemangioma orbitario, rhabdomioma o linfoma.

Los linfangiomas orbitarios pueden estar presentes desde el nacimiento o aparecer durante la primera infancia, por lo que es importante realizar una evaluación acuciosa en cualquier niño que presente proptosis. El seguimiento adecuado es crucial para asegurar el estudio detallado y un tratamiento oportuno para preservar la visión y prevenir la ambliopía.

Palabras clave: Linfangioma, Proptosis, Enfermedades Orbitales

Autor/a corresponsal: Sebastián Milton Zúñiga Valdebenito (s.zuniga06@ufromail.cl)

TUMOR TESTICULAR CONCOMITANTE DE CÉLULAS DE LEYDIG Y SERTOLI-LEYDIG, REPORTE DE UN CASO.

Diego Lara Muñoz¹, Francisca Martínez Thiers¹, Antonia Enríquez Escobar¹, Khatalina Muñoz Leiva¹.

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

Introducción: El cáncer testicular (CT) representa un 1% de las neoplasias en el adulto. No obstante, es el tumor sólido más frecuente en hombres jóvenes, teniendo una incidencia de 3 a 10 casos por 100.000 hombres por año. En Chile alcanza una tasa de 8 por 100.000 habitantes. Con respecto al tipo histológico, el 95% son derivados de las células germinales del testículo, siendo seminomas o no-seminomas. Los derivados del estroma - cordones sexuales son infrecuentes, siendo solo el 4%. La incidencia de tumores bilaterales es del 1-5%, generalmente asincrónicos. A continuación, se da a conocer un caso clínico de CT bilateral sincrónico con histología de origen estromal, una presentación poco frecuente, ya sea por la bilateralidad y por el tipo histológico, además de mostrar el manejo elegido y su desenlace.

Presentación de caso: Varón de 39 años sano, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, en controles por infertilidad y azoospermia. Al examen físico destacaba; testículos ascendidos en posición escrotal, atróficos e indurados bilateralmente. Se realizó ecografía testicular que informó "Atrofia testicular bilateral. Tumores testiculares bilaterales. Lesión izquierda 8,5 mm, lesión derecha 5 mm". Se indicó cirugía. Se midieron marcadores tumorales (MT) preoperatorios: Lactato deshidrogenasa (LDH) 205 U/L, Beta gonadotropina coriónica (BHCG) 0.36 mU/mL, Alfa-fetoproteína (AFP) 10 ng/mL. Se realizó orquiectomía radical bilateral exitosa. Se realizó una tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis post operatorio el cual fue informado como sin hallazgos significativos ni metástasis post operatorias. Posteriormente se rescató la biopsia, que informó: "Testículo derecho: tumor mixto estromal de cordones sexuales (Sertoli-Leydig). Testículo izquierdo: tumor de células de Leydig". Se controlan MT: LDH 181 U/L, BHCG 0.4 mU/mL, AFP 12 ng/mL.

Paciente fue presentado a comité oncológico 3 semanas post operatorio, donde se define vigilancia activa. 11 meses post cirugía, se mantuvo sin signos de recidiva ni de diseminación secundaria según imagenología y marcadores de laboratorio en sus controles correspondientes.

Discusión y conclusión: Los CT derivados del estroma-cordón sexual, son una entidad urológica rara. A lo cual se suma la baja prevalencia de los CT bilaterales sincrónicos. Los tumores de células de Leydig corresponden al 1-3% de los CT, y tienen un comportamiento mayormente benigno. Existen pocos reportes de tumores de células de Sertoli-Leydig.

Se presenta un caso de CT con presentación clínica e histológica poco frecuente, que fue susceptible a ser manejado con orquiectomía más vigilancia activa con resultados favorables.

Palabras clave: Neoplasias Testiculares, Tumor de Células de Leydig, Tumor de Células de Sertoli-Leydig, Urología.

Autor/a corresponsal: Diego Alonso Lara Muñoz (d.lara02@ufromail.cl)

MENINGOENCEFALOCELE ÓTICO COMO CAUSA SECUNDARIA DE MENINGITIS BACTERIANA: LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DIRIGIDO.

Rodrigo Peña Jorquera¹, Belen Tapia Da Silva¹, Pedro Gonzalez Leyton¹, Bryan Oyarce Letelier¹.

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

Introducción: Los meningoencefalocelos (MECS) son hernias del contenido intracraneal que protruyen por un defecto óseo. Su presentación clínica es variable y pueden presentarse con cuadros graves como la meningitis. Presentamos de esta forma, el caso de un paciente que debutó con meningitis bacteriana y síntomas óticos en quien el diagnóstico de MECS no fue sospechado hasta después de una década, con el objetivo de describir hallazgos clínicos e imagenológicos relevantes

Presentación de caso: Hombre de 58 años con antecedentes de aneurisma cerebral operado y sinusitis crónica consultó en servicio de urgencias en 2013 con síntomas de rinorrea, otalgia e hipoacusia bilateral, evolucionando con agitación psicomotora y compromiso de conciencia. Se diagnosticó meningitis bacteriana mediante punción lumbar y encefalomalacia temporal derecha mediante tomografía computarizada (TAC). Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro y se trasladó al Hospital Regional de Antofagasta. Al ingreso fue evaluado por médico general, encontrándose en malas condiciones generales, Glasgow 12, con signos meníngeos presentes y reflejos exaltados. Se realizó además una otoscopia sin reportar hallazgos patológicos por el médico de turno y fue posteriormente hospitalizado en una unidad de alta complejidad con tratamiento antibiótico de amplio espectro. Evolucionó adecuadamente y fue dado de alta a los 30 días. En 2018 fue evaluado por otorrinolaringólogo por hipoacusia indicando audífono retroauricular sin mayores estudios. En 2023, otra evaluación de otorrinolaringólogo revela retracción timpánica bilateral e hipoacusia moderada bilateral conductiva; considerando el antecedente de meningitis se solicitó TAC que reportó ocupación parcial de celdillas mastoideas, ático con ocupación bilateral y brechas óseas en tegmen bilaterales, por lo cual se completó con resonancia magnética (RM) que informó brechas óseas en ambos tegmen de 5.5 mm en plano coronal asociado a MECS bilateral. Con este hallazgo, se deriva al Instituto de Neurocirugía Carlos Asenjo para su resolución.

Discusión y conclusión: El MEC del hueso temporal es raro, aunque las dehiscencias óseas son comunes en personas asintomáticas. El MEC bilateral se ve en menos del 5% de los casos. Puede ser secundario o espontáneo, como es probable en este caso. El diagnóstico requiere TAC y RM la cual excluye diagnósticos diferenciales. El abordaje quirúrgico ideal varía siendo de fosa media y el trans-mastoideo los clásicos. En este caso proponemos el abordaje combinado para mejorar el pronóstico auditivo y reducir riesgos. El enfoque multidisciplinario y la anamnesis exhaustiva es fundamental para el diagnóstico y la prevención de sus complicaciones.

Palabras clave: Encefalocelo, Meningitis, Otorrinolaringología.

Autor/a corresponsal: Rodrigo Cristóbal Peña Jorquera (ropj1999@gmail.com)

ENDOMETRIOSIS COMO CAUSA DE INFERTILIDAD EN MUJERES JÓVENES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javiera Flores Arrey¹, Tomás Gatica Salas¹, Tomás Ábrigo Parra¹, Joaquín Rissetti Villalobos².

1. Interno de medicina, Universidad de Concepción.

2. Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, Quirihue.

Introducción: La endometriosis es una enfermedad hormono-dependiente caracterizada por implantes endometriales ectópicos en la región pélvica. Su prevalencia máxima se produce entre los 25 y 35 años. La inflamación resultante del ciclo menstrual produce dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico crónico e infertilidad. Al examen físico y de laboratorio no hay hallazgos que sean patognomónicos. La ecografía transvaginal es el examen más disponible y económico, con sensibilidad y especificidad similar a la resonancia magnética. El tratamiento inicial es la hormonoterapia, y en pacientes con dolor crónico e infertilidad la laparoscopia exploratoria, que permite tanto el diagnóstico como el tratamiento.

En el presente trabajo, se abordará la importancia de la sospecha diagnóstica de endometriosis en pacientes con infertilidad y la implementación de nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas que permitan evitar complicaciones asociadas.

Presentación de caso: Mujer de 35 años, sin antecedentes mórbidos, con deseo de embarazo durante 5 años, inició controles en extrasistema en donde realizaron dos ciclos de Fertilización In Vitro (FIV) que resultaron frustrados, por lo cual se indicó estudio de endometriosis con ecografía que informó endometriosis profunda con compromiso de uréter derecho que se encontraba adherido a mioma adenomiótico y al anexo derecho. Se realizó laparoscopia exploratoria con técnica de cirugía guiada por fluorescencia con “Verde de Indocianina” favoreciendo así la conservación de los uréteres durante la ureterolisis bilateral retroligamentaria e intraligamentaria. Además se reseca nódulo endometriósico retrocervical de 5 cm con posterior colporrafia. Durante la exploración pélvica se evidencia nódulo rectal de 5 cm de infiltración, por lo que se realiza resección anterior de recto con anastomosis termino-terminal. En el postoperatorio cursa con orinas claras, sin hematuria, sin filtración de anastomosis.

Discusión y conclusión: Se estima que la endometriosis afecta a un 10-15% de las mujeres en edad fértil. De las mujeres que lo padecen un 30- 50% tienen infertilidad. La endometriosis es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento prolongado. Su diagnóstico temprano y su sospecha en pacientes con infertilidad es fundamental para evitar intervenciones médicas y quirúrgicas innecesarias. El uso de técnicas de fluorescencia ha permitido realizar cirugías mínimamente invasivas y con menores complicaciones.

Palabras clave: Dismenorrea, Endometriosis, Fluorescencia, Infertilidad.

Autor/a corresponsal: Eduardo Gatica Salas (javi.arrey@gmail.com)

INCOMPETENCIA VELOFARÍNGEA DE CAUSA TRAUMÁTICA, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Benjamín Moya Villalobos¹, Valentina Aguirre Araya¹, Javiera Matamoros Zapata¹, Lucas Bascur Moenen-Loco¹.

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

Introducción: La fisura palatina es la principal causa de disfunción velofaríngea, sin embargo otros trastornos también pueden causar hipernasalidad y/o emisión nasal como la insuficiencia e incompetencia velofaríngea, esta última dada por trastornos neurofisiológicos que resultan en un movimiento velofaríngeo inadecuado. Desafortunadamente, estos pacientes no suelen acudir a un centro especializado, provocando un diagnóstico y tratamiento inadecuado. El objetivo de este trabajo es determinar las distintas etiologías, métodos de estudio y manejo de la incompetencia velofaríngea a través de la presentación de un caso atípico.

Presentación de caso: Masculino de 12 años, sin antecedentes mórbidos, consultó tras sufrir caída desde caballo, golpeándose en región occipital. Evolucionó con asimetría en elevación del velo del paladar derecho en actividad, rinolalia, regurgitación de líquidos hacia nasofaringe, disminución del reflejo nauseoso, imposibilidad para articular fonemas cerrados, elevación normal de hombros y simetría lingual en línea media.

Se amplió el estudio con scanner sin contraste y resonancia magnética (RM) de cerebro y cuello, RM de fosa posterior con contraste, angioTAC de cerebro y audiometría; sin alteraciones.

Se realizó una nasofibroscopia, evidenciándose hipotonía del velo en acción a derecha y cuerdas vocales móviles y simétricas.

Fue evaluado por Otorrinolaringología y Neurología, con sospecha diagnóstica de lesión/paresia a nivel de Nervio Glosofaríngeo derecho en base de cráneo y lesión/paresia rama del velo del Nervio Vago, secundaria a trauma. Se manejó con 3 pulsos de Metilprednisolona y rehabilitación fonoaudiológica, con evolución favorable y total regresión del cuadro al mes del alta.

Discusión y conclusión: La incompetencia velofaríngea presenta diversas etiologías, destacando las enfermedades neuromusculares, tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares y paresias o parálisis del IX y X par craneal al ser los principales responsables del movimiento del velo del paladar. El mecanismo traumático de dichos pares está poco descrito en la literatura revisada. Por las múltiples causas de incompetencia velofaríngea, amerita una evaluación multidisciplinaria de aspectos morfológicos y funcionales a través de una correcta semiología, imágenes y métodos endoscópicos, para así seleccionar el tratamiento adecuado y evaluar el impacto en otros pares craneanos cercanos.

Palabras clave: Insuficiencia velofaríngea, Metilprednisolona, Nervio vago

Autor/a corresponsal: Benjamin Ignacio Moya Villalobos (b.moya02@ufromail.cl)

EDEMA PULMONAR AGUDO POR REEXPANSIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martín Correa Catalán¹, Carolina Pincheira Castillo¹, Felipe Olivares Ulloa¹, Diego Vallejos Burgos¹, Walter Toledo Sanhueza².

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

2. Urgenciólogo, Servicio de Urgencia Adulto, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: El edema pulmonar por reexpansión (EPR) es una complicación poco común asociada con drenajes por toracocentesis, con una tasa de mortalidad que puede llegar hasta el 20%, según autopsias de pacientes fallecidos con EPR. Dado que los procedimientos de toracocentesis son frecuentes en los centros de urgencias, es crucial que cualquier médico que trabaje en este entorno esté familiarizado con los factores de riesgo y las medidas de prevención de esta patología. Se presenta el siguiente caso clínico con el propósito de visibilizar esta complicación poco frecuente, pero aún presente secundario a procedimientos habituales en servicio de urgencias como la toracocentesis.

Presentación de caso: Paciente femenina, de 62 años, cardiópata, evaluada en servicio de urgencia de alta complejidad por apremio ventilatorio, con crépitos de predominio basal y murmullo pulmonar disminuido en base derecha, evidenciando derrame pleural a la ecografía. Se realiza toracocentesis, inicialmente diagnóstica, luego evacuadora, dando salida a 1500 ml de líquido citrino.

Evoluciona durante la primera hora posterior al procedimiento con disnea súbita y apremio respiratorio, por lo que se deriva a sala de reanimación, donde se realiza manejo con oxigenoterapia, broncodilatación, administración de diuréticos y nitroglicerina. Se realiza Scanner de tórax sin contraste en donde se evidencia edema pulmonar derecho asociado a derrame pleural bilateral. Paciente evoluciona favorablemente tras manejo médico inicial y posterior terapia depleitiva y restricción hídrica en unidad de paciente crítico.

Discusión y conclusión: El edema pulmonar por reexpansión es una complicación rara que ocurre tras drenar de manera rápida, o en grandes cantidades contenido pleural. Presenta una mortalidad de hasta un 20%.

Según los artículos revisados, no se tiene claro cuál es el límite de líquido a drenar por lo cual es importante para el profesional de la salud realizar una toracocentesis adecuada, evitando drenar líquido en exceso.

Palabras clave: Derrame pleural, Edema pulmonar, Toracocentesis

Autor/a corresponsal: Martín Sebastián Correa Catalán (m.correa06@ufromail.cl)

ÚTERO DIDELFO COMO MALFORMACIÓN MULLERIANA, EN RELACIÓN A UN CASO.

Francisca Mancilla Ríos¹, Álvaro García Abrigo¹, Isidora Ravanal Gutiérrez¹, Matías Ortiz Muñoz¹, Claudio Mena Díaz².

1. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
2. Médico Cirujano, Servicio Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

Introducción: El útero didelfo es una malformación mulleriana producida por falla en la unión de los conductos mullerianos durante el desarrollo embrionario, formándose dos cavidades uterinas y, en la mayoría de los casos, un tabique longitudinal separando los cuellos uterinos. Su prevalencia es baja (1 en 30000 mujeres), es asintomática, y muchas mujeres no saben que la poseen, diagnosticándose luego de iniciar actividad sexual o en controles prenatales. Presentamos un caso de una paciente con útero didelfo sin diagnóstico previo, el objetivo es visibilizar esta malformación como diagnóstico diferencial de sinusorragia, ya que, al ser de baja prevalencia, no es lo primero que uno piensa, pero es importante conocerla para tenerla en consideración.

Presentación de caso: Paciente femenina, 17 años, antecedente de prematuridad (30 semanas), con episodio de enterocolitis necrotizante, nulicita previo al episodio, sin uso de anticonceptivos orales, ni otros medicamentos. Consulta en urgencias por sangrado genital de moderada cuantía que aparece durante el acto sexual. En especuloscopia se identifican 2 cuellos uterinos y tabique vaginal con desgarramiento en tercio distal. Sin alteraciones en los exámenes de laboratorio. Debido a la magnitud del sangrado, se decide suturar de urgencia. En pabellón se pesquisan 2 vaginas y 2 cuellos uterinos separados por tabique longitudinal con desgarramiento de 1 cm, se sutura en procedimiento de 2 horas y media, sin complicaciones, luego ingresa a sala de recuperación. Se mantiene 1 día hospitalizada en servicio de ginecología y es dada de alta en buenas condiciones generales, con cese del sangrado, con indicación de abstinencia sexual y completar estudio anatómico para eventual resección de tabique vaginal.

Discusión y conclusión: El útero didelfo es infrecuente y asintomática, por lo que muchas veces el diagnóstico se realiza al inicio de la actividad sexual por sinusorragia producida por desgarramientos del tabique, como el caso presentado; o como hallazgo durante el control prenatal del embarazo, durante el examen físico con especuloscopia o por ecografías obstétricas. El diagnóstico diferencial con el útero bicornal se realiza con la histerosonografía o mediante laparoscopia, pero muchas veces las mujeres prefieren no realizarse estos procedimientos para confirmar su diagnóstico.

Finalmente, el manejo de la malformación es la resección del tabique vaginal mediante histeroscopia con el objetivo de mejorar la calidad de vida sexual en las mujeres, evitando sangrados abundantes post coitales, si bien esta no compromete la fertilidad, como otras malformaciones uterinas, pero puede aumentar la probabilidad de abortos espontáneos o partos prematuros, por lo que es importante considerarla.

Palabras clave: Anomalías de la duplicación uterina, Didelfo uterino, Hemorragia uterina.

Autor/a corresponsal: Francisca Ignacia Mancilla Ríos (framancillarios@gmail.com)

LISTERIA MONOCYTOGENES, CAUSA DE SHOCK SÉPTICO POR CORIOAMNIONITIS EN EMBARAZO GEMELAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniela Díaz Fuentes¹, Sofía Arellano Silva¹, Sebastián León Encina¹, Alejandra Vega².

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

2. Ginecóloga, Hospital regional Leonardo Guzmán, Antofagasta, Chile.

Introducción: La corioamnionitis es una inflamación aguda de las membranas y corión de la placenta, generalmente causada por una infección bacteriana polimicrobiana ascendente desde el tracto genital. Un agente poco frecuente de ser hallado en líquido amniótico es la bacteria *Listeria monocytogenes*, un bacilo Gram positivo que puede transmitirse vía alimentos contaminados, transplacentaria o en el parto. Rara vez una corioamnionitis ocurre por diseminación hematológica, como ocurre por Listeriosis. Las pacientes pueden cursar asintomáticas, con corioamnionitis o sepsis, los cuales son los objetivos de este caso. La mortalidad materna es infrecuente, no así la mortalidad perinatal, siendo la muerte fetal más común que la muerte neonatal.

Presentación de caso: Paciente boliviana de 19 años, sin antecedentes mórbidos, primigesta de embarazo gemelar bicorial biamniótico de 28 semanas, consultó a urgencias por contracciones uterinas. Durante la evaluación presentó taquicardia fetal, dinámica uterina y cervicometría de 6 mm. Se realizó hidratación, tocólisis y corticoterapia. Los exámenes evidenciaron leucocitos 25.810/ul (segmentados 90%) y proteína C reactiva (PCR) 6,42 mg/dl, se indicó amniocentesis y antibioticoterapia por sospecha de infección intraamniótica. Paciente evolucionó con hipotensión y taquicardia, la muestra de amniocentesis evidenció líquido turbio, glucosa indetectable y Gram positivos. Bajo diagnóstico de sepsis con criterios incompletos de corioamnionitis se realizó cesárea. La cirugía se complicó por shock séptico y hemorragia postparto, se obtuvieron recién nacidos vivos, con requerimiento de reanimación respiratoria y cuidados intensivos en neonatología, donde se reportó hemocultivo positivo para *Listeria monocytogenes* de uno de los gemelos. La paciente permaneció un día en unidad de cuidados intensivos, presentó cultivo de líquido amniótico positivo para el mismo patógeno, cumplió antibioticoterapia con evolución favorable y se otorgó el alta médica a los 7 días de su ingreso.

Discusión y conclusión: La Listeriosis es una infección causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, su transmisión vía transplacentaria o hematológica corresponde a una causa poco frecuente de corioamnionitis y sepsis, sin embargo, presenta una tasa de letalidad del 20% en recién nacidos. Así, la detección e intervención temprana se correlacionan con la disminución de abortos durante el primer trimestre, muerte intrauterina fetal durante el segundo y tercer trimestre, además de sepsis y meningitis neonatal.

Palabras clave: Choque Séptico, Corioamnionitis, Embarazo Gemelar, *Listeria monocytogenes*.

Autor/a corresponsal: Daniela Alejandra Díaz Fuentes (dani.diazfu@gmail.com)

SCHWANNOMA ENVEJECIDO SUPRARRENAL EN PACIENTE DE 65 AÑOS: REPORTE DE UN CASO.

Camila Contreras Araya¹, Matias Guajardo Espinoza¹, Joaquin Aravena Navarrete¹, Javiera Duhalde Velásquez¹, Francisco Orellana Rebolledo².

1. Interno de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.
2. Urólogo, Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz.

Introducción: Los Schwannomas corresponden a tumores usualmente benignos derivados de las células de Schwann del sistema nervioso periférico, las cuales forman la vaina de mielina alrededor de los axones neuronales. La variante envejecida es de baja agresividad y se caracteriza por presentar áreas de hipocelularidad. Suelen ser encapsulados y de crecimiento lento, con habitual localización cervical y encefálica. La ubicación suprarrenal es poco frecuente, con una incidencia global entre un 1-3% de los casos. La clínica es inespecífica, por lo que la sintomatología suele estar relacionada con la ubicación y/o compresión de estructuras vecinas.

Presentación de caso: Paciente femenino de 65 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial refractaria y diabetes mellitus tipo 2, y quirúrgicos de colecistectomía e histerectomía, consulta en atención primaria por cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen superior de 1 año de evolución, asociado a baja de peso, sudoración, palpitaciones, astenia, adinamia y algia generalizada. La ecografía abdominal reveló masa retroperitoneal de aspecto sólido-quístico, poco vascularizada, de 9x8x12cm en contacto con seno renal izquierdo y páncreas.

Se deriva a urología con tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste, donde se informa glándula suprarrenal izquierda (GSI) completamente reemplazada por masa heterogénea, sugerente de feocromocitoma, de 10.5cm en contacto con riñón e hilio renal izquierdo, sin invasión.

Se evalúa por endocrinología, destacando presión arterial (PA) 150/77 mmHg y dos manchas color café con leche en la piel. Posteriormente, se inicia Doxazocina y se solicita medición de metanefrinas urinarias, aldosterona, renina, adenocorticotrofina y test de Nugent, los cuales se encontraban dentro de parámetros normales, descartando hormono funcionalidad. Adicionalmente, se realiza TC de abdomen con protocolo suprarrenal que informa nuevamente lesión sugerente de feocromocitoma. Como plan de tratamiento se decide realizar suprarrenalectomía unilateral izquierda. Durante el procedimiento fue necesario seccionar una de las arterias renales, por lo que se realiza nefrectomía ipsilateral. Posteriormente, la biopsia informa Neurinoma-Schwannoma envejecido con dimensiones 10.5x8.2x5.6cm en GSI.

En el postoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con controles en los cuales destaca PA normal y deterioro de la función renal secundaria a nefrectomía.

Discusión y conclusión: Este caso subraya la complejidad en el diagnóstico y manejo de Schwannomas suprarrenales, requiriendo un enfoque multidisciplinario que involucra a especialistas en endocrinología, radiología, cirugía y patología. Dada su rareza, es crucial considerar diagnósticos diferenciales como la neurofibromatosis tipo 2. Este enfoque integral es fundamental para asegurar un tratamiento adecuado y un seguimiento postoperatorio cuidadoso en casos tan complejos como este.

Palabras clave: Adrenalectomía, Nefrectomía, Neoplasias de la Corteza Suprarrenal, Schwannoma.

Autor/a corresponsal: Camila Ignacia Contreras Araya (ccontrerasa14@correo.uss.cl)

SINDROME DE HELLP EN EMBARAZO GEMELAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniela Díaz Fuentes¹, Sofía Arellano Silva¹, Sebastián León Encina¹, Alejandra Vega Reyes².

1. Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Ginecóloga, Hospital regional Leonardo Guzmán, Antofagasta, Chile.

Introducción: El síndrome de HELLP corresponde a una complicación que puede ocurrir al final del embarazo, normalmente cuando las pacientes presentan preeclampsia o eclampsia. Esta enfermedad está caracterizada por una triada clásica: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y trombocitopenia (LP) en sus cifras en inglés, es una de las complicaciones obstétricas con mayor mortalidad, se presenta en alrededor del 0,5-1% de todos los embarazos, de ellos un 70% antes del parto. Las pacientes normalmente refieren dolor epigástrico, náuseas y/o vómitos. Es importante saber pesquisarla de manera oportuna para poder darle un tratamiento adecuado y así reducir las tasas de morbilidad que esta enfermedad genera.

Presentación de caso: Paciente de 30 años, multípara de 1, cursando embarazo gemelar bicorial-biamniótico de 33+4 semanas, con observación de Síndrome hipertensivo del embarazo (SHIE), consulta en servicio de urgencias por amenaza de parto prematuro. En servicio de urgencias se administra primera dosis de corticoides y dosis de ataque de tocolíticos. Paciente en ese instante se presentaba asintomática para SHIE pero con presiones en rango de hipertensión. Se solicitan exámenes de laboratorio, donde se encuentra trombocitopenia más elevación de transaminasas hepáticas y bilirrubina total elevada. Exámenes compatibles con Síndrome de HELLP, motivo por el cual se decide realizar cesárea de urgencia, la cual se desarrolla sin incidentes. Se mantiene hospitalizada en Unidad de tratamiento intermedio, con evolución favorable, con alta a los 5 días.

Discusión y conclusión: El Síndrome de HELLP es una patología muy poco frecuente, pero con una morbilidad elevada, puesto que alcanza un porcentaje de 10-35% en mortalidad fetal y 1-2% en mortalidad materna. Es importante conocer la presentación clínica, sin dejar de saber que puede presentarse de manera atípica de forma asintomática y que corresponde a un diagnóstico de laboratorio.

Palabras clave: Embarazo gemelar, Hemólisis, Preeclampsia, Trombocitopenia.

Autor/a corresponsal: Sebastián Nicolás León Encina (sebaleon28@gmail.com)

ECHINOCOCCOSIS QUÍSTICA PULMONAR GIGANTE COMPLICADA EN PACIENTE ADOLESCENTE.

Francisca Muñoz Castro¹, Martín Correa Catalán¹, Patricio Castillo¹, Ignacio Olivares Leal², Matias Palma Torres³, Luis Arratia Torres³.

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
3. Cirujano General, Servicio de Cirugía, Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La Echinococcosis Quística (EQ) corresponde a una zoonosis producida en Chile por céstodos de la especie *Echinococcus Graunulosus*. Su incidencia nacional al afectar al pulmón varía entre 1,4 y 1,8 por 100 mil habitantes/año, predominando en las regiones de Aysén y La Araucanía. La exposición humana se produce vía fecal-oral, con la ingestión de heces del hospedero infectado, produciendo quistes en predominantemente en hígado y pulmón. Según la literatura revisada, los quistes suelen medir entre 1 a 20 cm de diámetro, siendo mayores tamaños en casos excepcionales. En el siguiente caso se presenta un paciente adolescente que consulta en urgencias, con un quiste pulmonar intacto de inusual gran tamaño, complicado con desviación de mediastino y derrame pleural.

Presentación de caso: Paciente masculino rural de 16 años, consulta en urgencias por historia de una semana de dolor torácico punzante derecho asociado a expectoración transparente y abundante asociado a disnea progresiva. Se realiza tomografía computada de tórax que evidencia atelectasia completa de pulmón derecho, causada por gran masa de aspecto quístico derecha, síndrome de ocupación pleural y desviación de estructuras mediastínicas a izquierda. Exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados. Se sospecha quiste hidatídico pulmonar gigante con derrame pleural y desviación mediastínica asociada. En urgencias se realiza drenaje pleural con salida de 1400 cc de contenido citrino, presentando paciente mejoría clínica significativa. Se inicia antibioticoterapia con Ceftriaxona/Metronidazol, y se hospitaliza en servicio de cirugía adulto. Se programa durante la semana pabellón de manera diferida. En pabellón se observa quiste hidatídico intacto de 20cm de diámetro, el cual se punciona dando salida a 1200 cc de líquido de agua de roca. Se realiza quistectomía y capitonaje con posterior identificación de numerosas comunicaciones bronquiales, las cuales se suturan de manera laboriosa. Procedimiento sin incidentes. Se inicia tratamiento con albendazol post cirugía.

Paciente evoluciona favorablemente, decidiéndose alta a los 7 días post cirugía.

Discusión y conclusión: Poco se menciona en la literatura quistes de tamaño tan grande, menos en pacientes adolescentes. Además paciente consultó por disnea y dolor producto de efecto de masa y derrame pleural inflamatorio, características atípicas en la literatura revisada.

El manejo estándar de los quistes suele ser quistectomía y capitonaje, o lobectomía en casos puntuales. Se espera que el presente caso haya informado acerca de casos de hidatidiosis pulmonar gigante en un grupo etario reducido en la literatura médica.

Palabras clave: Adolescente, Cirugía Torácica, Derrame Pleural, Equinococosis Hepática, Equinococosis Pulmonar.

Autor/a corresponsal: Francisca Aruza Muñoz Castro (f.munoz28@ufromail.cl)

HERNIA DE PETERSEN Y OBSTRUCCIÓN DEL ASA ALIMENTARIA POR BRIDA AL REMANENTE EN PACIENTE OPERADA DE BYPASS GÁSTRICO.

Josefa Erazo Neira¹, Beatriz Gutiérrez Arriagada¹, Vicente Julve Lillo¹, Sebastián Briones Monsalve¹, Enrique Biel Walker².

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Cirujano, Cirujano Servicio de Cirugía Hospital Las Higueras, Docente Departamento Cirugía Facultad de Medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: La anastomosis antecólica en el bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) vía laparoscópica genera el espacio de Petersen entre el mesenterio y mesocolon, posibilitando la formación de una hernia interna, de Petersen. Las hernias internas en BGYR vía laparoscópica inciden del 1,8- 9,7% y 0,6- 5,8% de obstrucción intestinal. Nuestro objetivo es presentar el hallazgo operatorio de obstrucción del asa alimentaria por brida al remanente gástrico en paciente con hernia de Petersen.

Presentación de caso: Paciente femenina, 38 años, antecedente de BGYR hace 2 años, consulta los últimos 4 días en Urgencias por dolor abdominal y vómitos alimentarios postprandiales precoces. Se presenta con abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, Escala Numérica Análoga de dolor (ENA) 6/10, con irradiación a hipocondrio derecho, ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de irritación peritoneal. Refiere aumento del dolor en decúbito supino y sin tolerancia a líquidos y sólidos por vía oral.

La Tomografía Computada (TC) informa hernia interna. Se realiza laparoscopia exploradora identificando hernia en espacio de Petersen, no complicada, además brida entre remanente gástrico y asa alimentaria, generando su estrangulamiento a menos de 15 cm de gastroenteroanastomosis. Se secciona brida y comprueba asa alimentaria indemne. Presenta rápida mejoría en postoperatorio, alta médica 48 horas, asintomática al control ambulatorio diferido.

Discusión y conclusión: En pacientes portadores de BGYR con dolor abdominal inespecífico y/o sospecha de obstrucción, sin clara explicación, la TC permite realizar diagnóstico precoz de hernia interna; sin embargo, si la sospecha clínica persiste con TC sin hallazgos patológicos, la laparoscopia exploradora representa una alternativa segura para diagnóstico y tratamiento. Los principios son correcta identificación de brechas, reducción del intestino herniado, evaluando vitalidad y cierre de brechas con sutura no reabsorbible. Nuestro caso representa un mayor desafío, pues una brida al remanente gástrico origina la obstrucción.

La hernia de Petersen ocurre generalmente después del año post BGYR. Conocer los cambios anatómicos de la técnica quirúrgica y eventuales complicaciones de pacientes sometidos a BGYR, incluyendo la infrecuente obstrucción por brida al remanente es necesario para su alta sospecha clínica, diagnóstico y resolución quirúrgica precoz, sin postergar por riesgo de necrosis, perforación intestinal y muerte.

Palabras clave: Derivación gástrica, Hernia, Obstrucción intestinal.

Autor/a corresponsal: Josefa Catalina Erazo Neira (josefaerazoneira@gmail.com)

ADULTO MAYOR CON HERNIA INTERNA COMPLICADA SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL Y BANDA MESODIVERTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalina Sanz Urquhart¹, Agustín Inzunza Fernández¹, Ian Orchard Bocic¹, Mizzio Bottinelli Fuentes¹, Felipe Villalobos Hermosilla².

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Médico Cirujano, Becado de Cirugía General, Universidad de Chile.

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es un remanente del conducto onfalomesentérico, constituyendo la malformación congénita digestiva más frecuente. Generalmente es asintomático, sin embargo, pueden presentar complicaciones en hasta un 4-30% de los portadores, siendo lo más frecuente la obstrucción intestinal, sin embargo, es infrecuente que esta sea causada por una hernia interna secundaria al DM, existiendo poca literatura disponible al respecto. El objetivo de este trabajo es dar a conocer un caso clínico de un adulto mayor que presentó una hernia interna complicada secundaria a un DM y banda mesodiverticular, lo cual es una causa infrecuente de abdomen agudo considerando la edad y frecuencia de esta complicación del DM, se manejó quirúrgicamente con buena evolución.

Presentación de caso: Se presenta el caso de un hombre de 66 años, con antecedentes de hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico y enfermedad pulmonar difusa, usuario de oxígeno domiciliario, quien consultó en servicio de urgencias por epigastralgia urente de intensidad severa de 24 horas de evolución, asociada a vómitos. Ingresó taquicárdico, con deterioro de su función respiratoria basal, afebril, objetivándose al examen físico abdomen sensible a la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal. Se solicitó una angiotomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que mostró signos sugerentes de isquemia mesentérica en paredes de ciego y porción ascendente del colon proximal. Se realizó una laparotomía exploratoria, hallándose un DM con cordón fibroso mesodiverticular, bajo el cual protruía ciego, apéndice cecal y porción proximal de colon ascendente, con signos de sufrimiento de asa que revirtieron al reducirse la hernia interna, DM sin signos de complicación. Se trasladó a unidad de paciente crítico, dado descompensación de patologías de base, donde evolucionó favorablemente, sin necesidad de drogas vasoactivas, sin complicaciones quirúrgicas. Se dio de alta quirúrgica, para compensación ambulatoria de sus patologías de bases.

Discusión y conclusión: Las complicaciones asociadas al DM son especialmente infrecuentes en adultos mayores. La obstrucción intestinal es una de las presentaciones más frecuentes, la cual puede ser secundaria a múltiples causas, entre ellas una hernia interna. El tratamiento del DM sintomático incluye la diverticulectomía o resección en cuña, en este caso con abordaje abierto por sospecha de isquemia mesentérica basado en imágenes. El DM complicado constituye un diagnóstico diferencial de SAA cuyo hallazgo generalmente es intraoperatorio dada su clínica inespecífica, además no siempre es posible su visualización en imágenes. Dado su difícil diagnóstico preoperatorio, es importante mantener un alto índice de sospecha, especialmente durante la exploración quirúrgica abdominal.

Palabras clave: Divertículo de Meckel, Hernia Interna, Isquemia Mesentérica.

Autor/a corresponsal: Mizzio Vincenzo Bottinelli Fuentes (catalina.sanz@ug.uchile.cl)

TUBERCULOSIS PERIANAL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR DE LA ENFERMEDAD; REPORTE DE CASO.

Khatalina Muñoz Leiva¹, Francisca Martínez Thiers¹, Diego Lara Muñoz¹, María Landahur Nova¹, Matías Palma Torres²

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

Cirujano General, servicio de cirugía, Universidad de la Frontera/Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad granulomatosa, infecciosa y transmisible, producida por *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad pulmonar es su manifestación más frecuente, sin embargo, la extrapulmonar representa aproximadamente el 15% de todos los casos, siendo la perianal una presentación extremadamente infrecuente, representando menos del 0,7% de las localizaciones. Su diagnóstico es usualmente tardío, por confundirse con otras patologías de localización perianal.

Se presenta el siguiente caso clínico de paciente con diagnóstico de tuberculosis perianal, patología que requiere de alta sospecha diagnóstica dado su baja frecuencia y la necesidad de tratamiento precoz para evitar complicaciones.

Presentación de caso: Paciente femenina de 65 años, con antecedente médico de dislipidemia en tratamiento con estatina, sin antecedentes quirúrgicos, consultó cuadro de un mes de proctalgia y rectorragia asociada a secreción purulenta, previamente tratada con antibióticos empíricos. Al examen, gran fisura anal en línea media posterior de 4 cm al margen anal y gran hipertonía de esfínter. Se indicaron medidas generales, crema de Nifedipino y exámenes. Reevaluada en 2 semanas, presentó fisura de similares características, patógenos genitourinarios negativos y calprotectina 178. Se realizó colonoscopia que evidenció úlcera en recto distal y canal anal. La biopsia informó; úlcera con colitis granulomatosa intensa con células gigantes, necrosis de caseificación e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con neutrófilos. Ziehl Neelsen y Kinyoun sin bacilos, PCR *Mycobacterium tuberculosis* negativa, con Quantiferon positivo y tomografía de tórax sin lesiones pulmonares. Al control persiste con similar sintomatología y características de la fisura, por lo que se decidió realizar rectoscopia en pabellón con toma de biopsia e inyección de bótox. PCR *Mycobacterium tuberculosis* resultó positiva e inició tratamiento antibiótico con evolución favorable, disminución de la lesión y sintomatología.

Discusión y conclusión: La tuberculosis perianal es un diagnóstico infrecuente y representa un desafío por su amplia variedad de diagnósticos diferenciales. Debe sospecharse frente a una fisura anal persistente que no responde a medidas generales ni tratamiento antibiótico empírico. Una vez hecha la sospecha, el diagnóstico certero requiere análisis bacteriológico e histología característica. Es importante el diagnóstico precoz para evitar complicaciones futuras.

Ante la sospecha de una causa secundaria de fisura anal se debe tener en cuenta el diagnóstico de tuberculosis perianal como causa infrecuente.

Palabras clave: Fisura anal, Histología y Tuberculosis.

Autor/a corresponsal: Khatalina Javiera Muñoz Leiva (khatalina.javiera@gmail.com)

SÍNDROME DE DOEGE-POTTER Y SÍNDROME DE PIERRE MARIE- BAMBERGER EN TUMOR SOLITARIO FIBROSO PLEURAL: REPORTE DE UN CASO.

Patricia Acuña González¹, Felipe Méndez Chamorro¹, Fernando Benavides Alba².

1. Estudiante de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca, Chile.
2. Miembro Titular de la Sociedad de Cirujanos de Chile. Miembro del departamento de Cirugía de tórax de la Sociedad de Cirujanos de Chile.

Introducción: El Tumor Solitario Fibroso Pleural (TSFP) es una neoplasia infrecuente cuya sintomatología puede ir desde estar ausente, abarcar síntomas sistémicos e incluso desarrollar síndromes paraneoplásicos. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de TSFP que desarrolló el síndrome de Dodge-Potter (hipoglicemias recurrentes) y el síndrome de Pierre Marie- Bamberger (osteoartropatía hipertrófica), además de su resolución quirúrgica y la de ambos síndromes.

Presentación de caso: Paciente femenina de 67 años, con antecedentes de hipertensión y depresión controladas. La paciente no consume tabaco, alcohol ni drogas, y no presenta antecedentes familiares de cáncer ni patologías médicas relacionadas con el caso. Consultó por primera vez en 09/2021, con síntomas de disnea, dolor tóraco-abdominal y baja de peso de 15 kg aproximadamente. En TC (tomografía computarizada) torácica se observó masa que ocupaba todo el hemitórax izquierdo, sin adenopatías, identificada inicialmente, a través de biopsia transtorácica, como un sarcoma de Ewing Pnet. Debido al mal pronóstico y supervivencia limitada, se decide realizar manejo conservador. Tras nuevo TC tórax se informa discordancia con la biopsia descrita anteriormente, por lo que se realiza nuevo diagnóstico de lesión compatible con un TSFP, de 23 por 17 por 14 cm, en hemitórax izquierdo, indicándose resección quirúrgica, la que fue rechazada por la paciente. En diciembre de 2022, comenzó a presentar hipoglicemias principalmente nocturnas, con sudoración excesiva y mareos, llegando incluso al compromiso de conciencia. La paciente reconsultó en 01/2023 por la sintomatología de los síndromes paraneoplásicos que presentaba: osteoartropatía hipertrófica hipóxica e hipoglicemias recurrentes. En nueva TC torácica se evidenció gran masa comprimiendo el hemitórax izquierdo, desplazando estructuras mediastínicas hacia lateral. En 03/2023 la paciente presentó una insuficiencia cardio-respiratoria aguda debido a la compresión del tumor. Se decidió realizar tumorectomía, con una lesión de 4.1 kg y 30 por 25 cm.

Discusión y conclusión: Según la literatura, es escaso encontrar un TSFP asociado a síndromes paraneoplásicos. Estos últimos generalmente se presentan cuando el tumor alcanza al menos 7 cm, lo que concuerda con el presente caso. Tanto la hipoglicemia (generada por secreción de un símil del Factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1) como la osteoartropatía hipertrófica (por aumento de Factor de crecimiento endotelial vascular) cesaron con la resolución quirúrgica, lo que se condice con la literatura. Finalmente, es necesaria más evidencia a nivel nacional.

Es necesario considerar síndromes paraneoplásicos al momento de enfrentar un TSFP, sin embargo, la resolución de estos es tan certera como la resección del tumor

Palabras clave: Cirugía de tórax, Hipoglicemia, Síndromes paraneoplásicos, Tumor.

Autor/a corresponsal: Patricia Yanara Andrea Acuña González (patricia.acunna@gmail.com)

METÁSTASIS LINFONODAL CERVICAL DE CARCINOMA BASOCELULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Antonia Gómez Rabello¹, Rodrigo Peña Jorquera¹, Javiera Hernández Montoya¹, Katherin Rojo Miranda¹,
David Coronel Fuentes².

1. Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Cirujano de Cabeza y Cuello, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Introducción: El carcinoma basocelular, un cáncer de piel no melanoma, es el tipo de cáncer de piel más frecuente a nivel mundial. Su localización más habitual es aquella que usualmente está expuesta a la luz solar; a nivel de cabeza y cuello. Sin embargo, pese a ser la más frecuente, su tasa de metástasis es mucho más baja: entre un 0,0028% y 0,5% de los casos.

El objetivo de este trabajo es exponer una complicación improbable, pero no imposible del carcinoma basocelular, junto a su proceso de sospecha, diagnóstico y tratamiento.

Presentación de caso: En la ciudad de Antofagasta, se presentó el caso de un paciente masculino de 63 años, con carcinoma basocelular de gran extensión en región occipital inicialmente extirpado y biopsiado. Por evidencia de compromiso de márgenes profundos se realizó ampliación por parte de cirugía de cabeza y cuello, que requirió perforación de la tabla externa de la calota para manejar el defecto por segunda intención. En control posterior, se pesquió adenopatía a nivel V izquierda de consistencia pétrea de 10 x 11 mm, objetivado por tomografía de emisión de positrones (SUVmax de 6,3). Por lo tanto, se realizó punción de aspiración con aguja fina (PAAF) que confirmó el diagnóstico de metástasis de carcinoma basocelular. Finalmente, se efectuó resección ganglionar izquierda y se decidió en comité oncológico radioterapia adyuvante, la cual completó satisfactoriamente.

Discusión y conclusión: El carcinoma basocelular tiene una gran incidencia a nivel mundial, y es extremadamente frecuente en la zona norte del país, lo cual se debe principalmente a los factores ambientales que incluyen altos índices de radiación ultravioleta y exposición al arsénico. Pese a su alta incidencia regional, no existen otros reportes de casos con metástasis. Por lo tanto, se invita a realizar un catastro epidemiológico, con el fin de reflejar el impacto real de esta condición. Debido a que la ciudad de Antofagasta posee una gran incidencia de carcinoma basocelular, se posiciona como un lugar adecuado para la pesquisa de metástasis a través de una búsqueda activa, aportando a la estadística nacional e internacional. Por último, destacar la importancia de considerar siempre la posibilidad de metástasis, que es rara, pero posible.

Palabras clave: Carcinoma Basocelular, Metástasis de la Neoplasia, Neoplasias Cutáneas, Neoplasias de Cabeza y Cuello.

Autor/a corresponsal: Antonia Gabriela Gómez Rabello (anto.gomez.rabello@gmail.com)

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POR TRAUMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalina Passache Meneses¹, Esteban Orellana Ramírez¹, Daniel Gonzaga Aguilar², Lorena Sánchez Ormazabal².

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile
2. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile.

Introducción: La hernia diafrágica corresponde a la protrusión de contenido abdominal hacia la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se puede clasificar en congénita y adquirida. Estas últimas son infrecuentes y en su mayoría se deben a traumatismos toracoabdominales cerrados o penetrantes. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, pudiendo presentarse como un cuadro asintomático o bien con síntomas cardíacos, respiratorios o gastrointestinales, lo cual dificulta su sospecha y aumenta el riesgo de complicaciones y mortalidad. Para el diagnóstico puede realizarse una radiografía, tomografía computarizada o ecografía de tórax. El objetivo de este trabajo es reportar una lesión potencialmente mortal que puede afectar a los pacientes traumatizados, recalcando la importancia de su sospecha.

Presentación de caso: Paciente masculino de 49 años, sin antecedentes mórbidos, acudió al servicio de urgencias por agresión por terceros con objeto contundente en cráneo, cara y región toracoabdominal. Al examen físico destacaba enfisema subcutáneo en hemitórax izquierdo. Se solicitó TAC toracoabdominal, el cual reportó lesión traumática del diafragma izquierdo con hernia y ascenso del tejido mesentérico hacia cavidad torácica.

Se hospitalizó en servicio de cirugía para posterior resolución quirúrgica por cirujano de tórax. Sin embargo, el paciente evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda requiriendo ventilación mecánica invasiva. Posteriormente presentó estabilidad hemodinámica, por lo que se extubó e ingresó a pabellón para resolución de hernia diafrágica traumática. Se realizó herniorrafia diafrágica izquierda videolaparoscópica. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones.

Discusión y conclusión: La hernia diafrágica traumática se produce por el aumento repentino de la presión abdominal que se transmite al diafragma produciendo desgarros en la cúpula, lo que finalmente provocará una hernia del contenido intraabdominal. Como consecuencia puede producir insuficiencia respiratoria aguda, estrangulación y perforación de vísceras, taponamiento cardíaco, e incluso la muerte. En ello radica la importancia de su sospecha en pacientes con traumatismos toracoabdominales, fenómeno frecuente en nuestro medio. Según la literatura se pueden realizar una radiografía de tórax, TAC de tórax o ecografía para realizar el diagnóstico. No obstante, muchas veces las hernias diafrágicas traumáticas se presentan en pacientes politraumatizados que requieren intervención quirúrgica precoz, realizándose el diagnóstico de manera incidental durante la cirugía. El tratamiento consiste en reanimar al paciente con posterior resolución quirúrgica consistente en el cierre del defecto diafrágico, ya sea vía abdominal o torácica, con sutura no absorbible y, aunque está descrito, el uso de malla sigue siendo discutible.

Palabras clave: Hernia Diafrágica Traumática, Herniorrafia, Traumatismos torácicos.

Autor/a corresponsal: Esteban Orellana Ramírez (catalina.passache@alumnos.ucn.cl)

COLELITIASIS EN EL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Vera Muñoz¹, Florencia Navias García¹, Francisca Toro Irribarra¹, Juan Navarro Rojas¹, David Schnettler Rodríguez².

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile
2. Médico cirujano, Cirujano pediatra, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile

Introducción: La colelitiasis en pediatría fue descrita históricamente como infrecuente, con una frecuencia de 0,13 a 2% según las series, siendo aún menor en lactantes, sin embargo, ha aumentado su detección gracias al desarrollo de la ultrasonografía (US), mayor índice de sospecha, identificación de factores de riesgo y mayor supervivencia en patologías predisponentes a colelitiasis. A continuación, se presenta el caso de un lactante con diagnóstico de colelitiasis de resolución quirúrgica.

Presentación de caso: Paciente de seis meses, sin antecedentes perinatales, quirúrgicos ni hospitalizaciones, alimentación con fórmula. Inició cuadro al mes de vida de irritabilidad persistente, sin vómitos, ictericia ni alteraciones gastrointestinales. A los dos meses se realizaron exámenes de laboratorio los cuales resultaron normales y US evidenciándose cálculo de 4,4 por 2,2 milímetros de diámetro. Dada la edad se decidió conducta expectante, sin embargo, por persistencia de clínica se realizó una segunda US destacando vesícula distendida y la presencia de dos imágenes ecogénicas sin malformaciones de vías biliares asociadas. Tras descartar hemólisis, ausencia de contexto orgánico y sintomatología presente, se decidió realizar colecistectomía por vía laparoscópica, evolucionando sin incidentes.

Discusión y conclusión: La etiología es predominantemente idiopática en el 60% y puede identificarse hemólisis en el 10%. La clínica suele ser asintomática en el 50-80% de los casos, y si están presentes se caracterizan por dolor abdominal, ictericia y vómitos, síntomas inespecíficos que pueden interpretarse como alergia a la proteína de leche de vaca y reflujo gastroesofágico. El diagnóstico confirmatorio es ecográfico, en donde los cálculos se verán como una imagen hiperecogénica con sombra posterior, siendo este último el signo que lo diferencia de barro biliar, ya que este no presenta sombra posterior. Respecto al manejo, existe consenso en la indicación de seguimiento en pacientes asintomáticos para evaluar de forma periódica algún cambio en el patrón de síntomas o persistencia del cálculo biliar, esto debido a que se describe resolución espontánea antes de los seis meses en la mayoría de los casos, reservando la resolución quirúrgica para aquellos pacientes sintomáticos, siendo de elección la colecistectomía laparoscópica.

Cabe destacar la escasa literatura referente, pese al aumento del diagnóstico de colelitiasis en edad pediátrica, por lo que se podría pensar en una revisión a futuro que incluya series de casos en nuestra población pediátrica.

Palabras clave: Colecistectomía, Colelitiasis, Lactante.

Autor/a corresponsal: Florencia Paz Navias García (camila.vera@alu.ucm.cl)

TUBERCULOSIS MILIAR CON AFECTACIÓN PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO: REPORTE DE CASO.

Esteban Orellana Ramírez¹, Catalina Passache Meneses¹, Daniel Gonzaga Aguilar², Javier López Sebastián².

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.
2. Médico cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile.

Introducción: La tuberculosis (TBC) miliar es una forma grave e infrecuente de tuberculosis que ocurre cuando *Mycobacterium tuberculosis* se propaga a través del torrente sanguíneo, afectando múltiples órganos y tejidos del cuerpo. Cuando compromete al peritoneo puede manifestarse como síntomas inespecíficos: dolor abdominal, fiebre, fatiga, baja de peso y ascitis. En caso de sospecha, se puede apoyar el diagnóstico mediante estudio imagenológico. El objetivo de este reporte es evidenciar un caso de TBC peritoneal como diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo.

Presentación de caso: Hombre de 50 años con antecedentes de alcoholismo crónico, consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, mayor en fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas, vómitos y deposiciones semilíquidas. Al examen físico destacaba abdomen globoso, poco depresible con ruidos hidroaéreos presentes sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Se solicitó una tomografía computarizada (TAC) de abdomen que informó ascitis moderada y engrosamiento de aspecto nodular a nivel del omento mayor con aspecto de infiltración peritoneal. Ingresó al Servicio de Cirugía bajo sospecha de carcinomatosis peritoneal. Se revaluó imagen de ingreso por equipo de radiología, quienes describieron signo de capullo de gusano, sugerente de TBC peritoneal. Se realizó laparoscopia exploradora encontrándose gran invasión del peritoneo parietal, se tomó muestra de tejido para cultivo microbiológico y PCR MTB, el cual resultó positivo para TBC peritoneal.

Discusión y conclusión: La TBC peritoneal es una entidad infrecuente difícil de sospechar que puede ser mortal si no se diagnostica. Se manifiesta principalmente como dolor abdominal, fiebre y ascitis pudiendo ser confundido con un cuadro de abdomen agudo. Los exámenes imagenológicos permiten una aproximación diagnóstica, siendo el TAC el examen de elección que mostrará ascitis, engrosamiento peritoneal nodular y adenopatías. Los diagnósticos diferenciales incluyen otras formas de peritonitis, carcinomatosis peritoneal, mesotelioma maligno y linfoma primario del peritoneo.

Ante una imagen sugerente debe realizarse una laparoscopia con toma del tejido comprometido para un estudio histopatológico y microbiológico que evidencia la presencia del bacilo tuberculoso, así se descartan los diagnósticos diferenciales antes mencionados permitiendo brindar un tratamiento óptimo al paciente con fármacos antituberculosos.

Palabras clave: Dolor abdominal, *Mycobacterium tuberculosis*, Tuberculosis Miliar.

Autor/a corresponsal: Catalina Passache Meneses (esteban.orellana@alumnos.ucn.cl)

SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. REPORTE DE CASO.

Bárbara Mansilla Vergara¹, Francisca Muñoz Castro¹, Ignacio Delgado Jerez¹, Jonatan Perez Coliñanco¹, Luis Arratia Torres², Matías Palma Torres².

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Cirujano General, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Servicio de Cirugía, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: El ligamento arcuato medio es un arco fibroso que conecta ambos pilares del diafragma a nivel del hiato aórtico, anterior a la aorta normalmente por encima del tronco celíaco. Entre un 10 a 24% de pacientes tiene una inserción más baja del diafragma. Sin embargo, solo un pequeño grupo presentará síntomas de compresión como dolor epigástrico, náuseas/vómitos, baja de peso y dolor postprandial o inducido por ejercicio. El diagnóstico es de descarte y estudio imagenológico, y requiere de alto índice de sospecha. El objetivo es dar a conocer una entidad poco frecuente, resaltando la variabilidad anatómica en los pacientes y la importancia de considerarla en el diagnóstico diferencial de síntomas gastrointestinales inespecíficos.

Presentación de caso: Femenina, 46 años. Con antecedente de dolor abdominal de larga data, con descarte de otras causas, se realizó una tomografía computada (TAC) con imagen sugerente de compresión del tronco celíaco (TC). Se complementó estudio con Angiografía por TAC en espiración e inspiración observándose compresión dinámica del TC por ligamento arcuato en inspiración. Se realizó cirugía con resección de pilares hasta TC liberando ligamento arcuato en su totalidad, con liberación de pilares desde pared lateral de aorta, cirugía realizada con éxito. Evolucionó en buenas condiciones generales, con notable disminución del dolor.

Discusión y conclusión: El síndrome de ligamento arcuato medio (SLAM) es una entidad infrecuente. Tiene predominio en sexo femenino entre 30-50 años. La incidencia real es subestimada por poco conocimiento de esta patología y sintomatología variada.

Un punto a discutir es la presencia de compresión en pacientes asintomáticos, siendo un hallazgo radiológico entre un 2 a 8,2% de la población, generando controversia respecto a la fisiopatología real, sin embargo, existen teorías que se basan en la existencia de circulación colateral desde la arteria mesentérica superior que explicaría este fenómeno.

El tratamiento consiste en cirugía abierta o laparoscópica, con una tasa de mejoría clínica variable. Queda a debate qué hallazgos se correlacionan con mejoría significativa de los síntomas.

El SLAM representa un desafío diagnóstico que requiere una mayor conciencia entre los médicos para garantizar un manejo adecuado de los pacientes con síntomas abdominales crónicos.

Palabras clave: Dolor abdominal, Dolor crónico, Síndrome del Ligamento Arcuato Medio.

Autor/a corresponsal: Bárbara Fernanda Mansilla Vergara (b.mansilla02@ufromail.cl)

MIXOMA VENTRICULAR EN ADOLESCENTE.

Rebeca Uribe Peredo¹, Camila Alejandra Vera Muñoz¹, Sabrina Belén Zúñiga Ortiz¹, Karla Tobar Lefio¹,
Hernaldo Veloz Salinas².

1. Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, CR de Cardiología y Cardiocirugía, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: El mixoma es un tumor cardíaco (TC) primario benigno, generalmente único y localizado mayoritariamente en la aurícula adherido al septum interauricular, siendo ventricular en un 2% de los casos aproximadamente. Predomina en mujeres entre los treinta y sesenta años, siendo baja su incidencia en población adolescente. La presentación clínica puede variar desde palpitaciones hasta manifestaciones más graves como insuficiencia cardíaca o incluso eventos embólicos. A continuación, se presenta el caso de un mixoma ventricular en un paciente adolescente, resaltando la necesidad de sospecha de patología intracardiaca ante alteraciones neurológicas, con el objetivo de considerar el mixoma cardíaco como un posible diagnóstico, incluso en pacientes jóvenes, pudiendo así otorgar un manejo óptimo y oportuno.

Presentación de caso: Paciente femenina de 15 años, previamente sana, presenta síntomas neurológicos agudos, incluyendo compromiso de conciencia, hemiparesia derecha y disartria, por lo que consultó en el servicio de urgencias. A su ingreso, paciente vigil, inatenta, cooperadora, lenguaje disártrico, afásico comprensivo, ligera paresia facial central derecha y piramidalismo derecho agudo. Se realizaron estudios paraclínicos destacando pérdida de diferenciación de interfaz gris blanca a nivel de polo temporal y ganglios de la base izquierda en TAC de Cerebro, por lo que se diagnostica accidente cerebrovascular isquémico. En búsqueda de etiología se realizó ecocardiograma transtorácico que informó masa homogénea, móvil, no infiltrativa de bordes definidos de 5.6 cm² en ventrículo izquierdo, con pedículo adherido a septum ventricular, compatible con mixoma. Se realizó cirugía con exéresis de mixoma ventricular mediante esternotomía, sin incidentes. Diagnóstico confirmado histopatológicamente. Al alta, continuó tratamiento sintomático postquirúrgico y neurorrehabilitación con evolución favorable respecto a déficit motor y afasia presentada al ingreso. En control post operatorio con cardiología, paciente sin síntomas de insuficiencia cardíaca y ecocardiograma transtorácico dentro de parámetros normales, por ende, se decidió seguimiento anual por especialidad.

Discusión y conclusión: Los TC primarios son infrecuentes, y si bien, puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, en adolescentes dificulta aún más la sospecha. Los síntomas de los mixomas varían dependiendo de la localización, el tamaño y las complicaciones como embolización de arterias cerebrales y de extremidades inferiores más frecuentemente. Por esta razón, entre los estudios que se solicitan es fundamental realizar una evaluación integral que incluya ecocardiograma para descartar etiología cardioembólica en pacientes jóvenes con síntomas neurológicos inexplicados. El manejo del mixoma es quirúrgico y dado lo infrecuente de los tumores ventriculares requiere confirmación histopatológica y descartar otras causas más comunes, generalmente malignas.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, Mixoma, Neoplasias Cardíacas

Autor/a corresponsal: Rebeca José Uribe Peredo (rebecauribep@gmail.com)

INCIDENTALOMA EN ESTUDIO DE HIPOGLICEMIA EN ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO DE DOEGE-POTTER.

Alejandro Pérez Grandón¹, Patricio Madrid Cáceres¹, Bastián Ruiz Matamala², Juan Romero Vera², Roberto González Lagos³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
3. Cirujano cardiovascular, Clínica Andes Salud, Concepción, Chile.

Introducción: El síndrome Doege-Potter (SDP) es un síndrome paraneoplásico infrecuente, consiste en hipoglicemias sintomáticas asociadas a tumores fibrosos solitarios pleurales (TFSP), aunque se han descrito con relación a otras estructuras (órbita, nasofaringe, mama, peritoneo, retroperitoneo). Nuestro objetivo es mostrar un diagnóstico diferencial de hipoglicemias sintomáticas recurrentes, en ausencia de diabetes mellitus, uso de hipoglicemiantes orales u otras endocrinopatías.

Presentación de caso: Presentamos a una mujer de 78 años, con antecedente de cáncer gástrico operado hace 30 años, que consulta reiteradamente en los servicios de urgencias por astenia, adinamia y baja de 8 kilogramos de peso durante, aproximadamente, dos meses. En última consulta con hipoglicemia de 40 mg/dL, se administró 6 gramos de glucosa previa derivación a Hospital Regional de Concepción, presentándose con glicemia 110 mg/dL; se inició infusión continua de solución glucosada 10%. Reevaluación una hora post suspensión, se comprueba recurrencia de hipoglicemia hasta 27 mg/dL. Se realiza una prueba de ayuno que confirmó una hipoglicemia no mediada por acción insulínica, además se descartan otras endocrinopatías. Radiografía de tórax y tomografía toraco-abdominal se evidencia tumor pleural basal derecho, sospechándose TFSP y SDP. Evaluada por el equipo de Cirugía Torácica del mismo centro, indicándose resección quirúrgica.

Al ingreso en buenas condiciones, hemodinámicamente estable, sin apremio respiratorio, orientada temporoespacialmente. Al examen físico murmullo pulmonar disminuido a las bases. Glicemia de ingreso de 108 mg/dL, pero requirió infusión continua de solución glucosada para mantener glicemias entre 150-200 mg/dL. Se realiza resección de tumor por abordaje por toracotomía derecha; tumor encapsulado con pedículo en pleura visceral, tamaño 26,0 x 18,5 x 9,5 cm, peso 1.881 g. Histopatología mostró tumor fusocelular con esclerosis, atipia leve, necrosis focal y hasta una mitosis por campo, confirmando un TFSP.

En post operatorio con evolución favorable, normoglicémica, con requerimientos de glucosa a la disminución hasta la suspensión. Peso al alta de 36 kg.

En control ambulatorio 2 meses posterior al alta, paciente asintomática, sin hipoglicemias, pesando 42 kg (con ropa y zapatos), murmullo pulmonar presente, simétrico. Se define seguimiento anual por especialista de nuestro centro con radiografía de tórax.

Discusión y conclusión: Los TFSP son tumores primarios localizados, fundamentalmente benignos, crecimiento lento y oligosintomáticos, usualmente de gran tamaño, siendo la hipoglicemia una manifestación infrecuente. La resección quirúrgica se asocia a mayor sobrevida y normalización de glicemias.

Palabras clave: Cirugía, Hipoglucemia, Tumor fibroso solitario pleural

Autor/a corresponsal: Alejandro Ignacio Pérez Grandón (flatale98@gmail.com)

MÚLTIPLES MIXOMAS CARDIACOS SINCRÓNICOS POR COMPLEJO DE CARNEY, CASO CLÍNICO.

Patricio Madrid Cáceres¹, Alejandro Pérez Grandón¹, Juan Romero Vera², Bastián Ruiz Matamala², Roberto González Lagos³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
3. Cirujano cardiovascular, Clínica Andes Salud, Concepción, Chile.

Introducción: El Complejo de Carney (CC) se caracteriza por aparición de mixomas, hiperpigmentación cutánea e hiperactividad endocrina. Presenta una herencia autosómica dominante (70%) o de novo en 30% de los casos. Es infrecuente, con aproximadamente 750 casos descritos en la literatura mundial. El objetivo es describir un caso de CC que debuta con mixomas auriculares múltiples y así sensibilizar el índice de sospecha diagnóstico en los equipos de salud.

Presentación de caso: Mujer de 36 años sin antecedentes, consultó en hospital de origen por paraparesia de extremidades inferiores y disminución de agudeza visual. Neuroimágenes demostraron accidente cerebrovascular multiterritorial isquémico de probable origen embólico, por lo que se ingresó para tratamiento trombolítico y estudio de fuente embólica, tras lo cual evolucionó con recuperación neurológica progresiva, sin secuelas evidentes.

Ecocardiografía transtorácica evidenció una masa auricular pediculada heterogénea de 50x30x26 mm en techo de aurícula izquierda sugerente de mixoma auricular. Se complementó con estudio reumatológico, ginecológico y marcadores tumorales, sin hallazgos relevantes.

Fue derivada al Hospital Regional de Concepción para resolución quirúrgica. Se realizó esternotomía media y abordaje transeptal. Se encontraron tres lesiones tumorales independientemente implantadas en el techo de la aurícula izquierda de aproximadamente 50x30 mm, 10x10 mm y 5x5 mm las cuales fueron resecadas, sin evidencia de lesiones adicionales. Paciente evolucionó favorablemente en postoperatorio con biopsia que informó 3 mixomas auriculares con pedículo propio.

Dado hallazgos se sospechó un CC ante lo cual se constató la presencia de lentigos y nevos azules múltiples en cara, extremidades, abdomen y mucosa genital. Su padre, hermana y sus dos hijos presentaban lentigos y nevos azules. Ingresó a estudio en la unidad de genética por cumplir criterios diagnósticos clínicos. Al control, paciente sin nuevas complicaciones embólicas, asintomática.

Discusión y conclusión: Se presentó un caso con triple mixoma auricular sincrónico, lo que hizo sospechar un CC. Este síndrome se caracteriza por un alto riesgo de recurrencia del mixoma cardíaco (12-22%), siendo la principal causa de morbilidad en este síndrome. Resulta fundamental una adecuada anamnesis y examen físico para la sospecha y diagnóstico clínico precoz de estos pacientes.

Palabras clave: Complejo de Carney, Mixoma, Neoplasias cardíacas

Autor/a corresponsal: Patricio Nicolás Madrid Cáceres (pmadrid14@gmail.com)

TAULINOPLASTIA: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE PECTUS EXCAVATUM CON SISTEMA PECTUS UP, CASO CLÍNICO.

Patricio Madrid Cáceres¹, Alejandro Pérez Grandón¹, Bastián Ruiz Matamala², Juan Romero Vera², Roberto González Lagos³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile
3. Cirujano cardiovascular, Clínica Andes Salud, Concepción, Chile.

Introducción: El Pectus Excavatum (PE) es la deformidad congénita más común de la cavidad torácica, caracterizada por una depresión cóncava del esternón, que causa trastornos tanto orgánicos como emocionales. Para definir severidad e indicación quirúrgica es ampliamente utilizado el índice de Haller (IH), considerándose un puntaje $>3,25$ PE severo y de resolución quirúrgica. Desde 1998 han surgido técnicas mínimamente invasivas para su resolución quirúrgica, siendo la más reciente y revolucionaria el sistema de tracción externa pectusUp (PU), la cual consiste en elevación esternal con tracción de una placa subcutánea. El objetivo es describir la resolución quirúrgica y evolución de un paciente con PE con PU en un hospital regional de Chile.

Presentación de caso: Paciente de 17 años con antecedente de Colectomía total por Enfermedad de Hirschsprung y Amigdalectomía total por Hiperplasia de amígdalas, en seguimiento desde los 10 años por PE severo (IH = 3,79) con dolor torácico en relación con actividad física y gran repercusión en autoestima, rendimiento académico y trastorno de ansiedad generalizada secundario a éste, por lo que se indicó resolución quirúrgica, ofreciéndose realizar con sistema PU. Mediante incisión en línea media de 4 cm y disección hasta plano pre-esternal, se instaló sistema PU, con el cual se logró elevación esternal completa. Evolucionó sin complicaciones postoperatorias, con dolor moderado en zona de incisión manejado con analgesia oral. En controles postoperatorios de seguimiento se observó notable mejoría en ánimo y autopercepción de imagen corporal, además de mayor rendimiento académico reflejado en sus calificaciones.

Discusión y conclusión: El sistema PU ofrece una resolución quirúrgica rápida y mínimamente invasiva con un corto periodo de convalecencia, sin complicaciones graves documentadas hasta la fecha y con gran potencial de masificación a otros centros de salud. A diferencia de las técnicas actuales, no requiere ingresar a la caja torácica, lo que minimiza el riesgo de daño a órganos intratorácicos. Presentamos un caso de PE resuelto quirúrgicamente con resultados favorables y alta satisfacción postoperatoria.

Palabras clave: Anomalías musculoesqueléticas, Pectus excavatum, Procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos

Autor/a corresponsal: Patricio Nicolás Madrid Cáceres (pmadrid14@gmail.com)

HEMATOMA SUBMUCOSO ESOFÁGICO EXTENSO SECUNDARIO A SÍNDROME DE MALLORY-WEISS.

Fernanda Cabezón Campos¹, Fiorella Perazzo Tornería¹, Vicente Núñez Galleguillos¹, Javier Bascuñán Esnaola¹, Sebastián Quidel Kehr².

1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
2. Médico Cirujano, especialista en Cirugía, Servicio de Cirugía, Hospital Biprovincial Quillota Petorca, Quillota, Chile.

Introducción: El síndrome de Mallory-Weiss (SMW) es una laceración mucosa alrededor de la unión gastroesofágica (UGE). Se estima que esta patología corresponde al 5-15% de todos los casos de hemorragia gastrointestinal no varicosa. El hematoma submucoso esofágico (HSE) es una patología infrecuente que puede presentar clínica de dolor torácico agudo, disfagia, odinofagia y/o hematemesis. La asociación del SMW con el HSE no está definida por la evidencia; sin embargo, la afectación distal es la más frecuente (83% de los casos), seguida por la sección media (68%), y, finalmente, la porción proximal (27%).

Este caso tiene por objetivo presentar una complicación rara de una patología poco frecuente.

Presentación de caso: Paciente femenina de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, que consultó por cuadro de una hora de evolución de dolor opresivo epigástrico irradiado a tórax, asociado a náuseas y hematemesis. Exámenes de laboratorio sin falla renal, pruebas de coagulación normal, anemia leve, parámetros inflamatorios apagados. Escáner informó extenso contenido hemático a nivel de esófago y estómago, con engrosamiento parietal a nivel de la UGE. Se volémizó e indicó omeprazol y ácido tranexámico. Se realizó endoscopia digestiva alta (EDA) 23/08/23 que evidenció hematoma disecante esofágico, mucosa esofágica con afectación en, al menos, el 40% de la circunferencia, extendiéndose longitudinalmente por el esófago torácico y abdominal, incluso por debajo de la UGE, con lesión subcardial de afectación mucosa. Se tomó biopsia que informó fragmentos de mucosa gástrica, hemorragia extensa del corion, infiltrado inflamatorio mononuclear y polimorfonuclear moderado a acentuado. Sin elementos de malignidad en lo examinado. Paciente no cursó con hematemesis, alteraciones bioquímicas ni quiebre clínico; sólo evolucionó con anemia moderada y se evidenció sangrado activo subcardial, que fue tratado con escleroterapia en EDA posterior.

Se realizó EDA 29/08/2023 que informó hematoma submucoso esofágico con signos de reabsorción y en etapa de organización. No tuvo indicación de prótesis esofágica.

Discusión y conclusión: El HSE es una condición infrecuente y generalmente tiene un factor precipitante, como los cambios de presión intraesofágica, trauma, instrumentalización, entre otros. Es una complicación poco común del SMW, y el compromiso hemodinámico no es frecuente en esta patología; sin embargo, se debe mantener un vigilancia estricta y sospecha clínica para optimizar el manejo de posibles complicaciones como ruptura u obstrucción esofágica. La evidencia científica respecto a la asociación de estas entidades es muy limitada, por lo tanto, el estudio y manejo de estos pacientes se remite a los hallazgos clínicos e imagenológicos en cada caso.

Palabras clave: Hematoma - Hemorragia Gastrointestinal - Síndrome de Mallory-Weiss

Autor/a corresponsal: Fernanda Isabel Cabezón Campos (fernanda.cabazon@alumnos.uv.cl)

PACIENTE QUEMADO EN REGIÓN GENITAL. MANEJO INICIAL Y CONSIDERACIONES ESPECIALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marcelo De la Fuente Arcos¹, Alejandro Aravena Jara¹, Juan Delgado Cabezas¹, Marco Grandón Solís¹, Natalia Leiva Costa².

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Cirujano, Especialista en Cirugía General, Hospital Regional de Concepción.

Introducción: Las quemaduras en la región genital son poco frecuentes, y por lo general superficiales. Sin embargo, corresponden a una ubicación especial dadas las potenciales secuelas que pueden presentar, tanto desde el ámbito estético como funcional. Es por esto que es importante para el médico general conocer las medidas de manejo inicial, para prevenir o aminorar las consecuencias asociadas a esta injuria y derivar no solo de forma precoz, sino también en las condiciones adecuadas, contribuyendo así a la evolución favorable del paciente.

Presentación de caso: Paciente masculino de 33 años, sin enfermedades crónicas conocidas ni antecedentes quirúrgicos, quien en noviembre de 2023 sufrió quemadura eléctrica en poste de tendido eléctrico, quedando colgado de pierna por 2 horas hasta ser rescatado. Ingresó con diagnóstico de gran quemado, con compromiso del 28% de la superficie corporal total (SCT), destacando profunda necrosis de piel de pene y escroto, por lo que se instaló cistostomía. En los exámenes de laboratorio iniciales destacaron la elevación de la creatina quinasa total y el potasio plasmático en el límite superior, y el electrocardiograma de entrada se encontró sin hallazgos patológicos. Se hospitalizó en servicio de cirugía, iniciándose manejo antibiótico e hidratación endovenosa, y se realizó escarectomía a los 4 días de ingreso. Durante hospitalización evolucionó con falla renal aguda por rhabdmiolisis, resuelta con manejo médico. En relación a la quemadura genital, se realizaron curaciones avanzadas de pene y escroto, resección de cuerpo cavernoso derecho, colgajo de avance abdominal con injerto en región genital y plicatura de pene. Con evolución favorable, se dio de alta en enero de 2024. En controles de febrero del 2024 refirió buena funcionalidad, con capacidad de erección y eyaculación sin mayores complicaciones.

Discusión y conclusión: El manejo inicial, la derivación precoz en las condiciones adecuadas, la escarectomía en el tiempo correcto y las curaciones avanzadas son fundamentales para la evolución favorable del paciente gran quemado en la región genital. Incluso en condiciones en donde el pronóstico inicial pueda ser desfavorable, manejar situaciones como la falla renal aguda y evitar infecciones pueden permitir la realización de un manejo quirúrgico en los tiempos adecuados y con mejores resultados.

Palabras clave: Genital, Quemaduras, Quemaduras por electricidad.

Autor/a corresponsal: Marcelo Joaquín De la Fuente Arcos (m.delafuentearcos@hotmail.com)

QUILORRAGIA POR FÍSTULA DEL CONDUCTO TORÁCICO: TRATAMIENTO CONSERVADOR MIXTO Y QUIRÚRGICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Felipe Olivares Ulloa¹, Maria Elisa Olivares Leal¹, Javier Muñoz Collipal¹, Rosita Gutiérrez Vega¹, Julián Figueroa Navarro².

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
2. Cirujano General, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Introducción: La fístula del conducto torácico es una complicación rara en los pacientes sometidos a cirugías de cabeza y cuello, presentándose en el 1-2.5% de estos procedimientos. Se manifiesta mediante la presencia de líquido de aspecto “lechoso” en el drenaje de la herida quirúrgica. Su manejo puede ser conservador o invasivo. El objetivo del presente caso es evidenciar la importancia clínica de las variaciones anatómicas del conducto torácico y cómo éstas pueden evolucionar a una potencial complicación postoperatoria si no se tienen en consideración, como lo es en contexto de una cirugía de cabeza y cuello frecuente de realizar.

Presentación de caso: Varón de 62 años, hipertenso, tabáquico, con diagnóstico de carcinoma espinocelular del labio inferior con metástasis regionales. Se realiza biopsia que informa carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado queratinizante e infiltrante de 5,5 x 2,3 cm. asociado a grandes masas ganglionares en región submentoniana, regiones submandibulares y niveles ganglionares cervicales II, III y IV.

En pabellón se realiza resección con márgenes negativos + colgajo Karapandzic + disección radical I-IV bilateral. En primeros días post operatorios evoluciona con aumento del débito de drenajes en región cervical izquierda, de aspecto lechoso y de aproximadamente 3000 cc diarios. Se inició manejo con régimen cero, aporte enteral Survimed y octreotide 3 veces al día, sin respuesta, por lo que se realizó intervención invasiva mediante la embolización del conducto torácico.

Discusión y conclusión: El conducto torácico presenta gran variabilidad anatómica, lo que lo hace susceptible a lesiones iatrogénicas, como la fístula quilosa, más frecuente en disecciones cervicales del lado izquierdo (75%) que involucran niveles ganglionares bajos (IV, V y VI).

En el caso presentado el diagnóstico postoperatorio de la lesión del conducto torácico se sospechó cuando el color del líquido del drenaje cervical se volvió lechoso, con débitos al alza mayores a 1000 cc.

El tratamiento se inicia con el método conservador: reposo digestivo, uso de nutrición parenteral total (NPT) y octreotide. En caso de que persistan fístulas de alto flujo (> 1.000 ml/24 h) se debe realizar manejo invasivo como la embolización percutánea del conducto torácico, todos estos pasos que se siguieron en el caso presentado.

Palabras clave: Chylerrhage, Fistula, Neck Dissection, Thoracic Duct.

Autor/a corresponsal: Felipe Olivares (f.olivares05@ufromail.cl)

VESÍCULA BILIAR DUPLICADA CON CONDUCTOS CÍSTICOS INDEPENDIENTES ASOCIADO A TUMOR VESICULAR, UN RARO HALLAZGO QUIRÚRGICO.

Luz Jara Cocío¹, Javiera Salvo Gajardo¹, Isrradin Fuchslocher Montero², León Jara Cocío³, Leandro José Contreras⁴, Carlos Hernández Godoy⁴.

1. Interna de Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco, Temuco, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco, Temuco, Chile.
3. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián Sede Valdivia, Valdivia, Chile.
4. Médico Cirujano, especialista en Cirugía General, Servicio de Medicina, Hospital Abraham Godoy Peña, Lautaro, Chile.

Introducción: La vesícula biliar doble (VBD) y más aún la vía biliar duplicada es una patología muy poco prevalente, usualmente esta se clasifica en 3 tipos anatómicos descritos por Boyden. Presentamos un caso que no cumple con ninguno de los tres tipos descritos lo cual lo hace excepcional dentro de la excepcionalidad.

Presentación de caso: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, policonsultante por dolor abdominal difuso de un año de evolución, al examen físico destaca abdomen globoso, blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada con murphy positivo. Al laboratorio destaca elevación de transaminasas, resto dentro de rangos. Ecotomografía abdominal evidenció vesícula biliar moderadamente distendida, de pared fina, con múltiples pequeños cálculos en su interior. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal en segmentos visibles, diagnosticando colelitiasis. Ingresa para resolución quirúrgica diferida con colecistectomía laparoscópica. Durante procedimiento se evidencia VBD con dos conductos císticos que desembocan de manera independiente en conducto hepático común (CHC), un cálculo impactado en bacinete de vesícula proximal y un tumor ovalado blando de paredes lisas de 3x3 cm en cara lateral interna de vesícula distal. Se convirtió a cirugía abierta, con ectomía directa, control de arteria cística con clips y cierre en dos planos de ambos bacinetes vesiculares. Se realizó colangiografía intraoperatoria a través del conducto cístico proximal visualizando vía biliar intrahepática hacia el duodeno sin cálculos. La pieza quirúrgica extraída fue enviada a biopsia, que informó linfadenitis crónica inespecífica (ganglio cístico) y, fragmento nodular pseudoquistico con pared de tipo biliar y focos de calcificación de tipo distrófica, sin evidencias de neoplasia maligna. Sugiriendo como diagnósticos diferenciales quiste simple de tipo biliar versus adenomiomatosis vesicular focal. En posoperatorio se realizó colangioresonancia que confirmó los hallazgos mencionados.

Discusión y conclusión: La VBD es una anomalía congénita muy infrecuente que de acuerdo a la clasificación de Boyden existen 3 tipos de variaciones anatómicas: vesícula biliar (VB) bilobulada con un conducto cístico, duplicación vesicular con conductos císticos separados que se fusionan para desembocar en CHC y VB separadas con conductos císticos independientes que desembocan en CHC por separado. Sin embargo, este caso no cumple con ninguna de estas variaciones, ya que corresponde a una vesícula bilobulada con dos conductos císticos independientes, además de asociarse a un tumor no neoplásico que de acuerdo a la biopsia impresiona ser un quiste simple de tipo biliar versus adenomiomatosis vesicular focal, categorizando este caso como una malformación mucho más infrecuente.

Palabras clave: Anomalías del Sistema Digestivo, Vesícula Biliar, Colelitiasis.

Autor/a corresponsal: Isrradin Eliseo Fuchslocher Montero (luzmargaritajc@gmail.com)

CASO CLÍNICO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE APENDICITIS AGUDA POR ENTEROBIUS VERMICULARIS.

Juan Torres Sanhueza¹, Ricardo Cárcamo Rivera¹, Joaquín Cortés Flández¹, Felipe Valenzuela¹, Pablo San Martín Ferrada².

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

Introducción: Enterobius Vermicularis, parásito Helminto del tipo nematodo, causa Oxuriasis Humana, principal infección parasitaria del tracto gastrointestinal, con 28 por ciento de incidencia mundial en niños. Transmitida por ingesta oral o inhalación. Predominantemente asintomático, con prurito anal como síntoma mas frecuente. Causa complicaciones como absceso abdominal, apendicitis, entre otras. Estudio de JAMA Surgery 2015 muestra más del 7 por ciento de apendicectomías relacionadas. En el Hospital Hernán Henríquez Aravena es el 1,53 por ciento. El objetivo de este caso es presentar un diagnóstico diferencial que en nuestro contexto debemos tener presente en cuadros de dolor abdominal con epidemiología regional.

Presentación de caso: Adolescente de 18 años, sin antecedentes mórbidos, presenta dolor abdominal súbito en epigastrio de un día de evolución, migrando a fosa iliaca derecha, con náuseas y vómitos. Examen físico revela sensibilidad en fosa iliaca derecha, taquicardia y fiebre subfebril. Pruebas de laboratorio muestran leucocitosis de 13.500 con predominio de neutrofilos, sin eosinofilia y PCR elevada de 20. Ecografía confirma apéndice engrosado con contenido ecogénico endoluminal, mesoapéndice edematoso, y un diámetro de 9,5 milímetros, diagnosticando apendicitis aguda.

Se lleva a cabo cirugía de urgencia con técnica laparoscópica sin incidentes.

Al control postoperatorio ambulatorio con resultado anatomopatológico que destaca apendicitis aguda gangrenosa con oxiuriasis apendicular. Pacientes en buenas condiciones generales, sin dolor, y buena tolerancia oral; alta quirúrgica.

Discusión y conclusión: La oxiuriasis es predominantemente asintomática, presenta una clínica con cuadros de prurito anal nocturno, cólicos, nauseas, vómitos, baja de peso, entre otros; La presentación aguda del cuadro clínico asociado a la complicación de apendicitis aguda, es similar al cuadro típico, con dolor en fosa iliaca derecha tipo cólico acompañado de síntomas sistémicos, lo cual se ve en el caso descrito. Se recomienda el uso de tomografía computada. No obstante, no precisa la etiología parasitaria, siendo el diagnóstico definitivo anatomopatológico.

La cirugía, laparoscópica o abierta, es el tratamiento principal. Posteriormente, se recomienda tratar la parasitosis con mebendazol, pamoato de pirantel o albendazol, junto con medidas de prevención de reinfección, como higiene personal rigurosa. La apendicitis asociada a parasitosis, aunque rara, debe considerarse en áreas endémicas.

Palabras clave: Apendicitis; Enterobius vermicularis; Oxiuriasis

Autor/a corresponsal: Juan Erasmo Torres Sanhueza (j.torres22@ufromail.cl)

MANEJO ENDOSCÓPICO DEL PACIENTE CON ESTENOSIS ESOFÁGICA SEVERA NO MALIGNA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marcelo De la Fuente Arcos¹, Alejandro Aravena Jara¹, Juan Delgado Cabezas¹, Marco Grandón Solís¹, Juan Acuña Contreras².

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Cirujano general, Hospital Clínico del Sur, Concepción, Chile.

Introducción: La estenosis esofágica corresponde al estrechamiento del lumen del esófago, resultante de la inflamación y cicatrización cíclica de este, principalmente en contexto de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), y se caracteriza por la intensificación de los síntomas de ésta y/o aparición de otros: disfagia, sensación de plenitud, pseudo-regurgitación y baja de peso. La importancia de reconocer y sospechar este cuadro permite un tratamiento precoz y disminuir las comorbilidades asociadas.

Presentación de caso: Mujer 83 años con anemia crónica, sin otros antecedentes mórbidos ni quirúrgicos de relevancia, quien consultó por historia de reflujo severo progresivo asociado a sensación de saciedad precoz, acentuada durante las últimas semanas. Se realizó inicialmente una endoscopia digestiva alta (EDA) que informó Estenosis péptica esofágica severa a 28 centímetros de la arcada dentaria, además de Esofagitis crónica moderada activa, por lo que se indicó dilatación esofágica, sin embargo, paciente abandonó atenciones. Un año después reingresó por empeoramiento clínico severo, con tolerancia mínima a líquidos, en mal estado general y deshidratada, por lo que se hospitalizó para manejo de desnutrición.

Se indicó papilla hiperproteica, omeprazol en altas dosis y dilataciones endoscópicas en 2 ocasiones, separadas por un lapso de 2 semanas, con dilatación desde 36 french hasta 48 french, con recuperación progresiva de albúmina, del estado general y de la tolerancia alimentaria en últimos controles.

Discusión y conclusión: El manejo de la estenosis esofágica por ERGE es inminentemente endoscópico, y representa una intervención segura y costo-efectiva, que en conjunto a las medidas de manejo médico y nutrición adecuada, pueden mostrar mejorías clínicas y de laboratorio en pocas semanas. Por esto es importante que el médico general sea capaz de sospechar la estenosis esofágica cuando existe ERGE de larga data, para realizar una derivación oportuna y evitar así complicaciones como la desnutrición.

Palabras clave: Dilatación endoscópica, Endoscopia digestiva alta, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, Estenosis esofágica.

Autor/a corresponsal: Alejandro Esteban Aravena Jara (alejandroaravenajara@gmail.com)

ABSCESO DE APENDICITIS DEL MUÑÓN: REPORTE DE UN CASO.

Juan Torres Sanhueza¹, Joaquín Cortés Flández¹, Ignacio Olivares Leal¹, Maria Elisa Olivares Leal¹, Andrés Aguilar Aguilera².

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

Introducción: La apendicitis del muñón es una patología poco frecuente, en la cual ocurre un proceso inflamatorio e infeccioso del tejido residual del apéndice vermiforme. Es una complicación poco común que se subestima en la literatura médica, con una incidencia de 1 de cada 50.000 casos. El objetivo de este estudio radica en analizar un caso clínico que implica la sospecha, proceso diagnóstico, y el manejo de esta patología, la cual presenta una incidencia escasa, haciendo que sea infra reconocida, pudiendo ser excluida de los diagnósticos diferenciales. Esta falta de reconocimiento puede resultar en retrasos en la confirmación diagnóstica, lo que, a su vez, puede desencadenar complicaciones como perforación o peritonitis.

Presentación de caso: Hombre de 18 años, con antecedentes quirúrgicos de una apendicectomía hace 7 meses, consultó en servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha de un día de evolución. Al examen físico presentó abdomen sensible en flanco y fosa iliaca derecha, con signo de Mc Burney positivo. Al examen de laboratorio destacaba leucocitosis. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis, reveló signos compatibles con absceso de apendicitis aguda retrocecal del muñón. Se indicó resolución quirúrgica de urgencias por vía laparoscópica, donde se observa absceso apendicular de 50 cc aproximadamente, muñón retrocecal subseroso de 4 cm con clips hemolock in situ distal. Se efectuó apendicectomía bajo protocolo estándar y aseo quirúrgico, sin incidentes, con alta a los 2 días. Se realiza control al mes con resultado anatópatológicos de apendicitis aguda úlcero-necrótica de 2,9 cm de longitud por 1,3 cm de diámetro con signos de perforación. Se indica alta quirúrgica.

Discusión y conclusión: La apendicitis del muñón es una patología poco frecuente que suele ser descartada en cuadros de dolor abdominal agudo con antecedentes de apendicectomía, aumentando la tasa de complicaciones y mortalidad. Por lo que es recomendable el uso de la tomografía computarizada con cuadros clínicos que incluyen dolor abdominal agudo en cuadrante inferior derecho acompañado de signos clínicos específicos de apendicitis aguda y abdomen agudo como signo de Blumberg, y Mc Burney, a pesar del antecedente previo de una apendicectomía. Existen factores de riesgo anatómicos y quirúrgicos, siendo este último un factor modificable para prevenir la aparición de esta patología que depende tanto del cirujano como de las características del paciente.

Palabras clave: Apendicectomía, Apendicitis, Dolor abdominal

Autor/a corresponsal: JUAN ERASMO TORRES SANHUEZA (j.torres22@ufromail.cl)

DISPOSITIVO HEMOSTÁTICO ARTESANAL PARA EL CONTROL DE HEMOSTASIA POR TRAUMA IATROGÉNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sofía Arellano Silva¹, Javiera Hernandez Montoya¹, Antonia Gómez Rabello¹, Vicente Galleguillos Parra¹, Daniel Segovia Marcano², Carlos Corrales Zamora³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile
2. Cirujano General, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile
3. Residente de Cirugía General, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile

Introducción: La pleurostomía es uno de los procedimientos quirúrgicos menores más realizados en servicio de urgencia (SU), el cual no está exento de complicaciones, entre ellos, el traumatismo asociado a diafragma, hígado y vasculatura. Existen reportes de casos que se han resuelto ocluyendo la lesión del vaso sanguíneo a través de la inserción de un catéter con globo. El objetivo de este trabajo es reportar el uso de técnicas no convencionales como medida de salvataje para estas lesiones.

Presentación de caso: Paciente femenina de 37 años, con cirugía reciente de colecistectomía y laparoscopia por fístula biliar y biliperitoneo. Ingres a SU con compromiso del estado general, disnea, taquipnea, uso de musculatura accesorio y murmullo pulmonar disminuido en base derecha. Mediante radiografía se constata derrame pleural derecho moderado a severo. Se realiza toracocentesis diagnóstica positiva para exudado y se decide instalación de pleurostomía. Durante la inserción del tubo pleural (TP) presentó hemotórax masivo con shock hipovolémico secundario. Se clampea el tubo y dentro de pabellón como maniobra de salvataje, se insertó Sonda Foley a través de este, logrando hemostasia, mejoría de parámetros hemodinámicos y otorgando tiempo para resolución definitiva. Durante el procedimiento quirúrgico se requirió aislamiento vascular del hígado con control de vena cava suprahepática e intrahepática y maniobra de pringle. Se realizó cierre diferido dejando packing hepático y dos TP; cirugía second-look y cierre definitivo a las 48 horas. Paciente tuvo evolución favorable, inicialmente en unidad de paciente crítico, sin requerimiento de drogas vasoactivas, siendo egresada a los 7 días con fístula biliar de bajo gasto.

Discusión y conclusión: Se plantea el desafío de contemplar rigurosamente los antecedentes quirúrgicos del paciente al momento de instalar un TP, dado que distintos hallazgos pueden modificar la disposición anatómica del diafragma y sus anexos. Este tipo de complicaciones se podrían evitar modificando el sitio de punción y considerando herramientas de visualización ecográfica. Al momento de utilizar la Sonda Foley para realización de hemostasia, se debe tener certeza del sitio en que se infla el globo, de lo contrario, podría ocluir el TP o resultar en una obstrucción total del retorno venoso en el caso de oclusión distal a la vena cava. La destreza fundamental para el éxito de abordaje de este tipo de lesiones se basa en el control vascular proximal y distal de la lesión.

Palabras clave: Circulación Hepática, Enfermedad Iatrogénica, Técnicas de Cierre de Herida Abdominal, Técnicas Hemostáticas, Tubos Torácicos.

Autor/a corresponsal: Sofía Andrea Arellano Silva (s.arellano.med@gmail.com)

LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Catalina Rodríguez Caballero¹, Antonella Bombín Figueroa¹, Matías Cartagena Rubilar²

1. Interna de medicina, Universidad Autónoma de Talca, Chile.
2. Médico cirujano, Servicio de cirugía, Complejo Asistencial de Padre Las Casas.

Introducción: El Loxoscelismo es un cuadro clínico producido por el veneno que inyectan las arañas del género *Loxosceles*, en Chile es causado por *Loxosceles laeta*, la especie más tóxica del género. El espectro clínico es variable, se clasifica en loxoscelismo cutáneo, que puede ser necrótico o edematoso y loxoscelismo cutáneo visceral. Siendo este último el menos frecuente, con una letalidad de 20-25%. El objetivo de este caso es dar a conocer las manifestaciones clínicas y la relevancia del tratamiento del loxoscelismo cutáneo visceral.

Presentación de caso: Paciente masculino de 55 años, con antecedente de hipertensión arterial, ingresó tras picadura de araña en pierna izquierda de 4 días de evolución asociado a fiebre, edema y empastamiento de extremidad afectada.

Laboratorio destacó creatinina 3.04, bilirrubina 2.29 y proteína C reactiva 254. Fue enviado a domicilio con diagnóstico de celulitis.

Consultó nuevamente al día siguiente por dolor, se describió hipotenso, mottling score 5 que respondió a la reanimación con fluidos. Se visualizaron flictenas con centro necrótico, aumento de volumen en extremidad. Con requerimientos de drogas vasoactivas (DVA) ingresó a Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de loxoscelismo cutáneo visceral.

Tomografía computarizada (TC): extenso edema que compromete tejido celular subcutáneo de extremidad inferior izquierda, sin colecciones, no hay evidencia de compromiso profundo muscular ni aponeurótico. Se inició antibioterapia empírica.

Durante la hospitalización cursó con falla multiorgánica con posterior recuperación y suspensión de DVA. Se realizó escarectomía y aseos quirúrgicos con compromiso principalmente en cara anterior, con diversas placas necróticas profundas hasta plano fasciomuscular, con cultivo negativo.

Discusión y conclusión: Este caso resalta la importancia de reconocer y tratar adecuadamente el loxoscelismo, una enfermedad potencialmente grave. Si bien inicialmente el paciente presentaba clínica compatible con celulitis. No se debe olvidar el loxoscelismo como diagnóstico diferencial, especialmente cuando la condición del paciente no mejora con el tratamiento inicial. La presencia de hipotensión y falla multiorgánica refuerza aún más la necesidad de sospechar y abordar agresivamente el loxoscelismo cutáneo-visceral. Un enfoque multidisciplinario es esencial para mejorar el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Arácnido, Loxoscelismo cutáneo visceral, *Loxosceles laeta*.

Autor/a corresponsal: Catalina Paz Rodríguez Caballero (anto.bombin.ab@gmail.com)

TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE LA VENA MESENTÉRICA EN CONTEXTO DE APENDICITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Maria Elisa Olivares Leal¹, Daniela Santibañez Peña¹, Maria-Isabel Contreras Castillo¹, Felipe Olivares Ulloa¹, Berthold Bohn²

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

2. Residente de Cirugía general,,Hospital Hernán Henríquez Aravena; Becada de la Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción: La tromboflebitis séptica es una complicación infrecuente en procesos inflamatorios intraabdominales como diverticulitis o apendicitis aguda, sin tratamiento puede presentar mortalidad de hasta 100%. Por lo anterior, se debe tener alto índice de sospecha. Su clínica inespecífica como dolor abdominal, fiebre y vómitos hace que su diagnóstico se sustente en estudio imagenológico y exámenes de laboratorio. La principal conducta terapéutica consta de 4 pilares: control del foco séptico, antibióticos, anticoagulación precoz y resolución de complicaciones.

Se presenta un caso clínico para ejemplificar, tanto su sospecha y diagnóstico en una patología frecuente, así como su correcta evolución con un manejo adecuado.

Presentación de caso: Mujer, 31 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, inespecífico de 2 semanas que evoluciona a dolor abdominal hipogástrico de mayor intensidad, asociado a vómitos y signos de irritación peritoneal al examen físico. En exámenes destaca perfil hepático alterado con PCR de 280. TAC AP revela apendicitis aguda en evolución, no perforada y trombosis de vena mesentérica superior desde confluencia con vena esplénica. Se inició antibioterapia con ceftriaxona-metronidazol y se realizó laparoscopia exploradora más apendicectomía sin complicaciones. Se describe apéndice necrótico, perforado en su tercio distal, con escaso pus libre. Fue evaluada posteriormente por equipo multidisciplinario el cual decide complementar manejo de tromboflebitis séptica; esquema antibiótico de tazobactam-piperacilina endovenoso, tratamiento anticoagulante con decalaje progresivo de heparina endovenosa, enoxaparina subcutánea a dabigatrán vía oral. Evolucionó favorablemente, hemodinámicamente estable, afebril, sin signos de alarma, con TAC de control al décimo día, donde se evidenció persistencia de trombo y pequeñas colecciones intraabdominales <1 cm, por lo cual fue dada de alta a los 13 días de hospitalización, con traslape de esquema antibiótico a metronidazol-ciprofloxacino para completar 21 días y anticoagulación oral por 6 meses. Se realizó control a los 6 meses con TAC AP que evidenció recanalización venosa y estudio de trombofilia negativo, suspendiendo tratamiento anticoagulante oral.

Discusión y conclusión: A pesar de su baja frecuencia, se debe mantener un alto índice de sospecha clínica, ya que sin un tratamiento oportuno puede evolucionar a isquemia o infarto intestinal. En casos avanzados, es posible encontrar alteraciones en la coagulación, elevación de enzimas hepáticas e incluso ictericia secundaria al daño hepático. Se recomienda un enfoque médico-quirúrgico precoz para identificar a pacientes con signos de alarma que puedan beneficiarse de una laparotomía exploradora y tratamiento anticoagulante, con el fin de prevenir la isquemia intestinal y sus complicaciones como el desarrollo de necrosis intestinal.

Palabras clave: Apendicitis, oclusión vascular mesentérica, tromboflebitis.

Autor/a corresponsal: Daniela Maribel Santibañez Peña (d.santibanez03@ufromail.cl)

TUMOR NEUROENDOCRINO DE RECTO, UNA NEOPLASIA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Javiera Cabrera Carrasco¹, Bayron Jorquera Gallardo¹, Joaquín Ayala León¹, Fernanda Espinoza Espinoza¹, Daniel Cifuentes Munzenmayer².

1. Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.
2. Cirujano general, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Chile.

Introducción: Las células del sistema neuroendocrino se encuentran a lo largo de todo cuerpo humano, siendo el tracto gastrointestinal la localización con un mayor porcentaje, todas ellas con posibilidad de transformación maligna. Dentro de esto, los tumores neuroendocrinos rectales constituyen una entidad poco frecuente, con una incidencia inferior al 4%. Además, constituye una patología con un comportamiento agresivo y a menudo con una presentación diseminada.

Dado su carácter agresivo y su rápida tendencia a hacer metástasis, se presenta el siguiente reporte de caso, con el objetivo de incluir esta patología entre los diagnósticos diferenciales al evaluar un paciente con factores de riesgo, y así mejorar su sobrevida.

Presentación de caso: Paciente masculino de 46 años, sin antecedentes mórbidos, actualmente asintomático, en seguimiento colonoscópico anual por pólipos en la mucosa intestinal por antecedente de cáncer de colon en familiar de primer grado.

En control, se realizó rectoscopia donde se observó lesión solevantada de 10 mm aproximadamente, a 4 cm del margen anal, se tomó muestra para biopsia. Informe anatomopatológico describió lesión de la mucosa de intestino grueso con focos de neoplasia neuroendocrina. Se complementó estudio con inmunohistoquímica, positivo para Enolasa Neuroespecífica con un índice de proliferación celular del 2%; hallazgos compatibles con tumor neuroendocrino de bajo grado G1. Para etapificación, se realizó PET CT donde impresionaron adenopatías secundarias hipercaptantes a nivel mesorrectal y pre sacra, sin mayor evidencia de diseminación.

Se realizó resección anterior ultrabaja de recto laparoscópica más linfadenectomía, con extracción de pieza quirúrgica por NOTES (Natural Orifice Translumenal Endoscopic Surgery), sin necesidad de incisión de Pfannenstiel ni ileostomía de protección.

Paciente tras cirugía evolucionó favorablemente, sin incontinencia fecal ni urgencia defecatoria, se decidió alta y control ambulatorio.

Discusión y conclusión: En definitiva, la neoplasia neuroendocrina rectal es una entidad clínico-patológica poco frecuente, pero de alta agresividad. La sintomatología de debut, así como la edad de presentación (4º -7º década de la vida) suelen coincidir con la del adenocarcinoma, aspecto por el cual es importante la diferenciación histológica. Sin embargo, se puede hallar al momento del diagnóstico un estadio del tumor más avanzado. Por tanto, el diagnóstico precoz puede mejorar la sobrevida de los usuarios, siendo la cirugía el único tratamiento efectivo, no obstante, nuevas líneas de quimioterapia se están desarrollando.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica – Diagnóstico precoz – Tumor neuroendocrino

Autor/a corresponsal: Javiera Paulina Cabrera Carrasco (javiera.cabrerac@alumnos.uv.cl)

FÍSTULA COLECISTO CUTÁNEA: REPORTE DE CASO DE SEPSIS SECUNDARIA A CÁNCER VESICULAR COMPLICADO.

Fiorella Perazzo Tornería¹, Javier Bascuñán Esnaola¹, Fernanda Cabezón Campos¹, Francisca Pereira Morales¹, Sebastián Quidel Kehr².

1. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
2. Cirujano general, Servicio de cirugía, Hospital biprovincial Quillota-Petorca, Chile.

Introducción: La fístula colecisto cutánea (FCC) corresponde a la comunicación de la vesícula biliar con el medio externo, mediante la rotura de capas de la pared abdominal.

La incidencia exacta no está bien documentada en la literatura médica y existe poca evidencia de casos publicados. Su causa más frecuente es la colelitiasis, aunque puede ser secundaria a neoplasias vesiculares, anomalías anatómicas y procedimientos quirúrgicos. La probabilidad de ocurrencia es baja y su presencia asociada a cáncer es excepcional. No obstante, las complicaciones asociadas a FCC son potencialmente graves debido a la mala evolución clínica de los pacientes.

El reporte del presente caso tiene por objetivo informar sobre una complicación poco común de esta patología, con el fin de contribuir a su comprensión y manejo oportuno.

Presentación de caso: Paciente masculino de 61 años con antecedentes de hipertensión, obesidad, tabaquismo, úlcera duodenal perforada y hernia incisional, ambas operadas. Consultó por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor abdominal fluctuante en hemiabdomen derecho. Al examen físico se precisó aumento de volumen de 2 centímetros de diámetro en hipocondrio derecho, asociado a cambio de coloración de la piel, calor local y signos de irritación peritoneal.

En exámenes de ingreso se objetivó elevación de parámetros inflamatorios, hiperbilirrubinemia leve de predominio directo y discreta elevación de fosfatasas alcalinas. Hallazgos imagenológicos confirmaron FCC y se decidió exploración quirúrgica de urgencias que evidenció absceso de pared abdominal con fascitis necrotizante dependiente de tumor vesicular, con comunicación desde la piel hasta la vesícula. Debido a la extensión del foco infeccioso quedó laparostomizado y se trasladó a unidad de paciente crítico. Posteriormente, anatomía patológica confirmó carcinoma vesicular mal diferenciado y sobreinfectado. Progresó con compromiso tumoral de colon y desarrollo de fístulas coloatmosféricas, por lo que se realizaron múltiples aseos quirúrgicos e ileostomía.

Finalmente, el paciente evolucionó con mala respuesta a antibioticoterapia y, pese a manejo quirúrgico activo, falleció.

Discusión y conclusión: La inusual presentación de FCC confirma la necesidad de mantener presente esta complicación en la evaluación de pacientes con enfermedad biliar. En Chile, la incidencia de patología litiasica es elevada, por lo que su sospecha dirigida es primordial. Resulta imperativo un estudio preoperatorio integral que permita una adecuada caracterización de la fístula, con el fin de establecer un plan quirúrgico óptimo, pues la compleja evolución del caso presentado hacia un cuadro séptico generalizado podría prevenirse con una adecuada pesquisa y manejo temprano.

Palabras clave: Fístula biliar, Neoplasias de la vesícula biliar, Sepsis

Autor/a corresponsal: Fiorella Francesca Perazzo Tornería (fiorella.perazzo@alumnos.uv.cl)

UTILIZACIÓN DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO-ARTERIAL POR CAUSA CARDIOGÉNICA EN PACIENTE CRÍTICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Antonia Gómez Rabello¹, Rodrigo Peña Jorquera¹, Javiera Hernández Montoya¹, Angeline San Martín Cancino¹, Nicolás Drolett San Francisco², Javier Labbé Zúñiga³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
2. Cirujano General, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
3. Cirujano cardiovascular, Hospital Regional de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Introducción: Entre las indicaciones para uso de oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) está el shock cardiogénico. Según la Organización de Soporte Vital Extracorpóreo, el número de ECMO por causa cardíaca aumentó un 1180%, con una sobrevida de 61%. Se presenta el caso del primer sobreviviente a ECMO-VA por causa cardíaca en Antofagasta.

Presentación de caso: Paciente masculino de 52 años, con antecedente de hipertensión arterial, tabaquismo crónico y síndrome coronario agudo con supradesnivel ST de pared inferior reciente, ingresa al Hospital Regional de Antofagasta (HRA) para estudio con coronariografía; la cual evidencia lesión severa de coronaria derecha (CD) proximal en un 90% y circunfleja distal en un 80%. Se implanta stent en CD logrando recuperación de flujo. Minutos después, presenta evento de tormenta arritmogénica isquémica y paro cardíaco, resuelto con maniobras de reanimación avanzadas e intubación orotraqueal. Posterior a 48 horas de recuperación, por diagnósticos de shock cardiogénico, falla ventricular aguda e infarto agudo al miocardio tipo 4, además de uso de drogas vasoactivas e inotrópicos en altas dosis, se implementó ECMO-VA de abordaje periférico, realizando anastomosis terminolateral de arteria subclavia derecha, canulación en región pectoral derecha y cánula venosa en vena cava inferior con técnica Seldinger ecoguiada a través de femoral derecha. Luego de 7 días con soporte extracorpóreo, recuperó función cardíaca nativa.

Discusión y conclusión: Existe evidencia que la implementación inmediata de ECMO-VA en pacientes con shock cardiogénico no mejora resultados en comparación a una estrategia conservadora con uso posterior. La pandemia por SARS-COV 2, ocasionó que ECMO asumiera un rol de salvataje en pacientes con falla respiratoria grave. Desencadenando una mejoría basada en la experiencia y capacitaciones del equipo de salud. HRA es el único centro de la macrozona norte que ofrece ECMO, por lo que es imperativo seguir mejorando con el fin de aumentar la sobrevida de los pacientes. Respecto a nivel nacional, no se cuenta con una estadística de los centros equipados con ECMO, sin embargo, la mayoría de los equipos se encuentran en la zona centro/sur. Al ser una herramienta de soporte para pacientes críticos, de varios usos como falla respiratoria o paro cardiorrespiratorio, es importante una capacitación continua del equipo de salud y el acceso a una base de datos actualizada que permita realizar nuevos estudios para comparar resultados a nivel internacional.

Palabras clave: Catéteres, Choque Cardíaco, ECMO Venoarterial, Oxigenación por Membrana Extracorpórea.

Autor/a corresponsal: Antonia Gabriela Gómez Rabello (anto.gomez.rabello@gmail.com)

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE JOVEN CON DOLOR TORÁCICO.

Francisca Pereira Morales¹, Catalina Pino González¹, Francisco Jara Aníñir¹, Juan Montaña Pastén¹.

1. Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuente en servicios de urgencia. El síndrome coronario agudo constituye uno de los principales diagnósticos asociados a este síntoma, dada su alta morbilidad. Sin embargo, la etiología detrás del dolor torácico es variada y no siempre es manifestación de patologías que suponen riesgo vital.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente joven, sano y sin factores de riesgo cardiovascular, que consulta en servicio de urgencias por dolor torácico.

El neumomediastino espontáneo se define como la presencia de aire libre en el mediastino, sin antecedente de trauma previo. Es una patología rara, siendo su incidencia real desconocida. Su fisiopatología se basa en el aumento súbito de presión intraalveolar secundario al aumento de presión intratorácica. Se caracteriza clínicamente por dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo. Se han descrito ciertos factores de riesgo, como son el asma, enfermedades pulmonares intersticiales, y el uso de tabaco y drogas inhalatorias. Algunos factores precipitantes guardan relación con maniobras de Valsalva y ejercicio físico intenso. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma con exámenes de imagen. Suele cursar de forma benigna y autolimitada, y su tratamiento es sintomático.

Presentación de caso: Paciente masculino de 18 años, sin antecedentes mórbidos previos ni consumo de drogas. Consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor torácico retroesternal de aparición súbita con tope inspiratorio, asociado a disnea de esfuerzos, que aparece tras realizar ejercicio. Al examen físico destaca enfisema subcutáneo en zona cervical anterior, sin otros hallazgos. Dentro del laboratorio, troponinas en rango de normalidad. Electrocardiograma muestra bradicardia sinusal, sin signos de isquemia aguda. Tomografía computarizada de tórax con contraste evidencia neumomediastino espontáneo de moderado tamaño, sin otros hallazgos relevantes. Es manejado con reposo, oxigenoterapia y analgesia, con buena respuesta clínica.

Discusión y conclusión: El neumomediastino espontáneo es una condición poco frecuente, benigna y de curso autolimitado. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y debe considerarse en todo hombre joven que consulte por dolor torácico asociado a disnea y enfisema subcutáneo. En el caso presentado, el paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular que hicieran sospechar patología isquémica, además, tampoco existía evidencia bioquímica de daño miocárdico. Estos antecedentes, sumados a la presentación clínica descrita y los hallazgos imagenológicos, permitieron diagnosticar un neumomediastino espontáneo. De todas maneras, se debe tener presente el síndrome coronario agudo como diagnóstico diferencial, considerando su importante morbilidad asociada.

Palabras clave: Diagnóstico de Neumomediastino, Disnea, Enfisema subcutáneo, Mediastino.

Autor/a corresponsal: Juan Pablo Montaña Pastén (francisca.pereira@alumnos.uv.cl)

DUPLICACIÓN ESOFÁGICA TUBULAR: REPORTE DE UN CASO.

Valeska Gonzalez Olivares¹, Giovanna Peirano Borcosque¹, Rafaella Bianchi Vergara¹, Víctor Dominguez Sandoval¹, David Schnettler Rodríguez².

1. Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule
2. Médico Cirujano, Cirujano Infantil, Centro médico Andes, Talca, Chile.

Introducción: La duplicación esofágica es una malformación congénita muy poco frecuente en la población infantil de nuestro país. Luego de la duplicación de íleon, la esofágica representa el 20% de las duplicaciones de intestino anterior. En Chile hay pocos reportes de casos, informando hasta el 2010 una incidencia de 1 en 8200, constituyendo entre 0,5 a 2,5% de las masas esofágicas. En una investigación sobre patología tumoral esofágica del Hospital Clínico Universidad De Chile desde 1993 hasta 2015, de un total de 85 pacientes adultos 4 eran quistes de duplicación esofágica (4.7%). Sin embargo, no existe una estadística en la población pediátrica. Esta malformación suele presentarse en la infancia temprana y los síntomas nacen de la compresión extrínseca o desplazamiento de estructuras. Entre sus manifestaciones clínicas predominan la disfagia y el estridor, aunque también pueden presentarse dificultad respiratoria, vómitos, hematemesis, déficit neurológico y enfermedad maligna. Dada esta variedad de síntomas es crucial mantener un alto nivel de sospecha y tratamiento oportuno.

Presentación de caso: Se presenta el caso de un preescolar de 3 años sin antecedentes mórbidos con estridor y disnea desde el nacimiento. La madre tuvo un embarazo controlado sin complicaciones con un parto vaginal a las 37 semanas, sin incidentes. Se decidió explorar vía aérea en pabellón encontrando colapso de esta en tercio medio traqueal. Se complementó con estudio de imagen, el cual mostró una lesión a nivel prevertebral con estenosis abrupta del 90%, desplazamiento externo de troncos supraaórticos, adenomegalias mediastinales y atelectasia basal, motivo por el cual se realiza toma de biopsia. Paciente evolucionó tórpidamente por lo que se mantuvo en unidad de paciente crítico, donde se realizó una endoscopia digestiva que evidenció una cavidad paraesofágica con contenido alimentario y doble comunicación con esófago, sugerente de duplicación esofágica. Se procedió con una cirugía correctiva, primero vía endoscópica con guía hidrofílica, identificando la comunicación, y luego con abordaje abierto cervical donde se disecó la pared común entre el defecto y esófago, dejando un solo lumen esofágico sin incidentes.

Discusión y conclusión: Aunque es una patología infrecuente, es necesario un alto nivel de sospecha y apoyo de un equipo multidisciplinario, ya que la mayoría de las veces se presenta de manera asintomática y se manifiesta al adquirir un tamaño importante o al evolucionar con una complicación como perforación, infección, sangrado o malignización. El tratamiento quirúrgico es definitivo con buenos resultados a corto y largo plazo, siendo las recurrencias muy raras.

Palabras clave: Anomalías congénitas, Enfermedades del esófago, Estridor, Quiste esofágico

Autor/a corresponsal: ValeskaGonzález Olivares (valegolivares@gmail.com)

LESIÓN DE VÍA BILIAR TRAUMÁTICA UNA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE UN CASO.

Diego Rogel Medel¹, Marcelo Espinoza Pacheco¹, Rocío Fonseca Peña¹, Felipe Lavín Vilugrón¹.

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

Introducción: La lesión de la vía biliar (LVB) en el contexto de un trauma abdominal cerrado es infrecuente. Es un reto diagnóstico y las lesiones suelen pasarse por alto, aunque sea una indicación de resolución inmediata. Lo que se correlaciona directamente con la morbilidad de los pacientes.

Se han descrito una serie de posibles factores de riesgo que podrían contribuir a las LVB: anomalías anatómicas, comorbilidades, factores relacionados con el operador y con la técnica quirúrgica.

Presentación de caso: Paciente varón de 56 años en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), hospitalizado para manejo y estudio. Tenía el antecedente trauma por caída en bicicleta impactando sobre la acera.

Recibe evaluación por el equipo de cirugía se revisó tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis el equipo la describió como: paciente con contusión pulmonar y múltiples fracturas costales derechas, lesión del lóbulo derecho del hígado que involucra los segmentos VI y VII y lesión esplénica con presencia de hemoperitoneo leve.

Equipo quirúrgico decidió manejo conservador, pero la paciente empeoró clínicamente durante su estadía, nuevamente se reevaluó, pero esta vez con una ecoscopia abdominal evidenciando un mayor hemoperitoneo.

Se realizó laparotomía media de urgencia. Al ingresar a la cavidad abdominal se observó el bazo con sangrado activo en su polo inferior, no se logra realizar hemostasia por lo que se efectuó una esplenectomía total. No se observó salida espontánea de bilis durante la cirugía para finalizar se instalaron drenajes a nivel subhepático, subdiafrágico y pélvico.

A los 2 días del postoperatorio los drenajes presentaron 350 cc de bilis. Para completar el estudio se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y en esta se evidenció un conducto biliar común (CBC) de calibre normal con lesión parcial del conducto hepático común. Se colocó endoscópicamente un stent logrando control de la lesión.

Discusión y conclusión: Las LVB traumáticas tienen una incidencia descrita de un 2-5% de los traumatismos abdominales, estos generalmente afectan la vesícula biliar. La presencia de bilis en el ligamento hepatoduodenal o en cavidad abdominal deberían hacer pensar LVB pero muchas veces puede estar oculta por hemoperitoneo.

Palabras clave: Enfermedades de las Vías Biliares, Abdomen Agudo, Hemoperitoneo

Autor/a corresponsal: Diego Andrés Rogel Medel (nachouc.esp@gmail.com)

ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE GASTROENTERITIS AGUDA EN EL LACTANTE.

Tomás Gatica Salas¹, Javiera Flores Arrey¹, Daniel Salgado Valenzuela², Benjamín Ruz Rodríguez¹.

1. Internos de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
2. Médico General de Zona, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue, Quirihue, Chile.

Introducción: La estenosis hipertrófica del píloro (EHP) es un trastorno benigno de etiología desconocida donde ocurre una obstrucción pilórica secundaria a hipertrofia muscular que se produce después del nacimiento, entre la segunda y quinta semana de vida. Es una patología poco frecuente, con una incidencia de un 0,1-0,2% y su relevancia radica en que se asemeja a cuadros muy comunes como lo son las gastroenteritis o el reflujo gastroesofágico.

La hipertrofia pilórica genera dilatación e hiperperistalsis gástrica compensatoria lo cual se manifiesta como un síndrome pilórico caracterizado por vómitos posprandiales inmediatos, explosivos, lácteos y no biliosos. La gravedad y frecuencia de los vómitos va progresando, junto con la pérdida de peso. Se ha asociado a factores como alimentación por mamadera, tabaquismo materno, macrólidos y genética. El diagnóstico es clínico-imagenológico, al examen físico la palpación de la oliva pilórica está presente en el 50 - 90% de los casos y es patognomónica.

A continuación, se describe un caso clínico con el objetivo de destacar la importancia de considerar este diagnóstico en un lactante que vomita.

Presentación de caso: Lactante masculino de 1 mes, 11 días, nacido de 37 semanas, hijo de madre diabética, grande para la edad gestacional, con un peso al nacer de 3940 gramos y talla de 40 centímetros. Alimentándose con fórmula de inicio desde el nacimiento y con parámetros nutricionales adecuados. Inicia cuadro de cuatro días de vómitos lechosos posprandiales, con apetito conservado y deposiciones líquidas. Inicialmente es dado de alta con diagnóstico de gastroenteritis, reconsulta al día siguiente donde es evaluado por cirugía infantil, al examen físico se evidenció sialorrea, vómitos tipo "leche cortada", sin masas palpables y sin signos de deshidratación. Debido a cuadro clínico de características obstructivas se solicitó una ecografía abdominal que diagnostica EHP. Cinco días después es sometido a una Píloromiotomía de Ramstedt Videolaparoscópica sin complicaciones. En el postoperatorio presenta evolución favorable, tolerando la alimentación oral, por lo que es dado de alta.

Discusión y conclusión: El lactante que vomita es un motivo de consulta frecuente y dentro de sus causas es importante sospechar la EHP dado que es un cuadro progresivo que requiere de una intervención quirúrgica oportuna y que de no diagnosticarse tempranamente puede generar deshidratación severa, desequilibrios electrolíticos y compromiso nutricional. Frente a la sospecha se debe derivar al especialista y el estudio imagenológico de elección es la ecografía abdominal.

Palabras clave: Estenosis Hipertrófica del Píloro, Gastroenteritis, Lactante, Píloromiotomía.

Autor/a corresponsal: Tomás Eduardo Gatica Salas (tgatica1@gmail.com)

INCIDENTALOMA PANCREÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Florencia Navias García¹, Valentina Wilson Boada¹, Felipe Poblete Alarcón¹, Constanza Acevedo Valenzuela¹, Sergio Sotelo Hernández².

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.
2. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Introducción: El incidentaloma pancreático (IP) corresponde a una lesión detectada mediante estudios imagenológicos realizados por una indicación no relacionada, ya sea tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética. Los incidentalomas suelen identificarse principalmente en tiroides, riñones, pulmones e hipófisis, siendo menos frecuentes los IP, sin embargo, debido a los avances imagenológicos comienzan a identificarse con más frecuencia y se asocian a mayores tasas de malignidad, por lo que puede contribuir al diagnóstico precoz de cáncer pancreático. A continuación, se presenta el caso de un IP en contexto de estudio de cáncer colorrectal.

Presentación de caso: Femenina de 74 años sin antecedentes mórbidos, consultó de urgencia debido a valor crítico de hemoglobina (5.7 g/dl), asociado a historia de rectorragia intermitente, baja de peso, cambios en hábito intestinal y masa palpable a 4 cm del margen anal.

TC Abdomen-Pelvis; engrosamiento circunferencial significativo de pared de recto inferior, sugerente de neoplasia; en cabeza pancreática lesión sólida heterogénea con áreas quísticas y calcificación gruesa central, con realce posterior al medio de contraste, 65mm cc x 45mm ap x 40 mm trans; en borde superior contacta con vena porta y condiciona dilatación proximal de vías biliares y conducto pancreático; cuerpo y cola pancreática de aspecto atrófico. Colonoscopia con biopsia informa Adenocarcinoma tubulopapilar moderadamente diferenciado, infiltrante y ulcerado. Se indicó Colostomía en asa. Colangiografía Magnética informó lesión sólido-quística en cabeza de páncreas con dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, dilatación del Wirsung con atrofia distal, compatible con neoplasia mucinosa papilar intraductal de rama mixta con criterios de malignización. Evaluada por Cirugía Digestiva como IP debido a carácter asintomático, sugirieron manejo del tumor primario para posterior reevaluación, no obstante, paciente rechazó tratamiento.

Discusión y conclusión: Los IP se clasifican morfológicamente en lesiones sólidas, en su mayoría malignas, y quísticas, pudiendo ser estas benignas o premalignas. Se describe como indicación quirúrgica el tamaño mayor a 3cm. Debido al ominoso pronóstico de cáncer pancreático, significan una oportunidad de diagnóstico y tratamiento precoz, en contraparte pueden agregar morbilidad y sobretratamiento, representando un desafío al determinar la conducta. Es crucial considerar las características de la lesión y del paciente (condición, expectativa de vida, fragilidad y preferencias), junto con el beneficio esperado, ya que la cirugía no está exenta de riesgos. En el caso expuesto, debido a las características de la masa, se propuso un manejo quirúrgico, sin embargo, debido a la condición y negativa de la paciente, se desestimó esta opción.

Palabras clave: Cáncer pancreático, Diagnóstico precoz, Incidentaloma Pancreático.

Autor/a corresponsal: Florencia Paz Navias García (florencia.navias@alu.ucm.cl)

LINFADENITIS MESENTÉRICA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA: REPORTE DE UN CASO.

Maria Calvo Rivacoba¹, Antonia Lecanda Uribe¹, Naviha Lama Jamett¹, Won Hee Kim Kim¹, Mauricio Ovalle Ibañez².

1. Interno Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile
2. Médico Cirujano, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La Linfadenitis mesentérica (LAM) corresponde a la inflamación de los ganglios linfáticos mesentéricos, esta entidad puede presentarse con dolor abdominal agudo en fosa iliaca derecha. Se asocia a cuadros virales previos, siendo la gastroenteritis vírica una de las etiologías más frecuentes. Por otro lado, la apendicitis aguda corresponde a la inflamación aguda del apéndice vermiforme, manifestándose como dolor abdominal agudo en fosa iliaca derecha. Dichas entidades refieren conductas y opciones terapéuticas distintas. El objetivo de este caso clínico consiste en presentar la manifestación de un diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda para así tenerlo en mente y optar por la mejor terapia médica.

Presentación de caso: Paciente femenino de 19 años, acudió al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal de 7 horas de evolución de inicio súbito, intensidad 3/10 con progresión hasta 7/10, el dolor inició en región periumbilical y migró a fosa iliaca derecha (FID) al momento de consultar, asociado a náuseas, sin vómitos ni otros síntomas gastrointestinales. Al examen físico normocárdica, normotensa y afebril. Abdomen blando depresible, con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y signo de Blumberg positivo. Se solicitó exámenes de laboratorio y Scanner de abdomen y pelvis con contraste. Exámenes con parámetros inflamatorios dentro de rangos normales y Scanner que informó asas de calibre normal sin cambios inflamatorios periapendiculares con aumento del número de linfonodos mesentéricos. Se indagó en antecedente de cuadro vírico o bacteriano reciente, rescatando como antecedente una faringitis sin estudio etiológico las semanas previas. Dado exámenes e imagen no compatible con apendicitis aguda se realiza diagnóstico de LAM, otorgando manejo ambulatorio sintomático con analgesia e indicación de consultar nuevamente en caso de persistencia o aumento de dolor.

Discusión y conclusión: La LAM y la apendicitis aguda son entidades con manifestación clínica similar, no obstante, requieren de manejos terapéuticos totalmente distintos. La apendicitis aguda es una patología de resolución quirúrgica asociada a cobertura antibiótica; mientras que la LAM, al ser una inflamación benigna autolimitada, requiere manejo médico sintomático con antiinflamatorios, sin necesidad de mayor intervención invasiva. Ser capaces de diferenciar estas entidades nos permite no solo otorgar el manejo médico correcto sino que también prevenir iatrogenia médica y gastos de salud asociados. Con una buena anamnesis buscando antecedentes que sugieran LAM tales como infecciones virales o bacterianas previas, un adecuado análisis de parámetros inflamatorios y una imagen compatible, se pueden diferenciar estas entidades para tomar la mejor conducta terapéutica.

Palabras clave: Apendicitis, Dolor abdominal, Linfadenitis Mesentérica.

Autor/a corresponsal: María Isabel Calvo Rivacoba (micalvo@miuandes.cl)

MALFORMACIÓN VASCULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA DE PARTES BLANDAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juan Burgos Sepúlveda¹, Matías Bravo Munro¹, Gustavo Reyes Rodríguez¹, Bárbara Mansilla Vergara¹, Gary Obando Pineda².

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

Introducción: Las Malformaciones Vasculares (MV) son parte de la amplia gama de diagnósticos diferenciales de una masa palpable de partes blandas. El propósito de exponer este caso es mostrar un diagnóstico benigno y poco frecuente, pero muy relevante de conocer para diferenciar de un tumor de características malignas.

Presentación de caso: Adolescente masculino, 14 años, previamente sano. Antecedente de golpe en muslo izquierdo hace 2 años que evolucionó con dolor y aumento de volumen que cedió espontáneamente. Hace 2 meses sufrió un nuevo golpe en la misma zona, evolucionando con un aumento de volumen palpable y persistente. Al examen físico del ingreso destacó masa palpable en cara anterior media de muslo izquierdo que midió 4 x 7 cm aproximadamente, de carácter blanda, mal delimitada, profunda e indolora. Se estudió inicialmente con radiografía que impresionó una imagen radiolúcida de 78 x 36 mm que contacta tejido óseo del fémur. Se amplió el estudio con resonancia magnética que impresionó lesión de aspecto neoplásico, sugerente de origen sarcomatoso y con signos radiológicos de agresividad; por esta razón se hospitalizó para continuar el estudio de posible lesión maligna. Una vez hospitalizado, se realizaron exámenes de sangre y también nuevas imágenes buscando compromiso a distancia, resultando ambos normales.

Fue evaluado con ecografía Doppler durante su estadía, impresionando una malformación vascular de bajo flujo y de origen probablemente linfático.

Finalmente, se realizó esclerosis de la lesión mediante radiología intervencional.

Discusión y conclusión: Las MV son alteraciones del desarrollo de vasos sanguíneos y/o linfáticos. Estas se subdividen según las características de su flujo en bajo y alto flujo. A su vez, las MV de bajo flujo pueden involucrar capilares, venas y vasos linfáticos.

La presentación clínica de las MV es sumamente variable, siendo una de las posibilidades una masa palpable en extremidades. El diagnóstico se basa en la clínica e imágenes complementarias en algunos casos. Dentro de los posibles diagnósticos diferenciales de masas de partes blandas se debe pensar siempre en neoplasias, tal como se hizo en el caso, especialmente en las que midan más de 5 cm y sean profundas a la fascia muscular. Los tratamientos más descritos en la literatura son la escleroterapia y la cirugía, siendo la primera opción la más favorecida como primera línea en la actualidad por su seguridad y efectividad.

Palabras clave: Anomalías Congénitas, Malformaciones Vasculares, Neoplasias de los Tejidos Blandos

Autor/a corresponsal: Juan Manuel Burgos Sepúlveda (j.burgos14@ufromail.cl)

TUBERCULOSIS GANGLIONAR RECIDIVADA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Catalina Rodríguez Caballero¹, Antonella Bombín Figueroa¹, Matías Cartagena Rubilar²

1. Interna de medicina, Universidad Autónoma de Talca, Chile.
2. Médico cirujano, Servicio de cirugía, Complejo Asistencial de Padre Las Casas, Padre Las Casas, Chile.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad multisistémica infecciosa, crónica, con gran variedad de manifestaciones. Es causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Generalmente la afectación más frecuente es pulmonar, sin embargo puede afectar cualquier órgano. La forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar es la tuberculosis ganglionar. Su presentación clínica más habitual es con aumento de volumen de los ganglios cervicales sin síntomas constitucionales. El diagnóstico es difícil por la existencia de una menor población bacilar. El mejor examen para la confirmación diagnóstica es la biopsia quirúrgica. La cirugía está indicada en adenopatías residuales, recurrencias o formas supurativas. El objetivo de este caso clínico es dar a conocer las manifestaciones clínicas y el método diagnóstico de la tuberculosis ganglionar recidivada.

Presentación de caso: Paciente femenina de 46 años con antecedente de tuberculosis ganglionar tratada 2021 (concordante con biopsia ganglionar) con 6 meses de tratamiento dada de alta. Refirió secreción ocasional por cicatriz de cervicotomía. Al examen físico destacó cicatriz deprimida posterolateral izquierda, con probable adenopatía caudal a cicatriz de 2 cm.

Ecografía cervical: en grupo II izquierdo adenopatía de 21x11 mm. Fístula en plano dermograsso de 11 x 3 mm en sitio operatorio.

Tomografía computarizada de cuello: Adenopatía aislada de 16x15 mm en grupo II izquierdo. En lóbulo superior pulmonar derecho probables lesiones granulomatosas.

Se realizó biopsia excisional de ganglio linfático sin incidentes, que informó granulomas de tipo tuberculoso con tinción Ziehl-Neelsen positiva para bacilos ácido-alcohol resistente.

Discusión y conclusión: En pacientes con antecedentes de tuberculosis ganglionar, se debe mantener una alta sospecha clínica de recurrencia. Especialmente cuando los hallazgos clínicos son sugerentes. Incluso en aquellos que cuenten con tratamiento previo y alta médica. Los estudios de imagen permiten confirmar la presencia de adenopatías y lesiones sugerentes de una posible diseminación. La biopsia quirúrgica confirma la recidiva de la tuberculosis ganglionar. El manejo oportuno y dirigido permite mejorar el pronóstico y evitar complicaciones futuras.

Palabras clave: Tuberculosis, Tuberculosis extrapulmonar, Tuberculosis ganglionar.

Autor/a corresponsal: Antonella Bombín F (anto.bombin.ab@gmail.com)

TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marcel Teneb Schiesewitz¹, Antonia Godoy Herreros¹, Mariajosé Tampe Contreras¹, Martina Franz Ruiz¹, Pedro Sfeir Vottero².

1. Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián Sede de la Patagonia, Puerto Montt, Chile.
2. Servicio de Cirugía vascular, Hospital de Puerto Montt Dr. Eduardo Schutz Schroeder, Puerto Montt, Chile.

Introducción: El tumor de cuerpo carotídeo (TCC) es una neoplasia infrecuente en Chile, suele ser benigno e hipervascularizado, de crecimiento lento y generalmente asintomático, por lo que su diagnóstico es tardío. La incidencia es 1 por cada 30.000 - 100.000 habitantes en la población general. La presentación clínica más frecuente es una masa cervical unilateral y el tratamiento es quirúrgico.

Dada su baja incidencia en Chile, existen pocos reportes de casos. El objetivo de este reporte es brindar nueva información de esta rara patología.

Presentación de caso: Hombre de 53 años, Puerto Montt, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y obesidad. Consultó el 2015 por aumento de volumen en la fosa supraclavicular izquierda, se realizó tomografía computarizada (TC) de cuello y tórax con contraste que mostró masa supraclavicular izquierda compatible con lipoma. Incidentalmente se encontró una masa en el cuerpo carotídeo derecho, heterogénea, de 24 mm x 26 mm x 30 mm, con invasión parcial del cuerpo carotídeo, clasificación Shambling II, y se derivó al servicio de Cirugía Vascular. Al examen físico: cuello sin soplos, leve aumento de volumen en región cervical derecha, asintomático. Hubo un periodo de 9 años donde el paciente rechazó la cirugía, retomó tratamiento en febrero del 2024 y se programó cirugía para abril del mismo año. Se complementó estudio con angio TC previo a la cirugía y se realizó medición de metanefrinas y ácido vanilmandélico en orina con parámetros normales. La cirugía realizada en el Hospital de Puerto Montt, consistió en una resección abierta del tumor con técnica subadventicial, que concluyó sin complicaciones, logrando resección tumoral completa y respetando la anatomía cervical. Incidentalmente se encontró adenopatía de 2 cm submandibular derecha, la cual se envió a biopsia junto al tumor. El paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones y se programó control con biopsia en 1 mes. La biopsia determinó al tumor como paraganglioma sin permeaciones tumorales vasculares.

Discusión y conclusión: El TCC es una patología infrecuente, por lo que requiere un alto nivel de sospecha. En este caso, el diagnóstico fue incidental mediante TC de cuello. Es importante al realizar el diagnóstico descartar que el tumor sea productor de catecolaminas, ya que podrían ser causa de una HTA secundaria, a su vez, la biopsia es crucial para descartar riesgo de malignidad. El manejo quirúrgico es de difícil ejecución ya que el tumor está en íntimo contacto con estructuras vasculonerviosas, por lo que requiere personal entrenado.

Palabras clave: Neoplasias de Cabeza y Cuello, Paraganglioma, Procedimientos Quirúrgicos Vasculares, Tumor del Cuerpo Carotídeo.

Autor/a corresponsal: Marcel Rodrigo Teneb Schiesewitz (mrteneb@gmail.com)

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTAL; REPORTE DE CASO.

Khatalina Muñoz Leiva¹, Francisca Martínez Thiers¹, Diego Lara Muñoz¹, Esteban Henríquez Vejar¹, Pablo San Martín Ferrada²

1. Interno de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
2. Cirujano General, Servicio de cirugía, Universidad de la Frontera/Hospital Intercultural Nueva Imperial, Temuco, Chile.

Introducción: El situs inversus es una anomalía genética, autosómica y recesiva que presenta una prevalencia entre 1/8.000 y 1/25.000 recién nacidos vivos. Esta condición se caracteriza por una ubicación anómala en espejo de los órganos toracoabdominales. La distorsión de la anatomía representa un desafío para los cirujanos al momento de la resolución quirúrgica.

Se presenta el siguiente caso clínico de paciente con diagnóstico de coledocolitiasis en situs inversus total, patología que requiere alta sospecha diagnóstica por su baja frecuencia y la importancia del diagnóstico precoz dado la implicancia que tiene esta alteración anatómica en el tratamiento.

Presentación de caso: Paciente femenina de 40 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos previos. Consultó por dolor abdominal epigástrico tipo cólico de un día de evolución con irradiación a hipocondrio izquierdo, refiere historia de múltiples consultas en el servicio de urgencias por el mismo motivo. Al examen físico, abdomen blando, depresible, doloroso en hipocondrio izquierdo y epigastrio, signo de Murphy ausente, sin signos de irritación peritoneal. Debido a la recurrencia de los síntomas, se complementó estudio con ecografía abdominal que informó; hígado en hipocondrio izquierdo de morfología y tamaño conservado, vesícula biliar con múltiples cálculos en su interior, bazo ubicado en hipocondrio derecho y transposición de grandes vasos. Ante estos hallazgos, se decidió realizar colangioresonancia nuclear magnética que informó situs inversus total de órganos abdominales, sin coledocolitiasis y anatomía biliar conservada. Se programó cirugía por vía laparoscópica donde se evidenció situs inversus total y se decidió instalar trócares según la técnica americana, pero con visión en espejo. Se realizó colecistectomía laparoscópica sin incidentes y la paciente fue dada de alta al día siguiente.

Discusión y conclusión: Dentro de las consideraciones técnicas, se considera esencial que ante la sospecha de variantes anatómicas se estudie a los pacientes con exámenes imagenológicos complementarios para tener una mayor claridad anatómica y poder planificar una cirugía segura. La posición de los trócares debe estar orientada a los hallazgos de la laparoscopia. Pese a esto, se deben seguir los mismos pasos de disección y precauciones de seguridad que la técnica convencional para evitar complicaciones.

El situs inversus representa una variante anatómica poco frecuente, que supone un desafío diagnóstico para el equipo médico, por lo que es importante que frente a un dolor abdominal recurrente llevar a cabo un estudio completo con estudio imagenológico incluido, los hallazgos permiten planificar una cirugía segura.

Palabras clave: Colecistectomía, Laparoscopia, Situs Inversus.

Autor/a corresponsal: Khatalina Javiera Muñoz Leiva (khatalina.javiera@gmail.com)

Síndrome de arteria mesentérica superior: a propósito de un caso

Vanessa Rehbein Duarte¹, Araceli Jara Sánchez¹, Catalina Pérez Valdés¹, Pilar Rehbein Duarte².

1. Interna de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile
2. Médica Cirujana, Servicio de Medicina, Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

Introducción: El síndrome de arteria mesentérica superior (SAMS) constituye una causa infrecuente de compresión del duodeno (0,2-1% de los casos) de origen vascular, secundaria a la compresión extrínseca de este por la mesentérica superior y la aorta. Ocurre mayoritariamente en mujeres jóvenes, posterior a pérdida de peso, por disminución del tejido adiposo perivascular. Se presenta el caso de un paciente con perfil epidemiológico atípico, con el objetivo de contribuir a la literatura disponible sobre esta infrecuente patología, en pacientes que raramente la presentan.

Presentación de caso: Paciente masculino de 83 años, con antecedente de hipertensión arterial. Consultó en urgencias por cuadro de 24 horas de vómitos y malestar general. Durante anamnesis refirió baja de peso de 10 kg en 2 meses. El abdomen estaba sensible a la palpación profunda difusamente, sin signos de irritación peritoneal. Tomografía computada de abdomen y pelvis informó síndrome de outlet gástrico por compresión extrínseca de tercera porción duodenal (D3) por ángulo aortomesentérico significativamente disminuido. Con diagnóstico de SAMS se hospitalizó en servicio de cirugía para continuar manejo. Se realizó endoscopia digestiva alta, que informó estrechamiento parcial de D3 concordante con sospecha clínica. Se manejó médicamente con dieta hipercalórica con buena respuesta, por lo que no requirió manejo quirúrgico y fue dado de alta hospitalaria a los 10 días del ingreso. Continuó en seguimiento ambulatorio por cirugía, siendo dado de alta a los 6 meses por evolución favorable.

Discusión y conclusión: Si bien el cuadro clínico del caso presentado era concordante con la clínica típicamente descrita, el perfil del paciente no era común, ya que era un adulto mayor de sexo masculino. En este contexto, la frecuencia de las etiologías de estas manifestaciones, hacían mucho más probables otras causas, sin embargo, es relevante considerar este diagnóstico, para lograr una detección precoz y un manejo adecuado.

Palabras clave: Arteria mesentérica superior, Cirugía, Síndrome de arteria mesentérica superior, Síndrome de outlet gástrico.

Autor/a corresponsal: Vanessa Sofía Rehbein Duarte (vanessa.rehbein.d@gmail.com)

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



XXII CCTEM
CONGRESO CIENTÍFICO TEMÁTICO
DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

AVANCES en
CIRUGÍA GLOBAL



ACADEMIA DE CIRUGÍA,
URGENCIAS Y TRAUMA
de estudiantes de medicina

ANACEM

FRACTURA SUBTROCANTÉRICA: UNA DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA POR REGIÓN, RANGO ETARIO Y SEXO EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2020-2022.

Agustín Puga González¹, Isaías Rioseco Sepúlveda¹, Ana Cruces Herrera¹, Geraldine Rivera Sandoval¹, Catalina Rojas Contreras¹, Pricell Rojas Núñez¹, Joshef Rivera Sandoval².

1. Estudiante de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.
2. Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile.

Introducción: La fractura subtrocantérica (FS) es un tipo de fractura de cadera, causa importante de discapacidad en personas mayores. Dada su alta morbilidad, mortalidad e impacto en salud mental y calidad de vida, este trabajo busca describir, frente al déficit de datos nacionales, la epidemiología regional de egresos hospitalarios (EH) por FS en Chile entre 2020-2022.

Materiales y métodos: Investigación cuantitativa, observacional, descriptiva de prevalencia, con temporalidad retrospectiva para los EH por FS entre 2020 y 2022, utilizando datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Agrupando por región, sexo y rango etario (RE), calculando tasas anuales por cada 100.000 habitantes, con información del Instituto Nacional de Estadísticas. Para el análisis se utilizó Microsoft Excel®. Al utilizar datos públicos, no se requirió comité de ética. Se excluyeron datos de procedencia no especificada y extranjeros.

Resultados: A nivel nacional, el RE con mayores tasas de EH por FS fue de ≥ 80 años, con una Tasa Anual Promedio (TAP) 0,59, con predominio del sexo femenino (TAP 0,47). Se observaron mayores tasas en mujeres de ≥ 80 años en la región de Los Ríos (TAP 2,37; hombres 0,41; mujeres 0,9). La región con TAP más baja corresponde a Arica y Parinacota (TAP 0 en RE de 45-64).

Discusión y conclusiones: En Chile, se identificaron mayores TAP de EH por FS en el RE ≥ 80 años, con predominio del sexo femenino, lo que concuerda con la literatura sobre FS. Los casos totales de EH por FS han ido en aumento progresivo desde el año 2020, obteniéndose un total de 203, 237 y 268 en 2020, 2021 y 2022 respectivamente.

Se sugiere especial atención a la FS, pues su identificación y estabilización temprana benefician al paciente. Como medida de prevención, se invita a seguir concientizando sobre las caídas, sus complicaciones y el efecto positivo del ejercicio físico.

Palabras claves: Epidemiología, Fractura de Cadera, Traumatología

Autor/a corresponsal: Agustín Esteban Puga González (agustin.puga@medicina.ucsc.cl)

RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE TUMORES DE MEDIASTINO: CARACTERÍSTICAS, SUPERVIVENCIA Y RESULTADOS DE UNA COHORTE.

Alejandro Pérez Grandón¹, Patricio Madrid Cáceres¹, Bastián Ruiz Matamala², Juan Pablo Romero Vera², Roberto Gonzáles Lagos³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
3. Cirujano cardiovascular, Clínica Andes Salud, Concepción, Chile.

Introducción: Los tumores de mediastino (TM) son una entidad heterogénea; neoplasias epiteliales del timo (NET), quistes de mediastino (QM) y teratomas son los más frecuentes. Se clasifican según su localización e histología. El tratamiento es predominantemente quirúrgico. El objetivo es describir las características clínicas, resultados del tratamiento quirúrgico y supervivencia de una cohorte de TM resecados.

Materiales y métodos: Alcance descriptivo. Revisión de base de datos prospectivas, fichas clínicas y Servicio de registro civil e Identificación de Chile, de pacientes del Hospital clínico Regional de Concepción, con diagnóstico de TM y QM operados con intención resectiva, entre Enero-2012 y Diciembre-2022. Se contó con aprobación del comité ético-científico del Servicio de Salud Concepción. Se describió variables epidemiológicas, presentación clínica, histología y morbilidad. Se calculó supervivencia estimada a 5 años mediante Kaplan-Maier, y se comparó supervivencia según variables seleccionadas con prueba log-rank. Para el análisis estadístico se utilizó SPSSv25®, se consideró significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados: Nuestra cohorte fue de 95 casos en total, 57,9% mujeres, edad promedio de $51,7 \pm 16$ años. Asintomáticos 24,2%, sintomáticos con dolor torácico 36,8%, disnea 28,4% y tos 22,1%. Localización anterosuperior en 69,5%, posterior 15,8% y medio 14,7%. Se logró resección R0, R1 y R2 en 81,1%, 10,5% y 8,4%, respectivamente. NET 34,7%, QM 24,2% y teratoma 13,7%. Solo el 10,5% presentaron complicaciones postoperatorias. Mortalidad operatoria 0% y mortalidad a 5 años 17,9%. Se observó diferencia estadísticamente significativa en supervivencia según grado de resección R0 versus no R0 (84,4% versus 66,7%, respectivamente, $p = 0,033$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en supervivencia según localización ni tipos histológicos.

Discusión y conclusiones: Los TM abarcan múltiples etiologías y en nuestra serie predominaron las NET, QM y teratoma. Registran baja morbilidad, y la supervivencia a 5 años es determinada significativamente por el grado de resección. La supervivencia estimada es similar a lo presentado en otras series internacionales.

Palabras claves: Morbilidad, Neoplasias del mediastino, Supervivencia

Autor/a corresponsal: Alejandro Pérez Grandón (flatale98@gmail.com)



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



**UNIVERSIDAD
DE LA FRONTERA**

ANACEM
CHILE