

Libro de resúmenes

I Jornada de Investigación en Medicina 2024

**Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad San
Sebastián de Puerto Montt**



Índice

Objetivo y agradecimientos	2
Comité Organizador.....	2
Comité Evaluador.....	4
Contacto.....	4
Trabajos de investigación.....	5
Casos clínicos: Menciones honoríficas.....	10
Casos clínicos.....	26

Objetivos y agradecimientos

A continuación, se presentan los trabajos científicos aceptados y presentados en la I Jornada de Investigación en Medicina, organizada por la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad San Sebastián de Puerto Montt (SCEMUSSPM).

El presente libro de resúmenes se ha emitido y difundido sólo en formato digital, no existiendo versión impresa. Dicho libro se encuentra disponible para descarga desde

(<https://drive.google.com/file/d/1FKfUG74ie7JkBGXNFxOb1ToyopOESIPm/view?usp=sharing>).

Desde ya, damos nuestros más sinceros agradecimientos a los miembros SCEMUSSPM 2024, al equipo organizador, al comité evaluador y al equipo de dirección de carrera, que han ayudado a hacer posible esta jornada.

Comité Organizador

SCEMUSS Puerto Montt

Eduardo Segovia Vergara

José Cisternas Venegas

Paula Aguilera Nuñez

Marcel Teneb Schiesewitz

John Bittner Solis

Erick Rivera Soto

Rocío Mena Maldonado

Comité Evaluador

Dr. Rodrigo Mansilla

Dr. José Caro

Dr. Felipe Imigo

Dr. Tomás Conteras

Dr. Cristóbal Maíz

Dr. Andrés Robertson

Dr. Nicolás Escudero

Dr. Michel Baró

Dr. Pablo Cosque

Sr. Álvaro Arredondo Barría

Dra. Ana María Matamala

Dra. María Altagracia

Dra. Carmen Fuentes

Dr. Mario Rivera

Dra. Gabriela Coulon

Contacto:

Correo de contacto: Todas las comunicaciones relevantes deben dirigirse a scemusspm@anacem.cl

Redes Sociales: Información adicional y actualizaciones se publicarán en el Instagram @scemusspm.

Trabajos de investigación:

ANÁLISIS DE DATOS EN HEMORRAGIA VÍTREA: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO EN EL PERIODO DE 2019 - 2022 EN CHILE.

Catalina Ortiz O. (1), Gabriela Rojas C. (1), César Rojas V. (2), Clarice Carvalho C. (3)

(1) Interna de Medicina, Universidad del Alba, Santiago.

(2) Médico Oftalmólogo, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

(3) Médica Oftalmóloga, Hospital San José, Santiago.

INTRODUCCIÓN:

La Hemorragia Vítrea (HV) es una complicación provocada por la extravasación de la sangre proveniente de los vasos retinianos en la cavidad vítrea. Posee una incidencia mundial de 7 casos por cada 100.000 habitantes, asociado a una elevada morbilidad que requiere manejo hospitalario. El objetivo es determinar la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por HV en el periodo de 2019 - 2022, en Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de la TEH por HV bajo las variables sexo, grupo etario y promedio de estadía hospitalaria. No hubo filtración de datos. Se estudiaron un total de 511 casos con diagnóstico de HV desde los 0 años hasta 80 y más años. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile. Los datos fueron procesados mediante Microsoft Office Excel. No se requirió valoración por un comité de ética.

RESULTADOS:

Se determinó una tasa del periodo de 0,73 casos/100.000 habitantes, que alcanzó su máximo el año 2019 con 1,27 casos/ 100.000 habitantes, donde predominó el sexo masculino con 0,78 casos por cada 100.000 habitantes. Con relación al rango etario, la mayor TEH se sitúa entre los 65 a 79 años. Se registró un Promedio de Estadía Hospitalaria (PEH) de 2,51 días, siendo el mayor PEH en el año 2019 con 3,15 días, donde las mujeres presentaron un promedio del periodo levemente más prolongado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

En el año 2019 se mostró un aumento de la TEH posiblemente asociada al alza de ingresos a las unidades de urgencias por trauma ocular en el contexto del estallido social. La mayor TEH según rango etario se concentró en la población de adulto mayor, pudiendo ser una consecuencia de las comorbilidades. Al contrastar la TEH según sexo, se contempló una inclinación por el sexo masculino en la mayoría del periodo, puesto que estos parecen presentar mayor índice de trauma ocular. En relación con el PEH no se hallaron discrepancias que fueran estadísticamente relevantes. Es interesante correlacionar los eventos nacionales con las estadísticas médicas u hospitalarias en este caso, incentivando a estudiar la epidemiología chilena para futuras investigaciones y su aplicación en la medicina actual.

PALABRAS CLAVE: Chile, Epidemiología, Hemorragia Vítrea, Retinopatía Diabética.

TENDENCIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD POR PANCREATITIS AGUDA EN CHILE, EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS (1997-2022).

Camila Díaz H. (1), Isidora Herrera T. (2), Monserrat Poisson C. (3), Aziel Soto M. (4), José Araya R. (5)

- (1) Estudiante de medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- (2) Interna Séptimo año Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- (3) Interna Sexto año Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- (4) Interno Sexto año Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- (5) Médico Cirujano, Servicio Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis aguda (PA) es la inflamación súbita del páncreas, que, según su gravedad, puede ser mortal. Su incidencia mundial va en aumento con 4,9 a 74,4 casos por cada 100.000 habitantes. En Chile, la incidencia es 39 a 43,7 casos por cada 100.000 habitantes. Su causa más común es la colelitiasis en 50% de los casos, seguida de la causa alcohólica, ambas patologías con alta incidencia en nuestro país, sin embargo, con escasos estudios sobre mortalidad, por ello se busca determinar la tendencia temporal y demográfica de la mortalidad por pancreatitis aguda en Chile entre 1997-2022.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio ecológico de registros chilenos rutinarios, de notificación obligatoria y públicos anonimizados, disponibles en el sitio web del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Todos fueron incluidos en el análisis (muestreo no probabilístico por conveniencia). Se consideraron las variables sexo, edad, región, fecha y lugar de defunción. Se calcularon las tasas de mortalidad específica (TME) y se realizaron pruebas de significancia estadística ($p < 0,05$) utilizando STATA-16. No se requirió aprobación ética.

RESULTADOS:

Muestreo de 7.382 registros en la base de datos. TME del periodo de 1,65/100.000 habitantes, mayor en 2021 (2,04/100.000 habitantes), observándose una línea de tendencia alcista (1,63%/año). TME son mayores en hombres (1,89/100.000 habitantes) que en mujeres (1,42/100.000 habitantes), siendo la diferencia no significativa ($p = 0,40$). Edad promedio de defunción de 65,74 (desviación estándar de 16,87). TME regionales comparativas con mayor valor en la Región de Magallanes (2,58/100 000 habitantes), con una marcada diferencia entre las regiones del centro-norte (Arica-Metropolitana) y centro-sur (O'Higgins-Magallanes) ($p < 0,0001$). El período de más defunciones se concentra en junio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Las muertes por PA presentan una tendencia alcista y mayor incidencia en regiones del centro-sur de Chile, posiblemente por alta prevalencia de colelitiasis; una intervención en los factores de riesgo modificables de la población podría disminuir la incidencia de esta patología y por consiguiente la PA junto a su morbilidad, sin embargo, se requieren más investigaciones para contrastar el estudio.

PALABRAS CLAVE: Chile, Mortalidad, Pancreatitis.

TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR CATARATA SENIL EN CHILE ENTRE 2019-2022: ACTUALIZACIÓN DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Catalina Ortiz O. (1), Gabriela Rojas C. (1), César Rojas V. (2), Clarice Carvalho C. (3)

(1) Interna de Medicina, Universidad del Alba, Santiago.

(2) Médico Oftalmólogo, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

(3) Médica Oftalmóloga, Hospital San José, Santiago.

INTRODUCCIÓN:

La Catarata Senil (CS) es una de las principales alteraciones visuales asociadas a la senilidad, provocada por la opacificación parcial o total del cristalino, siendo la causa más relevante de ceguera reversible a nivel mundial. Debido a la prevalencia de esta patología, se decide determinar la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por CS en el periodo 2019 - 2022 en Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y transversal de CS bajo las variables sexo, grupo etario y Promedio de Estadía Hospitalaria (PEH). Se estudiaron un total de 3.750 casos con diagnóstico de CS en personas a contar de los 65 años. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile. Los datos fueron procesados mediante Microsoft Office Excel. No se requirió evaluación por un comité de ética.

RESULTADOS:

Se determinó una TEH del periodo de 46,80 casos/100.000 habitantes, en donde se registró la menor TEH el año 2020 con 26,16 casos/100.000 habitantes y la mayor TEH fue en el año 2022 con 66,09 casos/100.000 habitantes. La TEH para el sexo femenino fue de 49,46 casos/100.000 habitantes y para el sexo masculino 43,29 casos/100.000 habitantes. Respecto al rango etario la mayor TEH fue en el grupo de 80 y más. Por último, se registró el mayor PEH en el año 2019 con 1,55 días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La TEH disminuyó el año 2020 posiblemente a causa de la pandemia por COVID-19, en donde las consultas oftalmológicas no eran prioridad a nivel nacional. Las mujeres presentan mayores TEH debido a que las mujeres son más longevas que los hombres. El rango etario de 80 y más años obtuvo la mayor TEH, ya que la CS posee una relación directamente proporcional con la edad. El mayor PEH fue en el 2019, el cual fue disminuyendo, lo que se relaciona con la necesidad de camas hospitalarias para pacientes contagiados con SARS-CoV-2. Es importante conocer la epidemiología nacional de la CS, ya que aumenta su prevalencia a través de los años en relación con el envejecimiento de la población, por lo tanto, es de suma relevancia formular políticas públicas para el correcto manejo médico y el diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVE: Catarata, Chile, Epidemiología, Trastornos de la Visión.

ESTENOSIS E INSUFICIENCIA DE LAS VÍAS LAGRIMALES EN CHILE ENTRE 2019-2022: UN ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE TASA DE EGRESO HOSPITALARIO.

Catalina Ortiz O. (1), Gabriela Rojas C. (1), César Rojas V. (2), Clarice Carvalho C. (3)

(1) Interna de Medicina, Universidad del Alba, Santiago.

(2) Médico Oftalmólogo, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

(3) Médica Oftalmóloga, Hospital San José, Santiago.

INTRODUCCIÓN:

La Estenosis e Insuficiencia de las Vías Lagrimales (EIVL) corresponden a una alteración de la vía lagrimal, que puede ser producida por un estrechamiento u obstrucción de algún punto de esta, la cual impide el correcto drenaje de las lágrimas. Las causas de esta patología son variadas, las cuales pueden ser anatómicas o funcionales. El objetivo es determinar la Tasa de Egreso Hospitalario (TEH) por EIVL, entre 2019 - 2022 en Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre TEH por EIVL en el periodo de 2019 – 2022 en Chile, según sexo, grupo etario y días de estadía hospitalaria. No hubo filtración de datos. Se estudiaron 1.146 casos con diagnóstico de EIVL en personas de 0 a 80 y más años. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud de Chile. Los datos fueron procesados mediante Microsoft Office Excel. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS:

La mayor TEH se registró en el año 2019 con 2,7 casos/100.000 habitantes, por otro lado, la menor TEH fue en el año 2020 con 0,89 casos/100.000 habitantes. La TEH para el sexo femenino fue de 2,25 casos/100.000 habitantes y para el sexo masculino fue de 0,98 casos/100.000 habitantes. Respecto a grupos etarios, el rango entre 65-79 años obtuvo la mayor TEH con 5,66 casos/100.000 habitantes. Se registró que el Promedio de Estadía Hospitalaria (PEH) del periodo fue de 1,36 días.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La menor TEH por EIVL se evidenció en el 2019, en donde la destinación de camas hospitalarias fue redirigidas a pacientes respiratorios debido al contexto COVID19. Se observó que la TEH fue hasta dos veces mayor en mujeres, posiblemente por la anatomía del conducto nasolagrimal. Al comparar según rango etario hubo un alza en la edad de 65-79 años, asociado a disfunción lagrimal intrínseca por procesos de la vejez. En el PEH no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Es de relevancia conocer la epidemiología nacional de la EIVL, ya que afecta a una población amplia y en aumento, a través de la cual se pueden mejorar índices de calidad y funcionalidad en salud pública, logrando una mejor atención de parte del personal médico.

PALABRAS CLAVE: Chile, Epidemiología, Obstrucción del Conducto Lagrimal.

ACTUALIZACIÓN COLELITIASIS: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO ENTRE LOS AÑOS 2019 Y 2022.

Sophia Campodónico C (1), Polleth Navarrete L (1), Andrés Debrini S (1), Josefa Cartagena B (2), Paula Aldunate G (3)

(1) Estudiante de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta.

(2) Estudiante de Medicina, Universidad Andres Bello, Santiago.

(3) Médica Cirujana, Hospital el Carmen, Santiago.

INTRODUCCIÓN:

La colestitis es una enfermedad altamente prevalente que consiste en la formación de cálculos en la vesícula biliar, siendo una de las principales causas de ingresos hospitalarios en Chile, con altos costos en salud. La población chilena que padece la patología tiene mayor riesgo de cáncer de vesícula biliar (CVB). El objetivo de este estudio es describir la tasa de egreso hospitalario por colestitis durante el periodo 2019-2022 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y ecológico, donde se estudiaron las tasas de egreso hospitalario por colestitis y sus complicaciones en el periodo 2019 a 2022 en Chile. Los datos fueron obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Cálculo de TEH. No requirió revisión por parte del comité de ética.

RESULTADOS:

La TEH del período fue de 309,5 casos por cada 100.000 habitantes. Las mujeres presentaron mayor TEH con 423,3 casos por cada 100.000 habitantes. El rango etario con mayor TEH fue el de 65-79 años seguido del grupo de 45- 64 años, con una TEH de 539,5 y 464,6 por cada 100.000 habitantes respectivamente. La mayor estadía se observó en el sexo masculino con un promedio de estadía del periodo de 5,5 días. El mayor porcentaje de los casos fueron colestitis sin colecistitis, representando un 44,8%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La mayor TEH se registró en el año 2022. Esto puede deberse a que durante principios de 2020, Chile experimentó una baja de 38% en las cirugías electivas y de especialidad. Adicionalmente, el número de prestaciones entregadas por el sistema de Garantías Explícitas en Salud registró un número de 266.237 garantías atrasadas para finales de 2021. Se invita a realizar más estudios para crear estrategias en pos de disminuir los factores de riesgo modificables para disminuir la incidencia de hospitalizaciones por patología biliar benigna. Esto último cobra relevancia en nuestro contexto nacional donde la obesidad, la diabetes mellitus y el sedentarismo reflejan valores que van en aumento.

PALABRAS CLAVE: Colestitis, Colecistectomía, Hospitalización, Egreso, Complicaciones.

Casos clínicos: Menciones honoríficas

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO A SÍNDROME DE MAY-THURNER: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR

Matías Cisterna C. (1), José Antonio Dietz P. (1), Natalia Carrasco O. (1), Javier Bravo S. (1), Claudio Martínez J. (2)

(1) Interno de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

(2) Internista residente, Unidad de medicina hospitalaria, Clínica Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de May-Thurner (SMT) corresponde a una entidad clínica caracterizada por la compresión extrínseca del territorio ilíaco venoso entre el sistema arterial y las estructuras óseas (generalmente entre la arteria ilíaca común y la quinta vértebra lumbar). Esta compresión produce una obstrucción al flujo venoso normal, que en un inicio puede ser asintomática, sin embargo, puede progresar a oclusión y trombosis venosa. Clínicamente se suele presentar en mujeres entre la segunda y tercera década de vida, con aumento de volumen crónico de la extremidad inferior izquierda (EII) asociado a claudicación venosa.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente femenina de 23 años, usuaria de sertralina por trastorno del ánimo y uso de anticonceptivos orales, sin hábito tabáquico, se presenta al servicio de urgencia con una historia de dolor dorso-lumbar de 1 semana de evolución tras esfuerzo físico al cual se le agregó aumento de volumen de la EII. Al examen físico destaca taquicardia (111 lpm) y EII edematosa en zona femoral, dolorosa a la palpación. Dentro de su estudio destaca: ecotomografía Doppler de EII que informó trombosis venosa profunda (TVP) izquierda extensa desde ilíaca común hasta vena peronea; AngioTC de tórax que informó tromboembolismo pulmonar agudo segmentario bilateral multifocal, lobar derecho, sin signos de sobrecarga; laboratorio con parámetros inflamatorios bajos, sin disfunciones y biomarcadores cardíacos en rango normal. Paciente es sometida a tratamiento mediante trombectomía mecánica y anticoagulación, evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El oportuno diagnóstico de esta condición clínica subdiagnosticada confiere relevancia debido a que requiere de tratamiento endovascular (trombectomía, filtro de vena cava superior, angioplastia y colocación de stent) asociado al tratamiento anticoagulante para disminuir la recidiva del cuadro y evitar complicaciones como el síndrome post-trombótico.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de May-Thurner; Trombosis venosa profunda; Tromboembolismo pulmonar; Vena ilíaca común.

NEURORRETINITIS COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA INFECCIÓN POR BARTONELLA HENSELAE.

Gonzalo Ormeño N. (1), Pierina Polanco Z. (1), Cristian Valladares P. (2)

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

(2) Médico Cirujano EDF, Hospital Comunitario de Mejillones, Mejillones, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) es una entidad infecciosa, provocada por la bacteria *Bartonella henselae* (*B. henselae*), cuyo principal reservorio es el gato, suele ser una enfermedad autolimitada en humanos. Presenta un amplio espectro de presentación desde la portación asintomática hasta la diseminación hematógena y complicaciones sistémicas. La neurorretinitis como presentación aparece solo en el 1-2% de los casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Usuaría de 44 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 compensada, consultó por cuadro de 14 días de fiebre intermitente, de predominio vespertino, asociado a astenia, cefalea y disminución de agudeza visual (AV) de ojo derecho en los últimos 2 días. Al examen físico destacó la presencia de disminución de la AV central unilateral, fondo de ojo con edema macular y papila de borde difuso, sin otra focalidad neurológica. Se hospitaliza para completar estudio con: laboratorio básico, serología de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis, hemocultivos, estudio de punción lumbar y resonancia magnética cerebral, resultados dentro de rango normal. Evaluada por Oftalmología, se realizó Tomografía de coherencia óptica con hallazgos de edema papilar y área macular con atrofia foveal, con prueba positiva de inmunoglobulina G (IgG) para *B. henselae* títulos de 1/1024. Se indica tratamiento antibiótico ambulatorio con Azitromicina más Rifampicina y corticoterapia oral, con resolución de alteraciones oftalmológicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La manifestación ocular más frecuente de la EAG es la neurorretinitis, que aparece en el 1-2% de los casos, caracterizándose disminución de la agudeza visual, indolora, por edema del disco óptico. El diagnóstico es con criterios clínicos y epidemiológicos, con confirmación serológica (Inmunoglobulinas M y G). El tratamiento consta en tratamiento antibiótico bi-asociado, esquema más común Azitromicina/Rifampicina, apoyado con corticoides, pero con bajo nivel de evidencia. En conclusión, la presencia de fiebre prolongada y compromiso visual deben hacernos plantear la infección por *B. Henselae*, buscar nexo epidemiológico y solicitar el estudio respectivo. El tratamiento es controversial, pero se sugiere iniciar precozmente para evitar secuelas.

PALABRAS CLAVE: *Bartonella Henselae*; Retinitis; Enfermedad por Arañazo de Gato.

SIRINGOMA CONDROIDE INFRACLAVICULAR, SIMULADOR DE DERMATOFIBROMA: REPORTE DE UN CASO.

Francisca Flores G (1), Nicolás Merino C (1), Valentina Prieto N (1), Franco Torrejón H (1),
Sofía Pinedo R (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

(2) Médico Cirujano, becada de Cirugía, Universidad Finis Terrae.

INTRODUCCIÓN:

El Siringoma Condroide (SC) es un tumor de la piel poco frecuente, con una incidencia documentada de aproximadamente 0,01%. Generalmente tiene un comportamiento benigno, pero se han descrito formas malignas del tumor. Su origen histológico es a partir de glándulas ecrinas y/o apocrinas, y tienen componente mixto epitelial y mesenquimático. La palabra condroide en su denominación indica el componente similar al cartílago que se observa en la mayoría de estos tumores. Clínicamente se presentan como nódulos subcutáneos firmes, asintomáticos, con crecimiento lento o sin cambio de tamaño a lo largo de los años y con ubicación frecuente en cabeza y cuello. Es de relevancia el conocimiento de este tipo de tumor para su sospecha, correcto manejo y adecuado seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 68 años, sin antecedentes de relevancia. Consultó en atención primaria de salud (APS) por nódulo infraclavicular, pruriginoso y doloroso a la palpación. Refirió que su aparición fue posterior a un rasguño de gato doméstico 20 años atrás y que su crecimiento fue lento y progresivo en el tiempo. Al examen físico se observó una pápula firme en la zona infraclavicular derecha, en forma de cúpula, circular con bordes bien delimitados, de 2 cm de diámetro e hiperpigmentada. A la palpación estaba fijo al subcutáneo y sin signo del hoyuelo. El diagnóstico presuntivo de la lesión fue dermatofibroma. Se realizó extracción quirúrgica con estudio histopatológico que informó: "Tumor de anexo cutáneo: SC". Se definió seguimiento periódico de la paciente para evaluar reaparición de la lesión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Las lesiones cutáneas benignas son una consulta frecuente en APS y los dermatofibromas son uno de los tumores cutáneos benignos más comunes, por lo que es frecuente su planteamiento como diagnóstico principal. Se presentan como pápulas firmes, de crecimiento lento y diámetro menor de 2 cm, características concordantes con las observadas en la lesión de la paciente. Puede ser un desafío distinguir el dermatofibroma de otros tipos de tumores de la piel y el SC es un diagnóstico diferencial poco común, por lo que es importante realizar estudio histopatológico en caso de que estas lesiones sean sintomáticas, crezcan o presenten características atípicas.

PALABRAS CLAVE: Siringoma; Histiocitoma Fibroso Benigno; Adenoma Pleomórfico; Dermatología.

LA RELEVANCIA DE CONOCER ENFERMEDADES POCO COMUNES, HIDRADENITIS SUPURATIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Francisca Vera D-M. (1), Thomas Sánchez S. (1), Gabriela Olavarría P. (1), Carlos Sepúlveda S. (2) y María González A. (3)

(1) Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.

(2) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

(3) Dermatóloga, Práctica Privada, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La hidradenitis supurativa (HS) corresponde a una enfermedad inflamatoria del folículo pilosebáceo, que se presenta principalmente en mujeres jóvenes predispuestas genéticamente. La clínica se caracteriza por lesiones inflamatorias dolorosas y profundas en áreas axilar, submamaria e inguinal. Se presenta en un 0.7-1.2% de la población en Estados Unidos, pero en Chile existen escasos estudios sobre su prevalencia. Se asocia a múltiples comorbilidades, incluyendo las de naturaleza psiquiátrica. Por lo tanto, el propósito de este caso es demostrar la importancia de conocer patologías poco comunes para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 23 años con antecedentes de tabaquismo activo, consultó por 4 lesiones inflamatorias supurativas y dolorosas en área axilar, sin la aparición de túneles. Refiere haber sido diagnosticada con HS hace 8 años, presentando respuesta parcial a Doxiciclina oral, Clindamicina y Resorcinol tópicos, motivo por el cual tenía pocas esperanzas en el tratamiento. Sin otras comorbilidades. Este cuadro se diagnosticó como una HS leve según la estadificación de Hurley modificada y no se solicitaron exámenes complementarios. Se indicó Clindamicina tópica al 1% y medidas generales de cuidados. Entre ellas cese del tabaco, ropa holgada, depilación láser, manejo de peso y dieta balanceada. Se evaluó la respuesta a las 12 semanas con un control completo de las lesiones. Por lo que, se mantuvieron las medidas generales y se suspendió el tratamiento farmacológico. La paciente verbalizó en la consulta que la implementación de medidas generales mejoró significativamente su calidad de vida. La paciente firmó un consentimiento informado para este caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

En resumen, la HS es una enfermedad de baja prevalencia, por lo que es poco probable encontrarse con esta patología. No obstante, es fundamental resaltar la importancia de adquirir conocimientos adecuados para su abordaje. Especialmente, al vincularse con un impacto extremadamente grande de la calidad de vida en el 50% de los casos sumado a un miedo a la estigmatización generando ansiedad, depresión y abuso de opioides. Esta paciente fue capaz de mejorar su calidad de vida al implementar medidas generales de cuidados. Por lo tanto, es esencial saber tratar diversas patologías a pesar de su baja prevalencia.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, Dermatología, Hidradenitis Supurativa.

¡NO TODO ES PROTOCOLO HEARTS! TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN SECUNDARIA A LENVATINIB, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Maytte Jiménez M. (1), Sabrina Maita F. (1), Constanza Sepúlveda B. (1), Rosario Ossandón F. (1), Camila Rodríguez C. (2).

(1) Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

(2) Médico Cirujano, EDF, CESFAM Rosa Vascapé Zarzola, Arica.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial tiene una prevalencia de 27% en Chile, 10% corresponde a hipertensión secundaria (HTAs) pudiendo esta ser ocasionada por fármacos. HEARTS es un protocolo de tratamiento estándar masificado por la Organización Mundial de la Salud, es considerado una opción terapéutica en atención primaria de salud (APS) en hipertensión esencial. Se presenta el caso de un paciente con HTAs tratada con protocolo HEARTS y su respuesta con el propósito de enfatizar en la importancia de realizar un análisis personalizado de cada paciente al momento de enfrentarse a una HTAs.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 57 años tiroidectomizado por cáncer de tiroides con metástasis pulmonar, en tratamiento con Levotiroxina y Lenvatinib (LVTN), presentó presiones elevadas en rango de crisis hipertensiva en múltiples controles en APS posterior al inicio del antineoplásico, siendo este un efecto adverso esperable al medicamento se inició tratamiento con Losartán y Amlodipino según protocolo HEARTS. A pesar del tratamiento, no consiguió metas de presión arterial dentro de rango normal por lo que se escaló en dosis según protocolo. Por persistencia de HTAs a LVTN, a pesar de manejo farmacológico con buena adherencia, se decidió discontinuar tratamiento antineoplásico manteniendo antihipertensivos. Posteriormente presentó episodios de hipotensión sintomática por lo que se tituló dosis de antihipertensivos a la baja hasta su suspensión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

En presencia de tratamiento antineoplásico se debe sospechar HTAs, siendo un efecto adverso frecuente e indeseado. En el caso presentado se inició tratamiento según HEARTS, sin embargo, en HTAs a LVNT la literatura sugiere iniciar con inhibidores de receptores de angiotensina, seguido por bloqueadores de canales de calcio y betabloqueadores. La evidencia aún es mixta, no existiendo un consenso internacional sobre el manejo específico de HTAs a antineoplásicos, sin embargo, el inicio de tratamiento según pautas realizadas para hipertensión esencial en HTAs a LVTN puede llevar a un manejo inadecuado, deterioro clínico y eventual suspensión del antineoplásico empeorando el pronóstico a corto y largo plazo. Al detectar HTAs es crucial evaluar integralmente al paciente para individualizar su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Antihipertensivos, Antineoplásicos, Hipertensión.

CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON INMUNOSUPRESIÓN DE CAUSA DESCONOCIDA: CASO CLÍNICO.

Bernardo Kasztan D (1), Sebastián Zamorano N (1), Francisca Plaza C (1), Sofía Ramírez C (1), Camila González B (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

(2) Médico General, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La criptococosis es una infección micótica grave generada por levaduras del complejo *Cryptococcus neoformans*. Es adquirida por inhalación de levaduras en el ambiente, que alcanzan los alvéolos pulmonares produciendo una infección oportunista. Tiene tropismo por el sistema nervioso central, aunque puede proliferar en cualquier órgano. El principal factor de riesgo es la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), especialmente cuando el recuento de linfocitos T CD4 se encuentra bajo 100 células/ul. Este caso pretende mostrar la rareza de la criptococosis en ausencia de VIH, enfatizando su diagnóstico y manejo oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 37 años, sana, consultó por tos productiva de 2 meses de evolución, asociado a inapetencia, baja de peso y sensación febril. Niega uso de corticoides. Se le diagnosticó neumonía atípica, por lo que fue tratada ambulatoriamente con azitromicina. Por persistencia de síntomas fue derivada a hospital donde se solicitó radiografía de tórax que mostraba adenopatías mediastínicas e hiliares compatibles con tuberculosis o neoplasia. Se hospitaliza para completar estudio, destacando fibrobroncoscopia positiva para *Cryptococcus neoformans* con prueba de tinta china en líquido cefalorraquídeo negativa. Se solicitó escáner de encéfalo resultando normal y escáner de tórax, abdomen y pelvis que muestra condensación pulmonar izquierda cavitada y lesiones focales similares en hígado y bazo. En lo inmunológico destacaba serología VIH, virus linfotrópico de células T humanas tipo II y virus hepatotropos negativas, proteína C reactiva para tuberculosis no reactiva, recuento de inmunoglobulinas normales y de linfocitos CD4 disminuidos, con biopsia de médula ósea sin alteraciones. Finalmente se concluyó inmunosupresión celular de predominio CD4 idiopática. Se trató con anfotericina B desoxicolato y fluconazol. La imagen de control al mes mostró disminución de consolidación pulmonar con desaparición de la cavitación, por lo que se decidió alta médica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Es poco frecuente que la criptococosis se presente en jóvenes sin antecedentes de inmunodeficiencia conocida. Hasta el 90% de los casos son portadores de VIH. Por ello, resulta importante realizar un estudio diagnóstico completo, incluyendo hemocultivo, líquido cefalorraquídeo y de otros órganos dependiendo de la clínica, siendo necesario incluirlo dentro de los diagnósticos diferenciales de tos crónica.

PALABRAS CLAVE: Criptococosis, *Cryptococcus neoformans*, Neumonía, Huésped Inmunocomprometido.

¡NO OTRA VEZ! CELULITIS RECURRENTE EN EXTREMIDADES INFERIORES, EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO E INDICACIÓN DE PROFILAXIS.

Rosario Ossandón F. (1), Constanza Sepúlveda B. (1), Sabrina Maita F. (1), Camila Gutiérrez G. (1), Nerio Boscan P. (2).

(1) Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

(2) Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. César Garavagno Burotto, Talca.

INTRODUCCIÓN:

La celulitis es una infección bacteriana de la piel y tejidos blandos, la cual representa hasta un 10% de los ingresos hospitalarios. Existen factores predisponentes locales como linfedema, insuficiencia venosa y tiña pedis; y sistémicos como obesidad, tabaquismo y diabetes, los cuales influyen en la recurrencia del cuadro. Revisiones sugieren el uso de profilaxis al presentar 2 o más episodios de celulitis. Se presenta caso con el objetivo de enfatizar en los factores de riesgo e indicaciones de profilaxis que pueden cambiar el curso de la enfermedad, disminuyendo así la recurrencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 45 años con antecedentes de alergia a cefalosporinas, obesidad, tiña pedis, insuficiencia venosa crónica, trombosis venosa profunda (TVP), erisipela y múltiples hospitalizaciones por celulitis en extremidad inferior izquierda. Última hospitalización en marzo del 2024 por sepsis de foco cutáneo por *Enterococcus faecalis* tratada con penicilina y clindamicina por 14 días.

Ingresa nuevamente en abril al servicio de urgencias por sintomatología compatible con celulitis en extremidad inferior derecha (EID). A su ingreso se indicó linezolid y se descartó trombosis de EID. A pesar del tratamiento, persistió con mala evolución clínica, elevación de parámetros inflamatorios y hemocultivos negativos. Por historia de recurrencia se realizó traslape de esquema antibiótico a vancomicina, penicilina y clotrimazol tópico con buena respuesta. Completó 14 días de tratamiento y fue dada de alta con clotrimazol tópico como profilaxis.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La recurrencia de celulitis se asocia a múltiples factores de riesgo, en el caso expuesto la paciente presenta factores locales y sistémicos que contribuyen a la recurrencia del cuadro. La literatura recomienda el uso de profilaxis antibiótica en pacientes con 2 o más episodios de celulitis o que presenten factores predisponentes. Se sugiere el uso de penicilinas o clindamicina, sin embargo, la paciente presentada no recibió profilaxis en hospitalizaciones previas, a pesar de tener indicación basada en la evidencia. Además, la profilaxis indicada al alta fue insuficiente según las recomendaciones actuales. En conclusión, la intervención de factores de riesgo y uso adecuado de profilaxis es esencial para evitar la recurrencia de los pacientes con celulitis, es deber del médico el conocimiento y actualización al respecto.

PALABRAS CLAVE: Celulitis, Factores de Riesgo, Profilaxis Antibiótica

¡NO OLVIDEMOS EL MAL DE POTT! LUMBAGO EN POBLACIÓN MIGRANTE, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR.

Camila Gutiérrez G. (1), Sabrina Maita F. (1), Maytte Jiménez M. (1) Rosario Ossandón F. (1), Nerio Boscan P. (2).

(1) Interna de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

(2) Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. César Garavagno Burotto, Talca.

INTRODUCCIÓN:

La Espondilodiscitis tuberculosa, conocida como “Mal de Pott” representa el 1% de todos los casos de tuberculosis (TBC). Suele presentarse con lumbalgia moderada a intensa por la desintegración de vértebras, compromiso de raíces nerviosas y fracturas patológicas. En Chile la prevalencia de TBC es de 14-20 casos por 100.000 habitantes, en 2020 un 25.7% correspondió a extranjeros, principalmente de nacionalidad peruana y haitiana. El objetivo del caso es incentivar la sospecha de TBC extrapulmonar al enfrentarse a población migrante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino haitiano de 29 años con múltiples consultas ambulatorias y en servicio de urgencia por lumbalgia inespecífica en un periodo de 4 meses con tratamiento sintomático. Evolucionó con diaforesis, migración del dolor hacia zona dorsal, paresia de extremidades inferiores progresiva y posteriormente pérdida de la marcha, por lo que se decidió hospitalizar para estudio. Se realizó laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, serología de Virus de la inmunodeficiencia humana y hepatotropos negativos. Escáner de tórax con derrame pleural derecho e infiltrado cicatricial en lóbulo superior izquierdo, resonancia magnética nuclear de columna que informó fractura patológica de cuerpos vertebrales T5 y T7, destrucción completa del cuerpo vertebral T6 con acentuada raquiestenosis focal, espondilitis tuberculosa entre T4 y T7 que determina mielopatía compresiva dorsal, abscesos pre y paravertebrales. Ingresó a pabellón para artrodesis posterior dorsal con cultivos de colección paravertebral positivos para TBC, por lo que se inició tratamiento antibiótico con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol. Se mantuvo hospitalizado durante 4 meses con terapia de rehabilitación y antibióticos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Debido a fenómenos migratorios, en los últimos años ha llegado una nueva carga de enfermedades para las cuales se debe estar preparado. Los pacientes con Espondilodiscitis tuberculosa presentan inicialmente lumbago inespecífico, momento en el que la literatura sugiere un diagnóstico precoz para evitar complicaciones como deformidad, inestabilidad y déficit neurológico. Sin embargo, dada la baja prevalencia en nuestro país, el diagnóstico puede verse retrasado. Por esto ante pacientes policonsultantes por lumbalgia, sobre todo provenientes de países con alta prevalencia de TBC se debe poner en alerta, realizar estudios oportunos y derivaciones necesarias, tratando así de ampliar la búsqueda de diagnósticos diferenciales.

PALABRAS CLAVE: Espondilodiscitis, Mycobacterium tuberculosis, Tuberculosis de la Columna Vertebral.

DISFONÍA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO (ADENOMA PARATIROIDEO GIGANTE). REPORTE DE CASO.

Sebastián Fuentealba M. (1), Nicolás Cerda G. (1), Pablo Diocaretz V. (1), Nicolás Ahues P. (1), Vicente Ruf T. (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

(2) Médico Cirujano, CECOSF Tres Esquinas, Bulnes, Chile

INTRODUCCIÓN:

El Hiperparatiroidismo primario (HPP) es una patología endocrina que genera alteración en el metabolismo del Calcio debido a una producción autónoma de hormona paratiroidea (PTH). El adenoma paratiroideo es responsable de un 85% de los casos aproximadamente. Más del 50% de los casos son asintomáticos; algunas manifestaciones clínicas son nefrolitiasis y osteopenia. En este caso se presenta un adenoma paratiroideo (AP) gigante (>3.5g y >2 cm) el cual cursa con disfonía; un síntoma infrecuente de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 65 años sin antecedentes mórbidos; consultó por cuadro de disfonía progresiva de 2 meses de evolución, sin otros síntomas asociados. Se realizó estudio con fibrobroncoscopia que evidenció parálisis cordal derecha y TAC de Tórax con contraste, la cual informó lesión quística en mediastino superior a nivel paratraqueal derecho con compromiso de estructuras vecinas. Se complementó estudio con exámenes de laboratorio donde destacó PTH 155 pg/ml (VN 15-65) y Calcio 11.1 mg/dL (VN 8.80-10). Paciente fue hospitalizado para ingreso a pabellón; se realizó cervicotomía anterior transversa, se identificó masa paratraqueal en relación a nervio laríngeo recurrente derecho del cual se logró separar satisfactoriamente. La masa midió 3.5x 2.5x 1.5cm, pesó 11g. Se observó indemnidad de estructura completa del nervio laríngeo recurrente en su trayecto cervical. 1 mes después en control post operatorio el paciente presentó recuperación notable de voz. Resultado de biopsia indicó AP de células claras.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El HPP es una patología cuyos síntomas están relacionados al metabolismo del Calcio; en este caso se exhibe una presentación debido a causa anatómica. Es importante realizar una buena anamnesis y examen físico para caracterizar la disfonía. En este caso clínico es relevante descartar malignidad; más específicamente un carcinoma paratiroideo (aunque es la causa menos frecuente de HPP)

PALABRAS CLAVE: Adenoma Paratiroides, Disfonía, Hiperparatiroidismo Primario.

UN GIGANTE OCULTO: ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÁNDULA PARÓTIDA EN ESPACIO PARAFARÍNGEO. REPORTE DE CASO.

Daniela Viza R. (1), María Duhart R. (2), Juan Scarton P. (3).

(1) Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile.

(2) Interno de Medicina, Universidad del Alba, La Serena, Chile.

(3) Médico Cirujano, Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital San Juan de Dios de La Serena, La Serena, Chile.

INTRODUCCIÓN:

El espacio parafaríngeo (EPF) es un área en forma de cono invertido cuyos límites son el hueso temporal (superior), unión del vientre posterior del músculo digástrico con el hueso hioides (ápex), fascia bucofaríngea (medial) y capa superficial de fascia cervical profunda sobre el espacio masticatorio y lóbulo profundo de parótida (LPP). Los tumores del EPF son raros, mayormente benignos, de origen glandular salival e histológicamente tipo adenoma pleomorfo (AP). El objetivo de este reporte de caso es ampliar el entendimiento de esta patología, abarcando aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento, con miras a facilitar un manejo clínico apropiado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo masculino de 42 años consultó por aumento de volumen preauricular izquierdo de un año de evolución, asintomático. Se tomó tomografía computarizada (TC) reportando masa multilobulada, homogénea, de márgenes definidos, en parótida izquierda, tamaño 4 x 7 x 6 cm, con efecto masa desplazando EPF hacia medial. Muestra de biopsia reportó AP. Se realizó parotidectomía total preservando el nervio facial. Paciente evolucionó favorablemente sin signos de parálisis facial, actualmente en seguimiento en policlínico. Considerando imagenología e histología se diagnosticó AP de LPP en EPF.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Los tumores del EPF son extremadamente escasos. De naturaleza benigna (80%) y maligna (20%), mayoritariamente de glándulas salivales (principalmente parótida) e histológicamente de tipo AP. Cursan asintomáticamente hasta alcanzar un tamaño límite presentando aumento de volumen cervical, otalgia, disfagia, etc. El diagnóstico comprende imagenología e histopatología; primeramente, se realiza TC o resonancia magnética para definir origen, extensión y efecto masa (desplazamiento de EPF orienta origen tumoral). Luego histopatología para diferenciar la lesión de otras neoplasias de EPF y descartar malignidad apoyándose en la Clasificación de Milán. Ambos estudios dictaminan el tratamiento definitivo que en este caso es la resección total del tumor preservando inervación (nervio facial, ramas trigémino, hipogloso y/o nervio lingual). Aunque el pronóstico es favorable, la literatura describe un considerable porcentaje de recurrencia (7 - 15%) y malignización (1,5 - 9,5%). En conclusión, el enfrentamiento se basa en la anamnesis, examen físico asociado a imagenología e histopatología, tras tratamiento es oportuno asegurar el seguimiento para identificar recurrencias y malignización de lesiones.

PALABRAS CLAVE: Adenoma Pleomórfico, Espacio Parafaríngeo, Glándula Parótida.

INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA COMO COMPLICACIÓN DE UNA DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR: REPORTE DE UN CASO.

Cristóbal Céspedes C (1), Franco Torrejón H (1), Isabel Retamal K (1), Valentina Prieto N (1), Kai Chang H (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

(2) Médico Cirujano, becado medicina interna, Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión portal es un síndrome clínico que se desarrolla en pacientes con cirrosis y puede provocar complicaciones, como hemorragia variceal, ascitis y encefalopatía hepática (EH). La instalación de una derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) ha sido recomendada para reducir la presión portal al crear un canal de baja resistencia entre la vena hepática y una rama intrahepática de la vena porta, pero no está exenta de complicaciones. Se expone un caso clínico que evidencia una descompensación de insuficiencia cardíaca (IC) como complicación de un TIPS, con el objetivo de demostrar la relevancia de una adecuada selección de pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 74 años, con antecedente de Daño Hepático Crónico Child B por colangitis biliar primaria, y ascitis resistente-intratable, se encontraba en evaluación por médico tratante para realización de un TIPS. Contaba con ecocardiograma con FEVI preservada y aurícula izquierda con aumento severo de volumen, asintomática del área cardiológica. Acude a urgencias por aumento del perímetro abdominal y disnea. En urgencias se constata bradipsíquica, con asterixis y ascitis a tensión. Se realizaron exámenes donde se encontró pancitopenia, hipoalbuminemia, perfil hepático con patrón colestásico y creatinina elevada. Se decidió hospitalización para manejo e instalación del TIPS. Posterior al procedimiento, la paciente evolucionó disneica, con crépitos bilaterales, ascitis y extremidades inferiores edematosas, con BNP elevado, por lo que se realizó el diagnóstico de IC descompensada. Fue manejada con terapia depleitiva con mala respuesta. Finalmente se decidió reducción del calibre del TIPS.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La descompensación de la IC es una complicación del TIPS, que se produce por un desplazamiento del volumen de sangre desde la circulación esplácnica a la circulación sistémica, aumentando el retorno venoso al corazón, el gasto cardíaco y las presiones del corazón derecho. La evaluación cardíaca previa puede ayudar a identificar pacientes con riesgo de descompensación después de la inserción del TIPS, sin embargo, se requieren más estudios sobre factores clínicos, biomarcadores y hallazgos de imagen que podrían ayudar a predecir complicaciones y ver qué pacientes tolerarán los cambios hemodinámicos posteriores al procedimiento, evitando así exponer a pacientes a mayores riesgos que beneficios, como resultó ser en este caso.

PALABRAS CLAVE: Cirrosis Hepática; Derivación Portosistémica Intrahepática Transyugular; Hipertensión Portal.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ACROMEGALIA EN CONTEXTO DE ADENOMA PLEOMORFO: CASO CLÍNICO.

Bernardo Kasztan D (1), Sebastián Zamorano N (1), Francisca Plaza C (1), Sofía Ramírez C (1), Camila González B (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

(2) Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN:

La acromegalia es una enfermedad rara, que ocurre por hipersecreción de hormona del crecimiento (GH) y de factor de crecimiento insulínico 1 (IGF-1). Se manifiesta como crecimiento anormal de huesos, tejidos blandos y desregulación en el metabolismo de la glucosa. Afecta entre 5 y 10 de cada 100.000 habitantes y 90% son causados por adenomas hipofisarios. Es una patología insidiosa, retrasando su diagnóstico entre 7 y 10 años, aproximadamente. Por otro lado, el adenoma pleomorfo es un tumor benigno frecuente de las glándulas salivales, de etiología desconocida. Este caso pretende mostrar la coexistencia de ambas patologías y su posible asociación.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 53 años, sano, consulta por aumento de volumen localizado en la mandíbula desde hace cuatro meses. Además, refiere percibir en el último año cambios en su morfología corporal, ronquidos de inicio reciente y fatigabilidad diurna. Al examen físico presenta aumento de volumen firme, indoloro, no adherido sobre la articulación temporomandibular (ATM) derecha, labios engrosados, macroglosia, rasgos faciales toscos, manos y pies voluminosos; examen neurológico normal. Se realiza una resonancia magnética que diagnostica adenoma pleomorfo sobre la ATM derecha y aumento del tamaño de la silla turca por proceso expansivo que desplaza el tejido y tallo hipofisario. La lesión capta contraste y mide 12x10x14 mm³, consistente como macroadenoma hipofisario. Se pidieron exámenes complementarios donde destaca insulina basal, GH e IGF-1 aumentados; hormonas tiroideas, prolactina, testosterona y cortisol normales. Finalmente el paciente fue derivado para resección de macroadenoma vía transnasal endoscópica, realizada sin inconvenientes y es dado de alta con hidrocortisona oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Se ha visto que en acromegálicos aumenta la incidencia de neoplasias tanto benignas como malignas. En este caso, el paciente logró recibir su diagnóstico tempranamente, consultando por el adenoma pleomorfo mandibular. Si no se trata precozmente, puede desarrollar comorbilidades como hipertensión, diabetes y apnea del sueño. Se ha visto que el gen 1 del adenoma pleomorfo (PLAG1), que está mutado en los adenomas pleomorfos, también es un gen que predice la efectividad del tratamiento médico de la acromegalia con análogos de somatostatina. Quizás exista una correlación entre ambas patologías, pero se requieren más estudios para averiguarlo.

PALABRAS CLAVE: Acromegalia; Adenoma Somatotropo; Adenoma Pleomorfo.

INTRUSO SILENCIOSO: APENDICITIS AGUDA PARASITARIA.

Marcelo Espinoza P (1), Josefa Gleisner B (1), Gonzalo Álvarez A (2).

(1) Interna/o de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile

(2) Cirujano General, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La apendicitis es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, y su tratamiento más aceptado es la apendicectomía. La mayoría de los casos se trata de obstrucción del lumen apendicular por fecalito en edad adulta o por hiperplasia folicular linfoide en jóvenes. Sin embargo, en un 0,05-3% de los casos se identifica la presencia de parásitos, como agente causal, dentro de los cuales destacan Enterobius, Ascaris y Giardia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 23 años sin antecedentes médico-quirúrgicos, consulta en el servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 2 días de evolución, de inicio en epigastrio y posterior localización en FID asociado a náuseas y vómitos. A la palpación abdominal se identifica signo de Blumberg (+). Se realiza estudio con exámenes en los cuales impresiona leucocitosis con eosinofilia de 80%. Dada la clínica se sospecha de apendicitis aguda, cirujano de turno confirma diagnóstico y se decide traslado a pabellón de urgencias para realizar laparoscopia exploradora. En el intraoperatorio se evidencia apéndice cecal congestivo, con presencia de líquido libre purulento, posterior a la extracción del apéndice cecal se logra observar salida de un gusano que impresiona ser Enterovius. La paciente evoluciona satisfactoriamente y se decide dar el alta al segundo día postoperatorio con mebendazol en dosis única. Paciente se cita a control donde trae informe anatomopatológico que confirma apendicitis flegmonosa con presencia de Enterobius vermicularis en el lumen apendicular.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La parasitosis como causa de apendicitis aguda es un cuadro infrecuente, se debe mantener un alto índice de sospecha y se debe realizar una entrevista exhaustiva, poniendo énfasis en situaciones de riesgo (lugar de residencia, acceso a agua potable, infecciones parasitarias previas). Pero como el cuadro es indiferenciable de una apendicitis clásica, no será posible determinar la etiología parasitaria. A diferencia del cuadro tradicional de apendicitis la infección no está tratada solo con la apendicetomía por lo que se debe adicionar un antiparasitario.

PALABRAS CLAVE: Abdomen agudo; Apendicitis; Enterobius.

MALFORMACIONES MULLERIANAS Y SU IMPACTO EN EL PRONÓSTICO REPRODUCTIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Vega G (1), Javiera Oyarzún R (1), María Reyes B (1), Sebastián Tejeda R (1), José Orellana B (2).

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

(2) Médico Cirujano, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones müllerianas (MM) son anomalías congénitas secundarias a alteraciones del desarrollo del conducto de Müller que formará el aparato urogenital femenino. Se diagnostican en el 5,5-6,7% de la población, en el 8% de las pacientes con infertilidad y hasta en el 24% de las pacientes con aborto e infertilidad, por lo que tienen un impacto en el potencial reproductivo de las mujeres que las padecen. A continuación se expone un caso que evidencia las complicaciones que esta condición puede generar en aquellas mujeres que logran embarazo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 34 años, con MM con resección de tabique uterino y dos embarazos ectópicos con salpingectomía bilateral, que cursaba embarazo de 21+4 semanas por fertilización in vitro, con control prenatal normal. Consultó en urgencias por dolor hipogástrico y genitorragia. A la especuloscopia membranas expuestas en reloj de arena, tacto vaginal con cambios cervicales y ecografía con placenta de inserción baja y signos de acretismo placentario. Ingresó bajo diagnóstico de insuficiencia cervical realizándose cerclaje con técnica de McDonald. Tras lograr viabilidad fetal evolucionó nuevamente con cambios cervicales asociados a exposición de membranas. Se realizó amniocentesis sugerente de infección intraamniótica, pese a lo cual se recercló bajo la misma técnica. Tras 48 horas, evolucionó con corioamnionitis clínica por lo que se indicó cesárea de urgencia a las 24+5 semanas, obteniéndose recién nacida femenina de 827 gramos, Apgar 3-7. Dado alumbramiento incompleto se realizó resección en cuña de pared uterina. Evolucionó con colección intraabdominal derivada de dehiscencia de histerorrafia corporal, con buena respuesta a antibióticos, sin requerimiento de reintervención. Por su parte la recién nacida evolucionó con distress respiratorio secundario a enfermedad de membrana hialina, con requerimientos de ventilación mecánica, sin otras complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Las MM están asociadas a complicaciones durante el embarazo. Aproximadamente un 30% de las mujeres con MM desarrollarán incompetencia cervical, generando mayor tasa de abortos y parto pretérmino. El caso presentado refleja cómo esta condición repercute en el curso normal del embarazo, que será considerado de alto riesgo, requiriendo mayor vigilancia e incluso manejos excepcionales para disminuir la morbilidad perinatal derivada de la prematuridad e incluso en muchos casos lograr viabilidad fetal.

PALABRAS CLAVE: Conductos Mullerianos, incompetencia cervical, infertilidad, parto prematuro.

NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO NO VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sebastián Arias E. (1), Fernanda Méndez C. (1), Teresa Bustamante J. (1), Vicente Fuentes T. (2), Juan Vásquez E. (3).

(1) Estudiante, 4° año de Medicina, Universidad Autónoma, Talca, Chile.

(2) Interno, 6° año de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

(3) Residente Imagenología, Universidad Santiago de Chile, Hospital El Salvador, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ) es una infección oportunista que afecta principalmente a pacientes con virus inmunodeficiencia humana (VIH), sin embargo, con las nuevas terapias inmunosupresoras ha aumentado su incidencia en pacientes inmunodeprimidos no VIH. Las enfermedades reumáticas, son un grupo de riesgo particularmente en quienes usan corticoides sistémicos o terapia combinada con otro inmunosupresor. Hasta el 3,6% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) que recibieron metotrexato desarrollaron NPJ.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino, 44 años. Antecedentes de AR seronegativa en tratamiento con metotrexato (25 mg/semana) y leflunomida (20 mg/día). Sin profilaxis con cotrimoxazol. Presentó cuadro grave de fiebre 38,9°C, tos con escasa expectoración serosa, limitación funcional, taquipnea, uso de musculatura accesoria y saturación periférica de oxígeno 80%. Se hospitalizó en unidad de cuidados intensivos (UCI) por necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI). Tomografía computarizada de tórax evidenció focos de infiltrado alveolar en ambos campos pulmonares sugerentes de etiología infecciosa, por lo que se inició tratamiento con Ampicilina/Sulbactam más Azitromicina a espera de resultados de exámenes: PCR positiva para adenovirus, antígeno *S. pneumoniae* negativo, hemocultivos periféricos negativos, y lactato deshidrogenasa (LDH) elevado. Se decidió suspender tratamiento antibiótico e inmunosupresor por sospecha de coinfección por *P. jirovecii*. Debido a esto, se inició tratamiento con cotrimoxazol sin posibilidad de estudio dirigido, ya que paciente no expectoraba y se encontraba clínicamente lábil para lavado bronco alveolar (LBA). Posteriormente, paciente presentó evolución favorable.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La identificación temprana de factores de riesgo, como la inmunosupresión farmacológica, es crucial. Detectar este antecedente permite un manejo oportuno frente a infecciones oportunistas. El diagnóstico presuntivo debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos con neumonía grave, respuesta subóptima a tratamiento, factores de riesgo para NPJ e imagenología sugestiva. Con la sospecha, el tratamiento debe iniciarse precozmente para reducir resultados adversos, incluso cuando no sea posible confirmar el agente etiológico a través de LBA. Es urgente iniciar profilaxis (cotrimoxazol) en pacientes con tratamiento inmunosupresor a altas dosis, en caso contrario, puede comprometer la vida del paciente. Aun no existe consenso en la profilaxis para NPJ en enfermedades reumatológicas, por lo que la decisión deberá ser individualizada.

PALABRAS CLAVE: Neumonía por *Pneumocystis*; Terapia de Inmunosupresión; Antirreumáticos; Artritis Reumatoide; Infecciones oportunistas.

SINOVITIS VILLONODULAR PIGMENTADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pablo Fernández P. (1), Martín Vera G. (1), Erick Rivera S. (2), Maximiliano Heise F. (2), Julio Soto U. (3).

(1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt, Chile.

(2) Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt, Chile.

(3) Médico Cirujano, Traumatólogo, Hospital Puerto Montt, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La sinovitis villonodular pigmentada (SVP) es una neoplasia principalmente benigna, caracterizada por proliferación de tejido sinovial, sumado a la presencia de células gigantes multinucleadas, macrófagos y depósitos de hemosiderina. Su incidencia es de 9 casos por millón, con un rango de presentación entre 30 y 50 años; sin predilección por género. Suele ser monoarticular, dándose el 80% de los casos en la rodilla, seguido por cadera, tobillo, hombro y codo. Puede ser localizada o difusa, esta última de peor pronóstico, debido a un mayor grado de compromiso articular, así como también puede tener extensión extraarticular. Las manifestaciones son inespecíficas e incluyen dolor, aumento de volumen, limitación de rangos de movimiento e inestabilidad de la articulación. La sospecha se establece con resonancia magnética (RM), sin embargo, el diagnóstico confirmatorio es con biopsia de tejido sinovial. El tratamiento consiste en sinovectomía total de la articulación, abierta o artroscópica, ambas con un resultado clínico similar; hay recurrencia en 20-50% de los pacientes. Debido a la baja incidencia e inespecificidad de los síntomas, consideramos relevante la sospecha del cuadro dentro de los diagnósticos diferenciales en patologías articulares.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 19 años, sin antecedentes médicos relevantes, es derivada por gonalgia izquierda de 5 meses de evolución, variable durante el día. Al examen físico destaca derrame articular, disminución del rango movimiento (ROM), dolor significativo. RM rodilla informa hallazgos compatibles con tumor de células gigantes tenosinovial difuso. Ingresa para artroscopia con sinovectomía izquierda, al procedimiento salida de líquido hemático y coloración marrón. Sinovectomía sin incidentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La SVP es una enfermedad proliferativa rara que se manifiesta por síntomas inespecíficos, como dolor agudo y/o progresivo, edema, disminución de ROM, artritis y/o hemartrosis traumática espontánea, lo que permite sospecharla mediante la clínica. El diagnóstico precoz es fundamental para realizar un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones, logrando una aproximación inicial con RM y su confirmación con biopsia de tejido sinovial. El tratamiento consiste en la sinovectomía total, aunque con alta tasa de recurrencia, por lo que a futuro se espera llevar a cabo estudios que demuestren efectividad de tratamiento adyuvantes para esta patología.

PALABRAS CLAVE: Sinovitis Pigmentada Villonodular; Hemartrosis; Sinovectomía; Artroscopia; Rodilla

MASTITIS CIRRÓTICA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA.

Kathalina Gómez N (1), Katherine Romero O (1), Sebastián Urrutia C (1), Sergio Vargas M (1), Cristóbal Maiz H (2), Katherine Hernández O (3)

(1) Estudiante de medicina, Universidad San Sebastián, Sede Patagonia, Puerto Montt, Chile.

(2) Cirujano General y Cabeza-Cuello y Maxilofacial, Universidad Católica de Chile, sede Santiago, Chile.

(3) Médico becado cirugía general, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La mastitis es una patología inflamatoria del tejido mamario que puede estar acompañada de infección. Se clasifica como aguda o crónica y puerperal o no puerperal. La clínica se caracteriza por mastalgia y cambios inflamatorios de la mama, asociado o no a un cuadro sistémico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Entre los diagnósticos diferenciales se debe descartar el cáncer de mama inflamatorio. Si se descarta una etiología infecciosa es necesario considerar etiologías menos frecuentes. La mastitis cirrótica es una patología poco frecuente y descrita en la literatura, con solo un caso reportado en todo el mundo.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente femenina de 32 años, con antecedente de Daño Hepático Crónico secundario a consumo de alcohol (OH), Child C. Se hospitalizó en febrero de 2022 por celulitis de pared abdominal en cual recibió tratamiento con Cefazolina 2 gr al día vía endovenosa y luego Cefadroxilo 500 mg cada 12 horas vía oral (VO) completando 2 semanas, sin mejoría clínica. Posteriormente, presentó mastalgia y al examen físico mamario, edema progresivo bilateral, equimosis, eritema periareolar, considerable circulación colateral y episodios febriles hasta 39°C, sin adenopatías palpables ni otros hallazgos físicos. Se realizó ecografía mamaria que demostró un proceso inflamatorio difuso inespecífico, por lo que se manejó como una mastitis infecciosa completando 2 semanas de tratamiento antibiótico, con mala respuesta clínica. Se realizó ecografía mamaria de control al mes que mostró aumento de ecogenicidad del tejido subcutáneo y adiposo, difuso en ambas mamas, con mayor compromiso del cuadrante superior externo. Para completar el estudio se realizó mamografía, sin hallazgos sospechosos de malignidad. Ingresó a la unidad de patología mamaria y se revisó el caso, considerando la clínica y los antecedentes se definió que cursó con una mastitis cirrótica debido a descompensación de su cirrosis, por lo que no estaba indicado el estudio histológico. Paciente evolucionó favorablemente en la clínica tras la compensación de su cirrosis a través del uso de Furosemida 40 mg al día VO, Espironolactona 100 mg al día VO, Omeprazol 20 mg al día y suspensión de consumo de OH, por lo que se indicó alta definitiva con control anual.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Luego del análisis del caso se llegó a la conclusión de que la causa de la inflamación mamaria bilateral fue una complicación de cirrosis hepática. En la literatura se ha reportado un sólo caso, con compromiso unilateral. Se apoyó la hipótesis dado lo ineficaz del tratamiento con antibióticos y la mejoría clínica con la compensación del estado basal de su comorbilidad a través del uso de Espironolactona y Furosemida.

PALABRAS CLAVE: Mastitis, Cirrosis Hepática Alcohólica, Mama

Casos clínicos:

BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS: ROL DE STAPHYLOCOCCUS COAGULASA NEGATIVO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA NATIVA.

Viviana Silva V. (1), Carolina Rivera V. (1), José Antonio Dietz P. (1), Nicolas Merino C. (1), Eduardo Rojas G. (2)

(1) Interno de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

(2) Internista residente, Unidad de Paciente Crítico, Hospital Luis Tisné Brousse, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa (EI) corresponde a la infección del endocardio y/o de las válvulas cardíacas (nativas o protésicas). El principal agente etiológico en las EI en válvula nativa corresponde al *Staphylococcus aureus*, y en menor proporción se encuentran los *Streptococcus* de la vía oral y *Staphylococcus coagulasa negativos* (ConS). Es reconocido que ConS son colonizadores propios de dispositivos intracardiacos (por ejemplo, válvulas protésicas), pero en los últimos años se han detectado con mayor frecuencia en válvula nativa, existiendo limitados estudios al respecto. Presentamos el caso clínico de un paciente portador de endocarditis en válvula nativa (EVN) por ConS.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Masculino de 66 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica etapa V en hemodiálisis, hipertensión y lumbalgia prolongada. Durante hospitalización por Hemorragia digestiva, presentó peak febril de hasta 38°C por lo que se tomaron 2 sets de hemocultivos periféricos, que resultaron positivos para *Staphylococcus epidermidis* sensible a cloxacilina. Al examen físico se identificó soplo holosistólico en foco mitral IV/VI. Se realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico, los cuales resultaron compatibles con endocarditis mitral, mostrando una vegetación de hasta 7mm en relación al velo anterior e insuficiencia valvular severa. Dado el antecedente de lumbalgia, se realizó Tomografía axial computarizada de columna, describiendo hallazgos compatibles con espondilodiscitis L4-L5. Se inició antibioterapia con Vancomicina, pero debido a presencia de bacteriemia persistente, se reemplazó tratamiento por Cefazolina con Levofloxacino, obteniendo hemocultivos negativos desde el tercer set. Se realiza ecocardiograma de control que resulta libre de vegetaciones. El paciente actualmente se encuentra en espera de evaluación de espondilodiscitis por equipo neuroquirúrgico y eventual aseo en pabellón.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Varias investigaciones han reportado la importancia emergente de ConS como causa de EVN, pero se han visto limitados por los diseños del estudio y el tamaño muestral. La hemodiálisis como factor de riesgo de EI ha sido bien documentada en la literatura, pero la detección de ConS como *S. Epidermidis* es sumamente infrecuente, por lo que hacen falta más estudios que ayuden a caracterizar las manifestaciones clínicas específicas de este agente, para así poder sospecharlo con mayor seguridad y realizar un tratamiento dirigido.

PALABRAS CLAVE: Endocarditis infecciosa, *Staphylococcus epidermidis*, Bacteremia.

EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE LESIÓN PLANTAR EN CONTEXTO DE TERAPIA INMUNOMODULADORA POR COLITIS ULCEROSA.

Fabiana Tubero G. (1), Josefina Heller F. (1), Beatriz Sarmiento W. (1), Sofía Marchant S. (1),
Camila Pérez F. (2)

(1) Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

(2) Médica Cirujana, Residente Cirugía General, Hospital Dr. Eduardo Pereira, Universidad
de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN:

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica del colon que afecta a 4,4 personas por 100.000 habitantes en Latinoamérica. La azatioprina es un fármaco inmunomodulador usado para la remisión de esta enfermedad, cuya acción es la inhibición de la síntesis de purinas. Dentro de los efectos adversos se encuentran la anemia, leucopenia, trombocitopenia, alteraciones gastrointestinales y toxicidad hepática. Además de lo anterior, este medicamento inhibe el sistema inmune (SI) a través de la reducción de células de Langerhans y de su capacidad para presentar antígenos, sumado a la disminución de la función de linfocitos T y la formación de anticuerpos por linfocitos B.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 60 años con antecedente de CU refractaria a corticoesteroides, en tratamiento con azatioprina hace 3 años, consultó en urgencias por cuadro de dos meses de evolución de lesión plantar derecha en base del tercer orjejo por pisar un clavo en domicilio. Refiere que inicialmente no presentó sangrados ni solución de continuidad, pero con el pasar de las semanas, evolucionó con eritema, edema y fluctuación. En urgencias se evidenció lesión plantar derecha, dolorosa a la palpación, aumento de temperatura local y eritema de aproximadamente 4 centímetros (cm), con drenaje espontáneo purulento. Pulsos de extremidades inferiores presentes y simétricos. Ingresó consciente, estable, afebril y con parámetros inflamatorios elevados. Se decidió manejo en pabellón para aseo quirúrgico, evidenciándose cavidad de 3 x 5 cm y compromiso articular de la base del tercer orjejo, por lo que se amputó y se instaló terapia de cierre asistido por vacío (VAC) aspirativo para el resto de la lesión. Se mantuvo hospitalizada por 15 días, evolucionando favorablemente, con disminución del dolor y de parámetros inflamatorios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El uso crónico de azatioprina como inmunomodulador puede traer consigo una serie de efectos, entre estos la mielosupresión. Si bien no hay suficiente literatura sobre la acción en la cicatrización y evolución de lesiones cutáneas, podría ser un potencial nicho de estudio, considerando el efecto de éste en las células del SI. Además de lo anterior, resulta relevante el descarte de diabetes mellitus en el caso presentado, como diagnóstico diferencial de lesiones con evolución tórpida.

PALABRAS CLAVE: Colitis, Azatioprina, Anemia.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Guerra G (1), Mario Gorziglia M (1), Jose Echeverría M (1), Constanza Atala C. (2), Mauricio Ovalle I (3)

(1) Interno/a de medicina, Universidad de los Andes.

(2) Estudiante de medicina, Universidad de los Andes.

(3) Médico cirujano, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN:

La comunicación interauricular (CIA) representa la cardiopatía congénita (CC) más común diagnosticada en la edad adulta (1). Consiste en una abertura en el tabique interauricular, permitiendo el paso de sangre desde el atrio izquierdo hacia el atrio derecho (2). La sintomatología en niños es infrecuente, y se manifiesta a los 30-40 años con clínica de insuficiencia cardíaca. El diagnóstico es realizado mediante ecocardiografía, y el tratamiento consiste en reparación quirúrgica o cierre del defecto vía transcatéter. (3) Sin tratamiento 3 de cada 4 pacientes con defectos significativos fallecen antes de los 50 años. (1). Presentamos el caso de una paciente que presentó sintomatología de insuficiencia cardíaca, con diagnóstico de CIA en la adultez, con el fin de destacar la importancia en la sospecha y diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo femenino, 36 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. En contexto de control por embarazo, fue derivada al policlínico de cardiología por hallazgo de soplo sistólico asociado a disnea de esfuerzo. Al examen físico destacaba soplo mesosistólico con desdoblamiento fijo de segundo ruido en foco pulmonar. El electrocardiograma evidenció ritmo sinusal con signos de hipertrofia del ventrículo derecho y el ecocardiograma doppler con cavidades derechas dilatadas, con función sistólica del ventrículo derecho normal y comunicación interauricular con shunt de izquierda a derecha. Con diagnóstico de CIA fue derivada para cierre quirúrgico. Se realizó cirugía sin incidentes y la paciente evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Inmediatamente después del cierre de la CIA, inicia un proceso de remodelado eléctrico y miocárdico, en el cual disminuye volumen ventricular derecho y aumenta el llenado izquierdo. Este remodelado es inverso a la edad del paciente, donde la reparación en edades mayores persiste más la dilatación y la insuficiencia. (1) Además, la supervivencia a largo plazo se hace similar a la de la población general luego del cierre. (4) Por este motivo recalcamos la importancia de realizar un diagnóstico lo más precoz posible y realizar una derivación oportuna para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Cardiopatías Congénitas, Foramen Oval Permeable, Defectos del Tabique Interatrial, Cirugía Torácica.

PSEUDOQUISTE GIGANTE DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DE HERNIOPLASTIA CON MALLA.

Cristina Gangas Z (1), María Elisa Olivares L (1), Rosita Gutiérrez V (1), Diego Vallejos B (1), Antonio Podlech M (2).

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

(2) Médico Cirujano, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La hernioplastia con malla se ha convertido en una técnica de elección en cirugía, en donde los materiales usados, no están exentos de complicaciones como el desarrollo de seromas, hematomas, infecciones, etc. Una complicación poco descrita es el pseudoquiste fibroso gigante, el cual se define como una colección líquida mayor de 10 cm y cuya pared esta recubierta por tejido conjuntivo fibroso denso¹. El diagnóstico es clínico, pero se complementa con Tomografía Computada (TC) y biopsia de la cápsula quística. El tratamiento implica la resección total del pseudoquiste, ya que de realizarse solo una punción evacuadora tiene altas tasas de recidiva.²

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Femenina de 59 años, diabética, obesa, hernioplastia hernia incisional abdominal con malla 2019 y diciembre 2021. Esta última intervención presentó como complicación una fascitis necrotizante, por lo que su seguimiento fue prolongado. Durante 2022 evoluciona con aumento de volumen hipogástrico, compatible ecográficamente con seroma, por lo que se maneja con antibioterapia y punción evacuadora. En controles posteriores, durante 2023 se evidencia recidiva clínica, con aumento de volumen de misma localización anterior. Se solicita TC, el cual informa colección líquida en tejido subcutáneo abdominal de 16x15x17,5cm de pared engrosada. Se hospitaliza para aseo quirúrgico y resección de cápsula, posteriormente se deja sistema de drenaje de cierre asistido aspirativo (VAC) en tejido subcutáneo. Paciente evoluciona tópidamente requiriendo múltiples reintervenciones, completando una hospitalización de 3 meses. El estudio anatomopatológico de la cápsula informó tejido fibroconectivo con proceso inflamatorio agudo y crónico focalmente necrótico, en granulación y organización fibrosa. Muestra compatible con pseudoquiste fibroso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Múltiples autores coinciden en que esta complicación estaría relacionado al desarrollo de un seroma postoperatorio principalmente a causa de la disrupción del drenaje linfático asociado a una reacción inflamatoria a cuerpo extraño por la malla protésica.³ También contribuyen como factores de riesgo el sobrepeso, disecciones de gran extensión, uso limitado de drenajes y mala compresión de la herida operatoria. En cuanto al tratamiento, la punción y aspiración del quiste corresponden a una solución transitoria por su alta recidiva, siendo el tratamiento definitivo la extracción completa de la cápsula del quiste.

PALABRAS CLAVE: Complicación; Hernioplastia; Pseudoquiste Gigante

PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL EN PACIENTE EMBARAZADA PREECLÁMPTICA: REPORTE DE UN CASO E IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

José Ayala R. (1), Vicente Faúndez C. (1), Cristian Flores V. (1), Won Kim K. (1), José Ayala M. (2)

(1) Interno de medicina, Facultad de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(2) Médico gineco-obstetra, Hospital Dr Sótero Del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

La pérdida de agudeza de visión aguda es un cuadro llamativo de múltiples causas, cuya lista aumenta durante el embarazo. En los múltiples diagnósticos destaca las complicaciones de la preeclampsia (PE) como la retinopatía hipertensiva, síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) y un fenómeno infrecuente de desprendimiento de retina exudativo. Este último ocurre en 1% de PE severas, frecuentemente bilateral, sin relación directa con la presión arterial, pero si se asocia más al cuadro de síndrome HELLP. A continuación presentamos un caso clínico de pérdida de agudeza de visión aguda en paciente primigesta preecláptica durante su puerperio.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 29 años, primigesta, cursando embarazo de 37+3 semanas, con diagnóstico de diabetes mellitus gestacional compensado con dieta y presentación podálica sin otros diagnósticos relevantes y buen control prenatal, ingresó a servicio de urgencias por dolor lumbar, pero, dado detección de presiones elevadas asociado a cefalea sin excitación neurosensorial, epigastralgia y edema progresivo, se hospitaliza como síndrome hipertensivo del embarazo en estudio. En contexto de transaminasas elevadas y presentación fetal, se realizó cesárea oportuna por PE con criterio de severidad. Cirugía sin complicaciones y posteriormente se mantiene 24 horas con sulfato de magnesio. Durante el segundo día postoperatorio paciente refirió pérdida súbita de agudeza visual bilateral sin escotomas, diplopía ni otros síntomas neurológicos, normotensa, a lo cual se solicita interconsulta a oftalmología tras resonancia cerebral negativa. Se le visualiza en fondo de ojo desprendimiento de retina seroso bilateral peripapilar. Se mantuvo en controles oftalmológicos post-alta para manejo de desprendimiento, con recuperación ad integrum al mes de alta, sin intervención, de forma progresiva.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Dentro de las múltiples complicaciones asociadas a la PE, el desprendimiento de retina exudativo es infrecuente de diagnosticar. En doctores que la desconocen se pueden llevar por cuadros más conocidos y temidos como el PRES, pero con un buen examen clínico puede orientar a la causa. Aunque el desprendimiento de retina como cuadro en sí no suele ser bilateral, en esta patología sí, y ocurre más frecuentemente en el puerperio. Asociado a un buen pronóstico, su reconocimiento precoz es necesario para un manejo óptimo.

PALABRAS CLAVE: Desprendimiento de Retina; Preeclampsia; Síndrome HELLP.

LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO EN MEDIASTINITIS: REPORTE DE UN CASO.

María-José Cárdenas A (1), Constanza Rojas D (1), María Molina O (1), Nicolás Vega G (1), Juan Pablo Retamal C (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad de Magallanes. Punta Arenas, Chile.

(2) Cirujano general, CR Cirugía, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

INTRODUCCIÓN:

El mediastino es un compartimento continuo a nivel torácico [1]. La perforación esofágica permite la fuga de su contenido al mediastino, provocando mediastinitis aguda, siendo una infección grave y potencialmente mortal. Presenta una baja incidencia, debido a esto y al cuadro clínico inespecífico existe una alta tasa de retraso diagnóstico y mayor morbimortalidad, por lo cual como equipo de salud es primordial sospecharla y realizar un manejo oportuno.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Masculino de 71 años ingresó a Urgencias del Hospital Clínico de Magallanes, por dolor torácico súbito de menos de 12 horas de evolución y posterior compromiso de conciencia. Se encontraba hemodinámicamente inestable, mala mecánica respiratoria, Mottling Score 5. Destacaba enfisema subcutáneo cervical. Se solicitó angiotomografía computarizada pulmonar que evidenció moderado neumomediastino, derrame pleural bilateral, atelectasias subtotales lóbulos inferiores y enfisema subcutáneo cervical. Se hospitalizó en unidad de cuidados intensivos, se realizó toracotomía exploradora, constatando rotura pared esofágica distal (4 cm), tejido desvitalizado, esfacelado del mediastino y derrame pleural fétido. Se realizó rafia esofágica distal, gastrostomía descompresiva, yeyunostomía y esofagostomía cervical, con posterior conversión a esofagostomía terminal. Durante hospitalización recibió rehabilitación multidisciplinaria, con resolución del choque séptico, deambulando por sus propios medios y reincorporándose a sus actividades de vida diaria de forma independiente, por lo cual a los 131 días se indicó egreso hospitalario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La mediastinitis es caracterizada por infección por continuidad del mediastino, altamente grave y de manejo urgente, generando dolor torácico súbito, vómitos y enfisema subcutáneo. La perforación esofágica tiene distintas etiologías, como iatrogénica (60%) [2] espontánea (Síndrome de Boerhaave) (15%) [3], cuerpo extraño, entre otras. El Síndrome de Boerhaave es generado por aumento de presiones en tercio distal esofágico, a causa de vómitos frecuentes con gran morbimortalidad, provocando mediastinitis debido a la fuga de contenido e infección altamente mortal. [4] El tratamiento quirúrgico temprano es la rafia esofágica como manejo de base. Debido a lo mencionado anteriormente es de suma importancia su sospecha clínica por parte del equipo médico para un diagnóstico, manejo médico y quirúrgico oportuno, mejorando así la supervivencia y reducción de complicaciones del paciente.

PALABRAS CLAVE: Mediastino, Mediastinitis, Perforación del esófago, Choque séptico.

ESPONDILODISCITIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR LUMBAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Natalia Riva B. (1), Belén Matta C. (1), Lía Vega S. (1), Isidora Nogués R. (2)

(1) Interna de medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

(2) Médica internista, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La espondilodiscitis es una infección que afecta al disco y los cuerpos vertebrales, correspondiendo al 2% de las infecciones musculoesqueléticas. Los mecanismos de patogenia en orden de frecuencia corresponden a: diseminación hematógena, inoculación directa o diseminación contigua. Se caracteriza por dolor y limitación funcional de columna, fiebre, radiculopatías o compresión medular, y velocidad de hemosedimentación (VHS) elevada. A continuación, se presenta un caso con hallazgos imagenológicos atípicos, que llevaron a plantear otros diagnósticos previo al definitivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 55 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial esencial, tabaquismo y alcoholismo, en contexto de cuadro de 3 meses de baja de peso (27 kg), diaforesis nocturna y hemoptisis, consultó por dorsalgia progresiva de elevada intensidad y dolor pleurítico. Presentó elevación de parámetros inflamatorios con VHS de 120 mm/hr y proteína C reactiva de 8.3 mg/dL, sin leucocitosis ni fiebre. Se realizó tomografía de tórax sin contraste que mostró nódulo subpleural basal derecho con compromiso obstructivo y lítico de cuerpos vertebrales T7-T8. Se planteó diagnóstico de neoplasia pulmonar con extensión a columna dorsal, decidiendo completar estudio con resonancia magnética (RM) de columna dorsal con contraste, la cual mostró inflamación y destrucción parcial de vértebras T7 y T8, colección intervertebral de 25x7 mm con captación de contraste periférico y compresión medular, sin signos de mielopatía. Dado hallazgo imagenológico, se replanteó diagnóstico como espondilodiscitis. Se inició manejo antimicrobiano con ceftriaxona y cloxacilina, sin necesidad de manejo neuroquirúrgico, con buena respuesta. Resto del estudio etiológico sin hallazgos (hemocultivos, GenXpert para tuberculosis, serologías, ecocardiograma). Dada evolución favorable a la terapia empírica se decidió completar 8 semanas y controlar con RM posterior a finalizar antibioterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Dados los antecedentes mórbidos y la presentación clínica inicial, el diagnóstico se orientó a una causa neoplásica más que infecciosa. La espondilodiscitis es un diagnóstico complejo por su baja prevalencia e inespecificidad de la clínica. El estudio imagenológico permitió confirmar el diagnóstico y descartar complicaciones. La antibioticoterapia de amplio espectro y neurocirugía, en casos de refractariedad, son los pilares del manejo. En este caso, se destaca el diagnóstico y tratamiento precoces, evitando complicaciones infecciosas posteriores.

PALABRAS CLAVE: Espondilodiscitis, Lumbago, Disco intervertebral.

HIPONATREMIA DEBIDO A INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR MACROADENOMA DE HIPÓFISIS: REPORTE DE UN CASO.

Felipe Poblete A. (1), Valentina Wilson B. (1), Francisco Cancino L. (2), Francisco Muñoz O. (3).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

(2) Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

(3) Médico Cirujano, Endocrinólogo de adulto, Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La hiponatremia es la concentración sérica de sodio plasmático < 135 mmol/L. Los tumores hipofisarios son causa frecuente de hipopituitarismo, pero infrecuentemente debutan con clínica de hiponatremia. Presentamos el caso de un paciente cuyo ingreso en contexto de hiponatremia severa permitió el hallazgo de un macroadenoma hipofisario.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 68 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus II, consultó en urgencias por compromiso del estado general de 2 meses de evolución y baja de peso no cuantificada. Al ingreso, destaca hipotensión sostenida y taquicardia, sin fiebre, ni signos clínicos de deshidratación. En laboratorio destaca sodio plasmático de 115 mEq/Lt. En contexto de hiponatremia severa sintomática se decidió hospitalizar para estudio y manejo. En exámenes de estudio se solicitó cortisol sérico 3,05 ug/dL (rango normal: 5.0 ug/dL-18.0 ug/dL), sodio urinario 96 mEq/L, hormona adrenocorticotrópica 31,6 pg/mL. Resto de hormonas del eje hipofisario normales, salvo factor de crecimiento insulinoide 1 25,8 mUI/L (referencia etaria: 55,8 mUI/L - 185 mUI/L). Dado compromiso somatotropo y corticotropo, se solicitó resonancia magnética de silla turca que informó macroadenoma hipofisario de 2,2 x 2,2 x 3,2 cm, con extensión supraselar, invasor a seno cavernoso derecho, sin signos de sangrado. Posteriormente se inició hidrocortisona endovenosa en dosis de estrés, más suplementación de solución salina para manejo del shock, logrando en días posteriores la normalización del sodio sérico y remisión de la sintomatología, decidiéndose alta médica para continuar estudio por endocrinología y neurocirugía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La hiponatremia corresponde al trastorno hidroelectrolítico más frecuente en hospitalizados y 6% de ellas son severas (sodio plasmático < 125 mEq/L), presentándose con deterioro progresivo de conciencia. Los adenomas hipofisarios comprenden el 15% de los tumores intracraneales, y aunque son una causa común de hipopituitarismo, infrecuentemente debutan con hiponatremia sintomática, y cuando lo hacen, se debe a un estado de secreción exagerada de vasopresina, siendo importante considerar los adenomas de hipófisis como un diagnóstico diferencial. Para encontrar la causa de la hiponatremia se debe utilizar correctamente el algoritmo diagnóstico que evalúe el volumen extracelular del paciente, sodio urinario y en este caso descartar compromiso del eje tirotrópico y corticotropo.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias hipofisarias, hiponatremia, insuficiencia suprarrenal.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR COMO MANIFESTACIÓN DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Guerra G (1), José Ignacio Echeverría M. (1), María Paz Lattes C (1), Camila Gigli B (1), Rodrigo Funes F (2).

(1) Interno/a de medicina, Universidad de los Andes

(2) Médico cirujano, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN:

Las Malformaciones Arteriovenosas Pulmonares (MAVP) son comunicaciones directas entre las arterias y venas pulmonares sin presencia de lecho capilar intermediario, permitiendo que sangre desoxigenada y trombos venosos crucen al territorio arterial. Este último fenómeno es llamado embolia paradójica y genera mayor riesgo de accidente cerebrovascular embólico (ACV). (1). Esta comunicación genera una alteración ventilación/perfusión extrema, sin mejora sustancial en la pulsioximetría con aporte de oxígeno suplementario. (2) Es una patología rara con una incidencia de 3 casos por cada 100.000 habitantes (1). Las manifestaciones incluyen Hipoxia, disnea, ortodeoxia y acropaquía. La prueba de burbujas en el ecocardiograma transtorácico (ETT) es indicativo de comunicación arteriovenosa extra cardíaca si las burbujas aparecen en la aurícula izquierda luego de 4-8 ciclos. Es fundamental la embolización terapéutica para prevenir complicaciones (3). Presentamos el caso de una paciente con MAVP que debuta con ACV para destacar la importancia del examen físico y la sospecha.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 49 años con antecedente de artritis reumatoide, usuaria de metrotrexato. Acudió al servicio de urgencia por paresia e hipoestesia súbita hemicuerpo izquierdo de 15 minutos de duración. Al examen físico hipertensa, pulsioximetría 78% ambiental, sin apremio ventilatorio. A la inspección se evidenció acropaquía severa. Se administró oxígeno suplementario 3 litros/minutos por naricera y la pulsioximetría no superó el 88%. En la resonancia magnética se confirmó ACV frontotemporal derecho y se realizó estudio de fuente embólica con ETT con prueba de burbujas con paso al 5° ciclo. En la angiogramografía computarizada se visualizó MAVP en lóbulo medio de 3.3 x 3.2 cm. Se realizó Embolización Terapéutica intravascular selectiva (Amplatzer®) de manera exitosa mejorando su saturación de oxígeno de 83% a 100% luego del procedimiento. Evoluciona favorablemente y es dada de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Esta paciente cursó toda su vida con una pulsioximetría de 80% y una acropaquía severa que nunca fueron estudiadas. El riesgo de un ACV siendo portador de una MAVP oscila entre un 2.6 a un 25% (1) por lo que la sospecha y estudio oportuno es fundamental para evitar la invalidez para el paciente y gastos asociados al sistema público.

PALABRAS CLAVE: Accidente Cerebrovascular Embólico, Embolia Paradójica, Hipoxia, Embolización Terapéutica.

APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fabián Antilaf Z (1), Guillermo Herrera M (1), Isadora Figueroa J (1), Vicente Caldentey M (1), Felipe Terán M (2).

(1) Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2) Becado de medicina interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La esclerosis sistémica (ES) afecta al 0.03% de la población. Se caracteriza por presentar desarrollo de fibrosis progresiva en piel y órganos internos, junto con disfunción vascular generalizada. Su presentación clínica es diversa afectando a múltiples sistemas. Se realizó este trabajo para exponer una herramienta de diagnóstico simple y efectiva para la ES.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 75 años, refería 3 meses de disfagia y vómitos postprandiales. Ingresó a urgencias afebril, normocárdica y normotensa. En el examen físico presentaba esclerodactilia en manos, esclerosis cutánea facial y de extremidades superiores distal a codos, al interrogatorio refería historia de enfermedad de Raynaud (EDR). En estudio de autoinmunidad presentaba anticuerpos antinucleares positivos, anticuerpos anti-ácido desoxirribonucleico y perfil de anticuerpos contra antígenos nucleares extraíbles negativos. Con lo anterior se diagnosticó ES y posteriormente se estudiaron eventuales complicaciones, obteniéndose un escáner de tórax sin signos de enfermedad pulmonar intersticial (EPI), un ecocardiograma sin hipertensión pulmonar y se descartó una crisis renal esclerodérmica. La disfagia y síndrome emético se estudiaron con un escáner de abdomen que informaba dilatación de esófago y asas intestinales, endoscopia digestiva alta que mostró dilatación esofágica sin elementos obstructivos, por lo anterior se realizó una manometría y cintigrama de vaciamiento gástrico que evidenciaron la ausencia de motilidad en esófago, estómago y duodeno. Debido a que no podía alimentarse por vía oral o por sonda naso enteral, se elaboró una yeyunostomía, logrando los aportes nutricionales necesarios para su alta hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Debido a la heterogeneidad de presentación que tiene la ES surgieron los criterios diagnósticos del colegio americano y alianza europea de reumatología con una sensibilidad y especificidad del 90%. Estos consideran hallazgos sugerentes de ES el engrosamiento de la piel, hinchazón y lesiones en yemas de los dedos de las manos, telangiectasias, capilares ungueales anormales, HTP, EPI, EDR y positividad de anticuerpos antitopoisomerasa I, Anti-ácido ribonucleico polimerasa III y anticentromero. En conclusión, la ES debido a sus múltiples manifestaciones comprende un desafío diagnóstico. Los criterios antes mencionados a pesar de no abarcar todas las manifestaciones clínicas posibles, logran otorgar una buena aproximación inicial para plantear su sospecha y lograr una derivación oportuna al especialista.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la deglución; Esclerodermia sistémica; Enfermedad de Raynaud.

COREA DE HEMICUERPO EN CONTEXTO DE HIPERGLICEMIA Y MALFORMACIÓN ARTERIO VENOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Giovanni Cantergiani N. (1), Isidora Herrera T. (1), Manuel Acosta S. (1), Víctor Sidgmann V. (1), Esteban López A. (2)

(1) Internos de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

(2) Médico Cirujano EDF, Servicio de Salud Metropolitano Central, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La corea se caracteriza por movimientos involuntarios que se manifiestan de forma aleatoria en grupos musculares como resultado del desequilibrio de vías directas e indirectas en los circuitos de los ganglios basales. La principal causa adquirida es por hiperglicemia que además se puede acompañar con hiperintensidad en ganglios basales en resonancia magnética (RNM). Por su parte, las malformaciones arteriovenosas (MAV), que frecuentemente se manifiestan con hemorragias, pueden ser causantes de trastornos del movimiento como corea. En este trabajo se analiza un cuadro de corea en hemicuerpo izquierdo considerando más de una etiología probable.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 63 años diagnosticada hace 3 años de epilepsia actualmente en tratamiento con levetiracetam 500 mg/día. Consultó por cuadro caracterizado por movimientos coreicos de hemicuerpo izquierdo, resto de examen físico conservado y hemoglucotest de ingreso 150 mg/dL. Se hospitalizó y amplió estudio con Angiografía por escáner de cuello y cerebro que muestra MAV frontotemporal derecha Spetzler Martin III, posteriormente se realizó RNM de cerebro que evidencia MAV de 4.1 x 2.5 x 3.3 cm a nivel insular derecho e hiperintensidad espontáneo en T1 en cápsula externa y estriatal derecha compatible con estriatopatía diabética, se realizó medición de hemoglobina glicosilada (HbA1c) que resultó en 14%. MAV sin posibilidad de resolución quirúrgica. Se decidió tratamiento con haloperidol 1 mg vía oral cada 8 horas e insulina NPH. Por evolución clínica favorable con remisión casi total de sintomatología, con estudio etiológico realizado y manejo instaurado se decidió alta completando 5 días hospitalizada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

En este caso clínico coexisten diversos elementos que ocasionan injuria cerebral. La hiperglucemia al ingreso de difícil manejo con HbA1c en 14%, sin diagnóstico previo de diabetes y una RMN con hallazgos compatibles con una estriatopatía diabética. Y por otro lado, una MAV significativa a nivel insular derecho, contralateral a los movimientos coreicos descritos. De acuerdo a lo anterior, se postula que ambas etiologías pueden ser las causantes de la clínica actual, considerando la hiperglicemia como un factor gatillante dado el daño estructural de base dado por la MAV.

PALABRAS CLAVE: Corea, Hiperglucemia, Malformaciones Arteriovenosas.

DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES AMPOLLOSAS: CASO CLÍNICO.

Francisca Plaza C. (1), Sofía Ramírez C. (1), Bernardo Kasztan D. (1), Francisca Flores G. (1), Oscar Navea V.(2), Simón Palma C. (3)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

(2) Médico Cirujano, Universidad de los Andes.

(3) Becado de Medicina interna, Universidad de los Andes, Hospital Militar General Luis Brieba Aran

INTRODUCCIÓN:

El penfigoide ampolloso (PA) es una enfermedad de origen autoinmune causada por autoanticuerpos localizados en la unión dermo-epidérmica que actúan contra antígenos de los hemidesmosomas, causando la separación completa de la epidermis de la dermis. Clínicamente se manifiesta como lesiones urticariformes o eccematosas pruriginosas sobre las cuales aparecen ampollas tensas. Su diagnóstico representa un desafío puesto que no existen criterios diagnósticos establecidos, debiendo basarnos en datos clínicos, histológicos e inmunológicos. Este caso pretende ilustrar la dificultad en su diagnóstico y los distintos diagnósticos diferenciales existentes ante un paciente con lesiones ampollosas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 90 años, sin antecedentes, usuario de medicamentos homeopáticos, consultó por un cuadro de 1 mes de evolución de múltiples pápulas, con fondo eritematoso pruriginosas y algunas ampollas de inicio en extremidades inferiores con posterior extensión a cefálico y compromiso de abdomen, tronco y extremidades superiores. Consultó previamente donde se trató con corticoides tópicos, cefadroxilo y crema humectante. Dado la persistencia y aumento de cantidad de lesiones, decidió consultar al servicio de urgencias. Al examen físico destacaban múltiples pápulas y ampollas pequeñas de 1 cm con fondo eritematoso, indoloras ubicadas en extremidades superiores, extremidades inferiores, dorso, tronco e interdigital, sin compromiso de mucosas, signo de Nikolsky negativo. Se hospitalizó para completar estudio, que destacaba: hemograma con eosinofilia, parámetros inflamatorios elevados. IgA, ANCA, VDRL, ANA, factor reumatoide, hemocultivos, anticuerpo anticardiolipina IgM e IgG, VIH y VDRL negativos. Se realizó biopsia de ampollas tensas con aspecto histológico concordante con PA. Se inició tratamiento con antibióticos, prednisona y clobetasol completando 14 días. Tras resolución parcial de las lesiones fue dado de alta con seguimiento por dermatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El PA es una enfermedad autoinmune causada por anticuerpos dirigidos contra la membrana basal. Las lesiones son inicialmente eritematosas y posteriormente ampollosas, localizándose principalmente en tronco y superficies flexoras. Se diferencia del pénfigo que tiene ampollas frágiles, más superficiales y con signo de Nikolsky positivo. En fases iniciales, las lesiones del PA pueden ser similares a los exantemas víricos, urticaria o eczema, que son sus principales diagnósticos diferenciales. Su diagnóstico se basa en la correlación clínica e histología y generalmente su evolución suele ser autolimitada.

PALABRAS CLAVE: Penfigoide Ampolloso, Eosinofilia, Enfermedades Autoinmunes

COMPROMISO DE MUCOSA OCULAR ASOCIADO A VARICELA EN EDAD PEDIÁTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Franchesca Epul T (1), Javiera Pizarro T (1), Felipe Fuentes V (1), Sofía Marchant P (1), Elisa Fullerton R (2).

(1) Interno de medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

(2) Médico cirujana, Servicio de pediatría, Clínica Dávila, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN:

La varicela es una enfermedad infecciosa viral, altamente contagiosa, que se da principalmente en edad pediátrica, con una prevalencia en Chile de 0,5 casos por diez mil habitantes según el último informe epidemiológico del año 2022. Es catalogada como la enfermedad exantemática más frecuente en niños. Suele presentarse con un exantema cutáneo pleomórfico generalizado, con diseminación centrípeta, y en algunos casos puede comprometer mucosas siendo menos frecuente el compromiso de la mucosa ocular. El objetivo de nuestro caso es considerar un cuidado especial cuando existe compromiso de mucosa ocular en estos casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 8 años, sana, con antecedente de hermano cursando con varicela en tratamiento con Aciclovir; consultó por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por lesiones vesiculares y maculares en tronco, asociado a fiebre de hasta 39°C y compromiso del estado general. Al examen físico destacaban lesiones tipo pápula, máculas y vesículas, predominantemente en tronco; una lesión única levemente solevantada, amarillenta, en borde medial de mucosa interna del párpado superior del ojo derecho, asociado a ojo rojo y lesión vesicular en mucosa labial inferior y en paladar duro. Se decidió hospitalización por tratarse de un segundo caso intradomiciliario de varicela con menos de 48 horas de evolución y con compromiso de mucosa ocular. Fue evaluada por oftalmología quien evidenció vesícula en borde palpebral del ojo derecho, con queratitis leve, con fondo de ojo normal, por lo que se decidió dejar solo lubricante ocular. Paciente evolucionó favorablemente por lo que se decidió alta con traslape a tratamiento oral con Aciclovir.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La presentación de varicela en casos secundarios en el hogar suele manifestarse más severamente que la enfermedad primaria, debiendo tener especial cuidado cuando existe compromiso extensible a mucosas, particularmente ocular, evitando complicaciones tales como un herpes zoster ocular o daño de la retina, pues se han documentado casos donde incluso puede existir una necrosis retinal aguda, comprometiendo la visión del paciente tanto a corto como largo plazo. Por esto se debe evaluar caso a caso si es necesario hospitalizar y/o pedir una opinión a oftalmología para evitar pasar por alto estas complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Aciclovir; Exantema; Membrana mucosa.

RECONSTRUCCIÓN AGUDA LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR, LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR Y LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL TRAS LUXACIÓN DE RODILLA, REPORTE DE UN CASO.

Cristian Flores V. (1), Cristobal Cesped C. (1), Isabel Retamal K. (1), Sofia Barros C.M. (1), Jaime Ugarte C. (2)

(1) Interno de medicina, Facultad de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(2) Médico traumatólogo, Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

Las luxaciones de rodilla son poco frecuentes y están relacionadas a mecanismos de alta energía, asociado a lesiones ligamentarias, condrales, meniscales y fracturas que en caso de presentarlas, se pueden tratar quirúrgicamente de forma aguda o tardía y en un tiempo o dos. A continuación se presenta un caso de un paciente con este antecedente y sus complicaciones asociadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente 19 años, masculino, sano, presentó accidente laboral con plancha de acero que cae sobre la cara lateral de su rodilla derecha ocasionando una luxación femorotibial, se realizó reducción cerrada en pabellón y se constató lesión multiligamentaria por presentar examen físico con maniobras de Cajón Anterior, Posterior y Lachman positivas. Resonancia nuclear magnética(RNM) de control post reducción informó rotura completa de ambos ligamentos cruzados, colateral medial y otras complicaciones menores. Se decidió resolución quirúrgica a 3 semanas post accidente, en donde se realiza reconstrucción con aloinjerto, con abordaje por artroscopia para ambos ligamentos cruzados y abierto para el LCM. Evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Actualmente, existe debate en el tiempo de resolución de estos casos, por un lado, agudo antes de 3 semanas supone una rehabilitación precoz y menos costos asociados, pero pueden ser técnicamente más demandantes, Engebretsen et al publicaron una serie de 85 casos con enfoque agudo y reparación simultánea de todas la lesiones asociadas, los cuales tuvieron una buena evolución clínica y ni la rigidez ni la laxitud tardía fueron un problema importante, en comparación, enfoques con resolución tardía y cirugía en etapas, pueden ser más simples por la cicatrización de los tejidos y presentar menos complicaciones de partes blandas, pero puede llevar a una rehabilitación prolongada, empeorar los resultados a largo plazo y requerir hospitalizaciones adicionales, lo que es un costo significativo. Por lo tanto, en este caso se utilizó el enfoque agudo y en un solo tiempo, ya que el paciente se encontraba estable y no había heridas abiertas significativas alrededor de la rodilla, además de encontrarse en un centro traumatológico de alta complejidad que permite las demandas técnicas que supone esa intervención.

PALABRAS CLAVE: Ligamento Cruzado Anterior; Ligamento Cruzado Posterior; Ligamento Colateral Medial; Luxación de Rodilla.

SÍNDROME DE DRESS: URGENCIA DERMATOLÓGICA EN ADULTO MAYOR USUARIO DE FENITOÍNA.

Felipe Calderón G. (1), Rodrigo Díaz B. (1), Javiera González M. (1), Andrés Barra L. (2).

(1) Interno/a medicina, Universidad de Talca, Talca

(2) Médico cirujano, servicio de urgencia, Hospital de Collipulli, Collipulli

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de DRESS es una reacción cutánea adversa severa infrecuente, que se caracteriza por un periodo de latencia prolongado y una presentación clínica variable, principalmente con fiebre, exantema, compromiso de órganos internos, adenopatías y alteraciones hematológicas. Se plantea que su patogenia es por reactivación del virus Herpes Humano (HHV-6) lo que induce una reacción alérgica tipo IV. Es importante conocer esta patología, infrecuente y grave, y saber diagnosticarla para su manejo temprano, disminuyendo las afectaciones sistémicas y la mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino, 78 años, con antecedentes de daño hepático crónico por alcoholismo, enfermedad de Parkinson, hipertensión arterial y traumatismo craneoencefálico con hematoma subdural de 11 milímetros que desvía línea media, manejado con fenitoína profiláctica. Consultó un mes después por exantema morbiliforme generalizado confluyente en piernas y abdomen, que cedía a la digitopresión, Nikolsky (-) que no comprometía mucosas y con repercusión sistémica. Por las características del exantema se sospechó síndrome de DRESS, cumplía los criterios de Bocquet, por lo que se calculó RegiScar de 4 puntos, que indicó caso probable y J-SCAR 6: puntos, por lo que se diagnosticó DRESS atípico. Se decidió retirar el fármaco causal, iniciar corticoterapia a altas dosis y posteriormente corticoides tópicos y antihistamínicos. Paciente evolucionó de forma favorable, con remisión total del cuadro al mes del alta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Dentro de las reacciones adversas medicamentosas, aunque poco comunes, existen con una mortalidad considerable, asociadas frecuentemente a hepatitis fulminante, neumonitis eosinofílica, pericarditis o pancreatitis. Es crucial, en estos casos, descartar el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica, que afectan las mucosas y se manifiestan más temprano. Los anticonvulsivantes son los principales fármacos implicados en estas reacciones. El tratamiento consiste en suspender el fármaco causante y proporcionar medidas de soporte para las afectaciones sistémicas. Además, es fundamental evitar la reintroducción de la droga debido al riesgo de recaída.

PALABRAS CLAVE: Eosinofilia; Exantema; Fenitoína.

MANEJO DE POLITRAUMATISMO TIPO “EARLY TOTAL CARE” EN CENTRO DE TRAUMA NIVEL 1, REPORTE DE UN CASO.

Cristian Flores V. (1), José Ayala R. (1), Montserrat Vélez V. (1), Francisca Plaza C. (1), Jaime Ugarte C. (2).

(1) Interno de medicina, Facultad de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(2) Médico traumatólogo, Hospital del Trabajador, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN:

El enfoque “Early Total Care” (ETC) dicta que múltiples fracturas óseas largas deben tratarse de forma precoz y estabilizarlas en un plazo de 24 horas con el fin de acelerar la recuperación del paciente y evitar complicaciones. Mientras que el enfoque “Damage Control Orthopedics” (DCO) busca tratar primero las lesiones graves que ponen en peligro la vida y estabilizar al paciente. A continuación se presenta un caso de una paciente politraumatizada severa en estado límite, atendida en centro traumatológico de alta complejidad, el cual permite poner en práctica un enfoque ETC.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 45 años, diabética e hipertensa, presentó accidente de alta energía en motocicleta tipo colisión con automóvil. Ingresó a servicios de urgencias hemodinámicamente estable, Glasgow 15, con múltiples deformidades, por lo cual se realizaron radiografías que informaron fractura expuesta radio-ulnar en antebrazo izquierdo y fracturas de antebrazo derecho, fémur derecho, tibioperonea izquierda, peronea derecha y vertebral T12, con tomografía de abdomen y pelvis que informó leve hematoma retroperitoneal. Sin lesiones cerebrales, con laboratorio de ácido láctico en 23.87 mg/L, pH 7.33, exceso de base -2.5 y plaquetas 241.000/mm³. Se decidió que ETC sería el manejo óptimo. Se realizó manejo quirúrgico temprano, en un tiempo, con osteosíntesis y fijación interna para las fracturas de miembro inferior y superior. Se decidió manejo ortopédico de fractura vertebral y manejo conservador para el hematoma retroperitoneal. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones, logrando rehabilitación precoz.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Ambos enfoques son estrategias bien establecidas para manejo de pacientes politraumatizados cuya decisión no solo considera clínica sino factores como acidosis, perfil de coagulación, temperatura y lesiones de tejido blando. Considerando lo anterior, la estabilidad de la paciente y el estar en un centro traumatológico de alta complejidad con recursos y especialidades disponibles, se decidió un manejo ETC, el cual implicó una intervención extensa y estresante para el cuerpo. En pacientes límites lo más seguro es manejo DCO, disminuyendo el riesgo de SIRS por injuria quirúrgica, sin embargo, la experiencia del centro y factores ya mencionados permitieron lograr un manejo óptimo en un solo tiempo quirúrgico, disminuyendo el tiempo de hospitalización y rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: Fracturas Abiertas, Fracturas de la Tibia, Fijación Interna de Fracturas.

DISECCIÓN DE ARTERIA VERTEBRAL EN PACIENTE CON DISPLASIA FIBROMUSCULAR: REPORTE DE UN CASO.

Matías Cisterna C (1), Bernardo Kasztan D (1), Sofía Ramírez C (1), Esperanza Valdovinos G (1), Sofía Chellew S (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

(2) Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La displasia fibromuscular (DFM) es una arteriopatía no inflamatoria, no aterosclerótica que puede producir estenosis, aneurismas, disección, etc. Es más frecuente en mujeres jóvenes. Puede afectar cualquier lecho arterial, principalmente renal y carótido-intracraneal, y manifestarse como cefalea crónica, tinnitus pulsátil, o hasta complicarse como accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. Es una patología rara: su prevalencia exacta se desconoce, pero se estima que la subtipo renal es 0,4% y la subtipo craneocervical 0,1%. La sospecha clínica es fundamental, sin embargo el diagnóstico es clínico-imagenológico. Este caso pretende ilustrar la potencial gravedad de la patología e importancia de las neuroimágenes tempranas para su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 39 años, con antecedentes de fibromialgia en tratamiento con pregabalina y duloxetina. Consulta por un cuadro de 5 días de cefalea hemicraneal izquierda de inicio insidioso, EVA 9/10 irradiada al cuello, posterior a movimiento de flexo-extensión durante ejercicio físico, asociado a náuseas y tinnitus. Niega historia de migraña, síntomas visuales y alteraciones del equilibrio. Se realizan AngioTAC de cuello y Resonancia Magnética protocolo stroke, que muestran irregularidad luminal de arteria carótida interna izquierda distal al bulbo y en arteria vertebral izquierda, compatible con displasia fibromuscular de la media y disección del segmento V3 de arteria vertebral izquierda con estenosis significativa. Se hospitaliza bajo el diagnóstico de disección de arteria vertebral e inician medidas de neuroprotección: reposo absoluto, control de presión, levetiracetam y aspirina. Posteriormente se coloca un stent por vía percutánea, la paciente evoluciona favorablemente sin dolor ni secuelas, y es dada de alta con doble antiagregación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La DFM es infrecuente, pero potencialmente grave por las complicaciones asociadas, como ACV isquémico si afecta arterias intracraneales o hipertensión arterial secundaria si hay afectación renovascular. En este caso, una paciente joven consultó por empeoramiento de su cefalea y se pudo realizar una imagen oportunamente quedando sin secuelas. Por ello, frente a un paciente joven que consulta por cefalea con síntomas de alarma, es fundamental el estudio con una neuroimagen como ecografía Doppler, angiografía por Resonancia Magnética o arteriografía con catéter, este último siendo el examen de referencia para confirmar DFM.

PALABRAS CLAVE: Disección Arterial, Displasia Fibromuscular, Cefalea, Adulto Joven.

VOGT-KOYANAGI-HARADA: REPORTE DE UN CASO.

Iván Pacheco G. (1), Ignacio Mora G. (1), Alejandro Olivares G. (1), Daniela Cabrerizo R. (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile.

(2) Becada de Oftalmología HCSBA, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es un trastorno multisistémico, secundario a una respuesta autoinmune dirigida contra antígenos asociados a la melanina en ojos, oído interno, meninges y la piel. Se caracteriza por una panuveítis bilateral, desprendimientos de retina exudativos y manifestaciones extraoculares. Es común en población del sudeste asiático e hispana, con énfasis en la población chilena, por lo que su conocimiento para el médico general es relevante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 34 años, sin antecedentes médicos, con historia de 2 semanas de evolución de cefalea, disminución de la agudeza visual (AV) progresiva hasta amaurosis del ojo derecho que se asocia dolor a la oculomotilidad y ojo rojo bilateral, sin otras alteraciones neurológicas ni al examen físico. En el fondo de ojo se evidenció una papila edematosa e hiperémica bilateral. Se estudió con una tomografía de coherencia óptica de mácula que mostró un engrosamiento coroideo, vitritis y múltiples desprendimientos serosos, mayores en el ojo derecho. Se sospechó un síndrome de VKH y se descartaron otras causas con el estudio imagenológico, infeccioso y autoinmune, por lo que dado sola la afección ocular, se llegó al diagnóstico de VKH probable. El tratamiento consistió en bolos de metilprednisolona por 3 días, seguido de un esquema de mantención de prednisona vía oral, logrando una mejoría parcial de la AV del paciente. Actualmente se encuentra en seguimiento por oftalmología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El síndrome de VKH consiste en una panuveítis granulomatosa bilateral asociada con trastornos neurológicos y dermatológicos. Su diagnóstico es clínico y en ocasiones requiere de pruebas adicionales cuando hay solamente compromiso ocular. Se clasifica en VKH completo, cuando cumple todos los criterios clínicos; VKH incompleto, cuando cumple solo manifestaciones neurológicas/auditivas o dermatológicas; y VKH probable, cuando solamente es una enfermedad ocular aislada. Las fases de las manifestaciones clínicas se dividen en prodrómica, uveítis aguda, convaleciente y crónica recurrente. El tratamiento actual se basa en el uso de corticoides, terapia inmunosupresora y modificadores de la respuesta biológica. Un buen pronóstico visual es posible mediante un diagnóstico, tratamiento y manejo multidisciplinario oportuno, de esta manera cerca del 60% mantiene una AV $\geq$ 20/40.

PALABRAS CLAVE: Desprendimiento de retina; Panuveítis; Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.

ESPONDILODISCITIS RECURRENTE: REVISIÓN DE CONCEPTOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Camila González B. (1), Mariana Garrido R. (1), Julio González P. (1), Marianne Krause K. (1), Felipe Pizarro C. (2).

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

(2) Médico Radiólogo, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La espondilodiscitis es la inflamación de cuerpos vertebrales y espacios interdiscuales manifestada con dorsalgia inespecífica. El microorganismo más frecuente es el *S. Aureus* y algunos factores de riesgo son uso de drogas endovenosas, cirugías vertebrales e inmunodepresión. Su manejo dependerá del agente, inestabilidad segmental, compromiso neurológico y foco de infección. La infrecuencia de la patología y aún más un caso con antecedente de dos infecciones aisladas motivó la revisión bibliográfica sobre el concepto recurrencia en espondilodiscitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Femenina, 57 años con antecedente de espondilodiscitis con compromiso de extremidades superiores (2003), hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 no insulino requirente, obesidad y neumonía adquirida en la comunidad el mes previo a consulta, manejada con amoxicilina-clavulánico y levofloxacino sin mejoría. Consultó por lumbalgia progresiva, movilidad disminuida de extremidad inferior derecha, polaquiuria, disuria y fiebre de dos semanas de evolución. Durante hospitalización, destacó necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos, parámetros inflamatorios elevados, acidosis metabólica severa, resonancia magnética de columna lumbar con espondilodiscitis en vértebras lumbares 4 y 5, flegmón epidural anterior, abscesos de psoas bilateral. Ecocardiograma sin vegetaciones. Urocultivo y hemocultivos positivos para *E. Coli* no productora de betalactamasas. Cultivo óseo negativo. Biopsia ósea compatible con espondilodiscitis. Tras evaluación multidisciplinaria se completó tratamiento endovenoso con Ceftriaxona (6 semanas) con respuesta satisfactoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Recurrencia implica presentar síntomas y signos dentro de los 12 meses posteriores a completar tratamiento antibiótico, diferenciando recurrencia microbiológica (cultivo positivo al mismo microorganismo inicial), de clínica (mejoría clínica tras reintroducción antibiótica, con cultivo negativo). El objetivo terapéutico es erradicar la infección y preservar la funcionalidad vertebral mediante antibioticoterapia y/o cirugía, previniendo la recurrencia o secuelas; su efectividad se fundamenta en la evolución clínica. Aunque el caso expuesto no clasifique como recurrencia, de igual manera se buscó los objetivos terapéuticos descritos en esta revisión. Aunque la incidencia y recurrencia de espondilodiscitis son poco frecuentes, se reporta un aumento asociado al envejecimiento poblacional, incremento de estados inmunodepresivos e intervenciones quirúrgicas. Dado el difícil diagnóstico por sintomatología inespecífica, curso clínico subagudo y eventual gravedad del cuadro, nos obliga a la revisión bibliográfica continua para comprender el éxito del manejo y prevenir recurrencia y secuelas.

PALABRAS CLAVE: Espondilodiscitis; Osteomielitis Vertebral; Recurrencia; Antibioticoterapia, Dorsalgia Inespecífica.

NEUMATOCELE TRAUMÁTICO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DEL TRAUMA CERRADO DE TÓRAX

Josefa Gleisner B. (1), Marcelo Espinoza P. (1), Francisca Fernández L. (1), Gonzalo Álvarez A. (2)

(1) Interna/o de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile

(2) Cirujano General, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

INTRODUCCIÓN:

El neumatocele es una complicación infrecuente del trauma cerrado de tórax, caracterizada por la presencia de una o varias lesiones cavitadas que puede estar en asociación con otro tipo de lesiones en el parénquima pulmonar que le rodea. Según la bibliografía revisada, esta condición es más frecuente en pacientes jóvenes menores de 25 años, probablemente debido a una estructura ósea torácica más comprensible en comparación con los adultos. Los síntomas suelen ser inespecíficos e incluyen dolor torácico, disnea, tos y ocasionalmente hemoptisis. El tratamiento generalmente es conservador y el pronóstico es favorable.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de un paciente de 21 años que fue llevado por SAMU al servicio de urgencias tras un accidente en motocicleta, presentando dolor torácico después del trauma. Durante el incidente, sufrió una contusión en el hemitórax derecho. Al ingreso refería dolor torácico y disnea, además, se constató taquicardia leve, presión arterial normal y presencia de leves sibilancias espiratorias a la auscultación. Se realizó un estudio con scanner de tórax, donde se identificó una lesión cavitada rodeada de vidrio esmerilado, ubicada en el lóbulo superior derecho. Fue evaluado por el equipo de cirugía, quienes descartaron necesidad de tratamiento quirúrgico. Se decidió su hospitalización para observación durante una semana, periodo durante el cual se mantuvo estable y mejoró su sintomatología. Fue dado de alta con una radiografía de control a las 2 semanas, que demostró resolución espontánea del neumatocele sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El tratamiento de elección es la observación, siempre que no haya otras complicaciones asociadas con el trauma. No se recomienda el uso de antibióticos como profilaxis. Según la bibliografía, el neumatocele se resuelve de manera espontánea en un tiempo altamente variable, estimándose entre 4 a 21 semanas dependiendo de su magnitud. Sin embargo, en algunos casos puede persistir, por lo que se requiere seguimiento hasta confirmar su resolución completa. El neumatocele traumático, ha sido poco descrito en la literatura por su baja incidencia. Es crucial aumentar la conciencia sobre esta patología para evitar el uso de procedimientos invasivos e innecesarios.

PALABRAS CLAVE: Traumatismos torácicos; Pulmón; Contusiones.

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT COMO CAUSA DE OFTALMOPLEJIA DOLOROSA: REPORTE DE CASO.

Catalina Passache M. (1), Esteban Orellana R. (1), Alex Ojeda A. (1), Camila Pedrero A. (1), Diego Zepeda A. (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad Católica del Norte, Sede Guayacán, Coquimbo, Chile.

(2) Residente de Neurología, Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una entidad neurológica rara caracterizada por oftalmoplejía unilateral dolorosa que afecta a los pares craneales III, IV y VI. Es causado por inflamación idiopática del seno cavernoso o fisura orbitaria superior. A continuación, se expone un caso de STH a fin de conocer su presentación clínica, diagnóstico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 31 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por cuadro de 9 días de evolución de dolor ocular y periorbitario derecho irradiado a región frontotemporal asociado a diplopía. Al examen físico destacaba sensibilidad a la palpación en región periorbitaria, paresia del III y VI par craneal, plejía ocular lateral y ptosis palpebral derechos. Se decidió hospitalizar en el servicio de neurología para estudio. Panel autoinmune e infeccioso negativos. computada (TC) y angiografía por TC cerebral sin alteraciones. Resonancia Magnética (RM) cerebral describió realce asimétrico de fisura orbitaria superior derecha. Cuadro compatible con STH, se inició tratamiento con corticoides y analgesia. Evolucionó favorablemente con regresión de sintomatología decidiendo alta hospitalaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El STH es una afección rara cuyo diagnóstico se basa en la presencia de cefalea unilateral, paresia del III, IV o V par craneal ipsilateral e inflamación del seno cavernoso evidenciado en RM o biopsia, los cuales no se explican por otra causa, ya sea infecciosa, autoinmune, vascular o neoplásica. El tratamiento de elección son los corticoides con buena respuesta clínica. Es por ello que consideramos importante conocer esta entidad para saber cómo actuar frente a un paciente con oftalmoplejía dolorosa sin causa aparente.

PALABRAS CLAVE: Oftalmoplejía; Síndrome de Tolosa-Hunt; Síndrome del Seno cavernoso.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR TERATOMA: REPORTE DE CASO.

Catalina Passache M. (1), Esteban Orellana R. (1), Alex Ojeda A. (1), Camila Pedrero A. (1), Diego Zepeda A. (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad Católica del Norte, Sede Guayacán, Coquimbo, Chile.

(2) Residente de Neurología, Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile.

INTRODUCCIÓN:

Las Encefalitis Autoinmune son un grupo de patologías caracterizadas por la presencia de anticuerpos contra neuronas y células gliales. Los anticuerpos más frecuentemente involucrados son los anticuerpos anti-Receptor-N-metil-D-Aspartato (NMDR). Lo siguen en frecuencia los anticuerpos inmunoglobulina G (IgG) anti-Ácido Glutámico Descarboxilasa 65 (GAD65-IgG), anti-Glicoproteína de Mielina de Oligodendrocito 1 (MOG-IgG1) y anti-Proteína Inactivada del Glioma Rica en Leucina 1 (LGI1-IgG). Puede manifestarse con síntomas psiquiátricos o neurológicos y en ocasiones constituye un síndrome paraneoplásico. Las neoplasias más frecuentemente asociadas son los teratomas. El objetivo de este reporte es evidenciar la importancia de búsqueda de teratomas en aquellos pacientes con sospecha de encefalitis autoinmune.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 30 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por múltiples episodios convulsivos tónicos clónicos asociados a relajación de esfínteres con periodo postictal de 10 minutos. Examen físico sin alteraciones. Se hospitalizó en servicio de neurología iniciando tratamiento anticonvulsivante y estudio. Tomografía computada (TC), angio TC y resonancia magnética (RM) cerebral sin alteraciones, panel reumatológico e infeccioso negativos. Se sospechó encefalitis autoinmune, por lo que se solicitó ecografía transvaginal que evidenció teratoma ovárico izquierdo. Se realizó tumorectomía bilateral y toma de marcadores inmunológicos resultando positivos para mutación no NMDAR de los anticuerpos LGI1-IgG. Evolucionó favorablemente sin nuevos episodios convulsivos, por lo que se decidió alta médica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Los pacientes con sospecha de encefalitis autoinmune representan un verdadero reto diagnóstico-terapéutico. Frente a la sospecha debe descartarse la existencia de teratomas ováricos, principalmente en mujeres jóvenes, siendo la ecografía transvaginal un método diagnóstico valioso en lesiones anexiales. El mecanismo mediante el cual se produciría la encefalitis sería la producción de anticuerpos que atacarían en una primera instancia a los receptores dentro del teratoma y que posteriormente atacan a los de aspecto similar en el cerebro, conllevando a la producción de los signos y síntomas asociados al cuadro, por lo que la recomendación actual es la extirpación del tumor. Este caso se trataba de una encefalitis autoinmune por anticuerpos LGI1 asociado a teratoma, la cual es infrecuente.

PALABRAS CLAVE: Encefalitis autoinmune, Enfermedades Autoinmunes del Sistema Nervioso, Teratoma.

DERRAME PLEURAL PERSISTENTE POR ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4. REPORTE DE CASO.

Marianne Krause K (1), Sabrina Zúñiga O (1), Camila González B (1), Rocío Torres A (1), José Miguel Barrientos V (2).

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

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

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (ER-IgG4) es una afección fibroinflamatoria mediada por el sistema inmunitario que es capaz de comprometer múltiples órganos, compartiendo características patológicas, serológicas y clínicas. Afecta principalmente a hombres de entre 50 y 70 años. La clínica varía, manifestándose generalmente como un síndrome constitucional inespecífico. El derrame pleural ocurre en aproximadamente el 4% de los casos. El diagnóstico de ER-IgG4 se confirma con criterios clínicos, serológicos e histológicos. Debido a su reciente reconocimiento y capacidad de provocar disfunción y muerte, es fundamental estudiarla. El diagnóstico y tratamiento temprano son esenciales para evitar la progresión y mejorar la respuesta a terapia.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Femenina, 59 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Policonsultante por tos, dificultad respiratoria y pérdida de peso. Se sospechó miocarditis, confirmando derrame pleural derecho recidivante tipo exudado mononuclear de meses de evolución que recidivó a pesar de pleurostomias y antibióticos. En febrero de 2024, se realizó una videotoroscopia, biopsia pleural y GenExpert por sospecha de malignidad versus tuberculosis pleural. Los resultados confirmaron ER-IgG4 e inicio seguimiento por Inmunología y terapia con Micofenolato y Prednisona.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La ER-IgG4 presenta múltiples diagnósticos diferenciales que pueden retrasar su identificación como en el caso expuesto. Una vez diagnosticados clínica, histológica y serológicamente, los pacientes deben recibir tratamiento con glucocorticoides. Aunque la mayoría de los pacientes responde bien, pueden experimentar exacerbaciones durante o después de la reducción de los glucocorticoides. La terapia combinada con Rituximab va por sobre Micofenolato, esta podría ofrecer mayores beneficios que resulta desafiante estudiar. El seguimiento varía según la actividad de la enfermedad e incluye hemogramas y monitoreo de niveles de IgG, IgE, C3 y C4 cada 3-6 meses para evaluar la efectividad del tratamiento. ER-IgG4 con afectación pulmonar las imágenes periódicas podrían ser útiles, pero no se han realizado estudios rigurosos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad relacionada a IgG4; derrame pleural; inmunoglobulina G4.

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL AUTOINMUNE POR ENFERMEDAD DE BEHCET: A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Vega G (1), Tomás Mendoza B (1), Magdalena González M (2), Diego Villavicencio D (3), Ignacio Cifuentes R (4), Luis Barahona A (5).

- (1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- (2) Interno de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago de Chile.
- (3) Médico Cirujano, Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- (4) Becado de Otorrinolaringología, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.
- (5) Otorrinolaringólogo, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis sistémica autoinmune caracterizada por úlceras orogenitales, uveítis y lesiones cutáneas recurrentes. Se describen manifestaciones audiovestibulares como hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva y vértigo, pudiendo ser la primera manifestación de la enfermedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 54 años, presentó cuadro de 6 semanas de baja de peso, artralgias, mialgias, parestesias y úlceras en extremidades inferiores. Agregó vértigo episódico autolimitado, percepción de hipoacusia derecha y compromiso visual. Laboratorio destacó anemia, trombocitosis, VHS de 130 mm/hr y PCR de 407 mg/l, estudio reumatológico con ANA(+) 1/160 homogéneo y granular fino, ANCA P(+), MPO(+), antiDNA por IFI(+) y HLA B51:01(+) y biopsia cutánea compatible con vasculitis de mediano y pequeño vaso, planteando sospecha de vasculitis por EB, iniciando pulsos de metilprednisolona e inducción con ciclofosfamida. Se realizó audiometría compatible con hipoacusia sensorineural bilateral leve con Promedio Tonal Puro aéreo/óseo derecho 31dB/21dB e izquierdo aéreo 21dB, buena discriminación y prueba calórica compatible con hipoexcitabilidad vestibular, evolucionando en 2 meses con hipoacusia izquierda severa-profunda pese a buen control sistémico, iniciando manejo con inyección intratimpánica con dexametasona ipsilateral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

En la EB, la hipoacusia neurosensorial tiene una prevalencia de 12-80% y afectación vestibular de 20-40%, pudiendo constituir los primeros síntomas de una afectación del sistema nervioso central. En estudios mediante emisiones otoacústicas permite suponer que el daño auditivo en EB sería secundario a vasculitis de vasos cocleares. El tratamiento corticoidal no tiene suficiente evidencia en hipoacusia por EB. Se postula que controlar el proceso inflamatorio inicial mediante dosis altas de corticoides locales prevendría el daño irreversible. La inyección intratimpánica, utilizada en hipoacusias súbitas, podría considerarse, pero sin evidencia a largo plazo. Este reporte de caso aporta al conocimiento científico al exponer manifestaciones atípicas de la enfermedad cuyo desconocimiento retrasa su diagnóstico y manejo.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Autoinmune; Síndrome de Behçet; Hipoacusia.

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA TIBIAL ANTERIOR COMO CONSECUENCIA DE UN TRAUMATISMO PENETRANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sebastián León E. (1), Catalina Loins Z. (1), Pierina Polanco Z. (1), Mariano Sepúlveda L. (2).

(1) Internos de Medicina, Universidad de Antofagasta, Chile

(2) Médico Cirujano, Hospital Comunitario de Mejillones, Chile

INTRODUCCIÓN:

Los pseudoaneurismas corresponden a falsos aneurismas debido a que no involucran las 3 capas de la pared arterial. Son formados cuando existe una sección parcial del vaso y la sangre que escapa genera un hematoma, el que posteriormente se organiza creando una pseudocápsula fibrosa. La presentación de este cuadro clínico en la arteria tibial anterior es extremadamente infrecuente con cifras menores al 1%, en cuyas etiologías se describen las lesiones traumáticas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 41 años, consultó en servicio de urgencias en hospital de baja complejidad por cuadro de 1 mes de evolución de dolor y aumento de volumen progresivo en la extremidad inferior izquierda, en donde previamente sufrió herida cortopunzante por arma blanca. Se le realizó ecotomografía de partes blandas, destacando formación hipoecogénica en el tercio distal y lateral de pierna izquierda, sugerente de pseudoaneurisma parcialmente trombosado, por lo que se decidió derivación a centro de mayor complejidad para evaluación por especialista. A su ingreso se observó persistencia de cuadro clínico descrito con una masa pulsátil de 2x2 centímetros, asociado a sangrado en napa. Se le realizó Angio TC de extremidades inferiores el cuál confirmó el diagnóstico de pseudoaneurisma. Ingresó a pabellón para manejo quirúrgico, donde se realizó angioplastia con balón por vía endovascular más trombectomía. Evolucionó en su postoperatorio sin complicaciones, se indicó alta médica con seguimiento en policlínico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Los pseudoaneurismas, al estar formados por una delgada cápsula fibrosa son más susceptibles a su expansión o ruptura con el riesgo de desencadenar complicaciones como sangrado en los tejidos circundantes. Este caso tiene como objetivo demostrar la importancia de la sospecha clínica y de realizar un examen físico dirigido, que no nos permitirá realizar un diagnóstico, pero si tener una fuerte sospecha con la cual se podrá realizar una derivación temprana. En este cuadro se planteó el uso de angioplastia con balón endovascular como tratamiento, ya que las condiciones del paciente y su diagnóstico eran aptos para la técnica. Hoy en día las endoprótesis endovasculares son una opción menos invasiva en comparación con otras técnicas quirúrgicas empleadas, aún así se deben evaluar las opciones caso a caso.

PALABRAS CLAVE: Aneurisma falso, arterias tibiales, procedimientos quirúrgicos vasculares

MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN USUARIO DE DEXAMETASONA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernando Rioseco A (1), Sofía Blanco C (1), Javiera Oyarzún R (1), María Reyes B, (1), Rolando Martínez F (2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

(2) Becado de segundo año de Medicina Interna, Hospital del Salvador, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN:

La *Listeria Monocytogenes* (LM) es una etiología infrecuente de la meningitis bacteriana, en Chile, el último reporte del Instituto de Salud Pública proporcionaba 69 casos de listeriosis el 2018. Los casos predominan en neonatos, adultos mayores e inmunodeprimidos, en quienes provoca una infección severa del sistema nervioso central. El diagnóstico se realiza con la PCR de líquido cefalorraquídeo y su tratamiento con ampicilina debido a la sensibilidad de LM a este betalactámico. A continuación se expondrá el caso de meningitis por LM en una paciente adulta mayor con factores de riesgo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer chilena de 70 años, usuaria de dexametasona por diagnóstico de mieloma múltiple de cadenas livianas en remisión desde enero del 2024. Llevada a servicio de urgencia terciario tras ser encontrada con compromiso de conciencia cualitativo, vómitos y pérdida de control de esfínteres. Al examen físico: febril, bradipsíquica y abdomen distendido. Laboratorio de ingreso informaba elevación de parámetros inflamatorios, orina inflamatoria y urocultivo positivo para *Escherichia coli*, tomografía computada (TC) de cerebro sin hallazgos relevantes. Fue hospitalizada en sala de cuidados medios, donde se exacerbó su sintomatología, se indicó ceftriaxona-amikacina-metronidazol y TC de abdomen y pelvis, descartando foco abdominal. Tras refractariedad a tratamiento se planteó meningoencefalitis, con traslape antibiótico a ceftriaxona-aciclovir-ampicilina. Se realizó punción lumbar con líquido turbio, hipoglucorraquia, hiperproteíнемia, con FilmArray reactivo para *Listeria Monocytogenes* y Citomegalovirus (CMV), siendo trasladada a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se desestimó rol patogénico de CMV dada baja carga viral en plasma. Se completaron 21 días de tratamiento con Ampicilina-Gentamicina. Posteriormente, con evolución favorable logró egreso de UCI, alta con controles respectivos y evaluación de comorbilidades.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La meningitis por LM es infrecuente, siendo especialmente grave en adultos mayores e inmunosuprimidos. El caso expuesto evidenció un cuadro clásico de meningitis, provocada por patógeno atípico. La clave para un buen desenlace, fue mantener la sospecha clínica considerando los factores de riesgo, incluyendo en la antibioticoterapia inicial la cobertura apropiada. En conclusión, aunque la frecuencia de ciertos patógenos pueda guiar el enfoque terapéutico, es fundamental considerar los factores predisponentes individuales para no retrasar la terapia antibiótica efectiva y así, la recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVE: Meningitis Bacteriana ; *Listeria monocytogenes* ; Infecciones por bacterias Gram positivas.

ABSCESO ESPLÉNICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR SALMONELLA ENTÉRICA, REPORTE DE CASO.

Ana Carvajal H. (1), Joel Ávila S. (1), Carolina Pérez M. (2).

(1) Interno de medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

(2) Médico cirujano, Hospital de Peumo, Peumo, Chile.

INTRODUCCIÓN:

Salmonella entérica es la primera causa de brotes de intoxicación alimentaria en Chile, y rara vez se manifiesta como absceso esplénico. El absceso esplénico es una patología poco frecuente, no se conoce su incidencia real en población general pero se estima entre 0,2 y 0,7%. A menudo ocurre debido a diseminación hematógena de diversos agentes microbiológicos. La clínica de esta complicación puede pasar desapercibida, sin embargo, el diagnóstico precoz puede disminuir la morbimortalidad asociada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 25 años, sin antecedentes mórbidos acudió al servicio de urgencia por cuadro de 3 días de evolución de vómitos y diarrea, asociado a fiebre persistente hasta 40°C, sin respuesta favorable a manejo sintomático ambulatorio. Se hospitalizó para estudio y manejo de síndrome febril. Se inició antibioticoterapia empírica con Ceftriaxona y se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen que reportó lesión quística esplénica de 98x97mm. Evolucionó con peak febril hasta 38,9°C, elevación de parámetros inflamatorios y TC compatible con absceso esplénico. Por sospecha de sepsis de foco abdominal se realizó esplenectomía de urgencia. Se cultivó la pieza quirúrgica con crecimiento de Salmonella entérica. Dada la buena evolución clínica, se decidió el alta hospitalaria 6 días posterior al procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El absceso esplénico es una complicación poco frecuente de las infecciones gastrointestinales, con una alta morbimortalidad. Actualmente no se disponen de guías clínicas para el manejo de esta patología, la antibioticoterapia asociada a la extirpación del bazo es el tratamiento más utilizado, lo que supone cuidados específicos durante toda la vida del paciente. Con el aumento de las terapias asociadas a la radiología intervencional se espera una disminución de la morbilidad principalmente derivada de la esplenectomía. Se debe considerar el absceso esplénico como diagnóstico diferencial en pacientes con clínica compatible con intoxicación alimentaria que persiste pese a manejo sintomático, un diagnóstico precoz puede disminuir la morbimortalidad asociada a esta patología y disminuir la necesidad de resolución quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Absceso Abdominal, Enfermedades del Bazo, Salmonella enterica.

TRANSAMINITIS COMO FORMA DE HEPATOTOXICIDAD EN EL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS.

Nicolás Wagemann H (1), Daniela Veloso S (2), Eduardo Segovia V (2), Eduardo Figueroa M (2), Paula Wagemann H (3).

(1) Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile.

(2) Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

(3) Médico cirujana, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN:

La transaminitis puede darse en contexto de distintas patologías y uso de fármacos. En general, indica daño hepático de menor magnitud. La pirazinamida, empleada en el tratamiento de la tuberculosis, destaca por su potencial hepatotoxicidad. Es esencial reconocer estos riesgos para prevenir complicaciones, especialmente en población con factores predisponentes. Es por esto que presentamos el siguiente caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 79 años, con antecedente de tuberculosis pulmonar de reciente diagnóstico en tratamiento. Consultó en urgencias por cuadro de 3 días de dolor intenso en hipocondrio derecho, vómitos y diarrea. Al examen destacó mucosas deshidratadas y crépitos en ápice pulmonar derecho. En sus exámenes de laboratorio destacan GPT 227, GOT 336 y bilirrubina total 0.35. Serología para hepatitis viral resultó negativa. Se manejó con omeprazol, metamizol e hidratación, y se decidió hospitalizar bajo sospecha de hepatitis inducida por fármacos (HIF). Se suspendió terapia antituberculosa, con seguimiento diario de pruebas hepáticas. Al tercer día normalizaron las pruebas hepáticas y presentó evidente mejoría clínica. Se descartó HIF por no alterar otros marcadores hepáticos, rectificando el diagnóstico como transaminitis por pirazinamida. Al sexto día se reinició esquema antituberculoso, a excepción de pirazinamida. Se dio de alta al decimotercer día, con controles en infectología para ajustar esquema.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La transaminitis se presenta en un 25% como reacción adversa al tratamiento antituberculoso, pudiendo generar HIF en un 7%. Alteraciones hepáticas en grupos de riesgo como mujeres, adultos mayores y consumidores de alcohol deben reconocerse oportunamente, pues la vigilancia estrecha disminuye un 78% la incidencia de reacciones adversas.

PALABRAS CLAVE: Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos, Enfermedad Hepática Inducida por Sustancias y Drogas, Tuberculosis.

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA, REPORTE DE CASO.

Pablo Fernández P. (1), Cristian Robles C. (1), Martín Vera G. (1), Andor Winckler Á. (1), María Paz Marín N (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

(2) Médica Cirujana, Obstetricia y Ginecología - Medicina Materno Fetal, Jefa Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafrágica congénita (HDC) es un trastorno del desarrollo del diafragma con prevalencia de 1 - 4 casos por 10.000 recién nacidos vivos, caracterizado por el desplazamiento de vísceras abdominales hacia el tórax, generando hipoplasia e hipertensión pulmonar, generalmente debuta con dificultad respiratoria severa, en su mayoría incompatible con la vida. El diagnóstico es ecográfico y se puede evaluar severidad con resonancia magnética fetal (RMF). En centros avanzados se realiza una técnica quirúrgica intrauterina llamada Oclusión Traqueal Endoluminal Fetoscópica (FETO), disminuyendo las complicaciones. La sospecha y derivación oportuna son fundamentales para un mejor pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Primigesta de 29 años, con antecedente de hipotiroidismo secundario a tiroidectomía total por cáncer de tiroides, con controles prenatales al día y en seguimiento ecográfico en unidad de alto riesgo obstétrico desde primer trimestre del embarazo por pliegue nucal aumentado, quiste plexo coroideo y riesgo aumentado de aneuploidía. Amniocentesis con hibridación fluorescente in situ (FISH) negativo para trisomías 13, 17 y 21; cariograma 46XY. Ecografía de las 22-24 semanas detecta HDC indiferenciada de alto riesgo asociada a polihidramnios severo (PHAS), acortamiento cervical de 16 milímetros (cultivos cervicovaginales negativos). Resonancia magnética fetal frustra por PHAS. Film Array sin alteración. Al explicar diagnóstico y pronóstico se gestiona el traslado a centro con Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO). A las 29 semanas evoluciona con rotura prematura de membranas y trabajo de parto en podálica, realizando cesárea de urgencias en contexto de parto inminente. Recién nacido se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales falleciendo a las 3 horas de vida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La HDC es un trastorno genético poco frecuente y de mal pronóstico que se puede diagnosticar en primera instancia evaluando morfología fetal con ecografía obstétrica. El actual enfoque se basa en la detección precoz y eventual manejo prenatal, lo cual según severidad y abordaje del cuadro han mostrado aumento en supervivencia, sin embargo, no se ha visto una disminución en mortalidad postnatal a largo plazo dada falta de centros especializados y estandarización tanto de cirugías in útero como de cuidados postnatales intensivos, por lo que se espera que futuras investigaciones se enfoquen en ello.

PALABRAS CLAVE: Embarazo de alto riesgo, Hernia diafrágica congénita, Lesiones prenatales, Pruebas genéticas, Recién nacido prematuro.

SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICO COMO CAUSA DE CRISIS HIPERTENSIVA.

Bárbara Reuse B (1), Gabriela Ruiz C (1), Erick Rivera S (1), Eduardo Segovia V (1), Alejandra Valenzuela A (2).

(1) Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

(2) Médico cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital Puerto Montt, Puerto Montt.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Cushing ectópico es una enfermedad causada por la sobreproducción de hormona adrenocorticotropa (ACTH), con una incidencia estimada de 0,2-5 por millón, siendo más prevalente en mujeres. Su causa más frecuente es el adenoma hipofisiario, pero alrededor del 10% de ellos es por tumores broncopulmonares. La clínica se manifiesta por sobreproducción de ACTH del tumor e incluye hipertensión refractaria, hipokalemia e hiperglicemia, y el diagnóstico se realiza con test de hipercortisolismo endógeno. Ante un diagnóstico tardío, suelen presentar complicaciones con elevada morbimortalidad. Por ello, se presenta el siguiente caso con el objetivo de reconocer sus principales manifestaciones para un diagnóstico oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 62 años, con hábito tabáquico crónico. Consultó en urgencias por dolor torácico intenso irradiado a escápulas. A su ingreso, cursó con hipertensión arterial (HTA) (206/101 mmHg), hipokalemia severa (2.0 mmol/L) y alcalosis metabólica (pH 7.55, bicarbonato 33 mmol/L). Troponinas y electrocardiograma no evidencian isquemia cardíaca. Previo a angiotomografía de tórax evolucionó refractario a reposición de potasio, por lo que se sospechó etiología secundaria. En angiotomografía se evidenció masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo de aspecto neoplásico y conglomerado de adenopatías mediastínicas e hiliares. Se decidió complementar el estudio con dos test de Nugent, ambos positivos. En base a los hallazgos se diagnosticó síndrome de ACTH ectópico. Se dejó tratamiento con enalapril, amlodipino, carvedilol, espironolactona y ketoconazol, logrando evolución favorable durante su hospitalización. Biopsia pulmonar indicó cáncer de pulmón de células pequeñas metastásico. Se dio de alta voluntaria con cuidados paliativos a los 39 días de hospitalización, falleciendo días después.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El tratamiento del síndrome de Cushing ectópico es principalmente quirúrgico, sin embargo, el 81% de los pacientes fallecen en etapas avanzadas. Las opciones terapéuticas incluyen adrenalectomía o terapia antihipertensiva intensiva, lo que mejora la sintomatología y previene complicaciones, como las del caso presentado. Sin tratamiento existe sobrevida de 0% al año, y con tratamiento farmacológico la sobrevida aumenta a un 44%. Por ello, una sospecha precoz mediante manifestaciones como hipertensión secundaria, hipokalemia y fenotipo cushingoide son esenciales para un oportuno diagnóstico y con ello una mejor sobrevida.

PALABRAS CLAVE: Hipopotasemia; Síndrome de ACTH Ectópico; Síndrome de Cushing.

Libro de resúmenes

I Jornada de Investigación en Medicina

2024

**Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad San
Sebastián de Puerto Montt**

