



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

OCTUBRE 2023, SUPL 1.

LIBRO DE RESÚMENES
I° ENCUENTRO CIENTÍFICO
“ELOÍSA DÍAZ”, 2023.

Fundada en Santiago de Chile en 2001. Editada por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile.

En línea ISSN 0718-672X.
Impreso ISSN 0718-6711.



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

OCTUBRE 2023, SUPL 1.

Fundada en 2001, Su objetivo principal es promover la investigación de pregrado en el área de la salud y las ciencias biomédicas. Editada en Santiago de Chile por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile, Avenida Independencia 1027, Programa de Anatomía del Desarrollo, Block A, Oficina 1, Comuna de Independencia, Santiago de Chile.

rcem.uchile.cl

Se autoriza la reproducción parcial o completa del presente número, bajo la condición de que se incluya la adecuada atribución a su origen, de conformidad con las disposiciones legales aplicables.

Rev Chil Estud Med.
En línea ISSN 0718-672X.
Impreso ISSN 0718-6711.

LIBRO DE RESÚMENES



I° ENCUENTRO CIENTÍFICO
ELOÍSA DÍAZ
2023



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

EQUIPO EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Catalina Martínez Araya

EDITOR ASISTENTE

Nicole Álvarez Campusano

COMITÉ EDITORIAL

Constanza Rojas Mella

Isidora Prieto Urrutia

Diego Aller Acuña

Diego Carmona Lioi

Vanessa Uberuaga Gutiérrez

Vicente Tagle Terrazas

Rodrigo Rivera Martínez

María Ignacia Concha Vera

Enma Rojas Vargas

Macarena Sánchez González

DOCENTE ASESOR

Dr. Abraham Gajardo Cortez

DISEÑO GRÁFICO Y DIAGRAMACIÓN

Camila Palma Soto

CONTENIDOS

8	ORGANIZADORES	
10	BIENVENIDA	
11	SECCIÓN 1: MEJORES CASOS CLÍNICOS	
	CC#31 PRIMER LUGAR - CIRUGÍA GENERAL FLEBECTASIA YUGULAR INTERNA, HALLAZGO INCIDENTAL EN UN ADULTO.....	12
	CC#64 SEGUNDO LUGAR - TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA LUXOFRACTURA DE LISFRANC, A PROPÓSITO DE UN CASO	13
	CC#20 TERCER LUGAR- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HIPERPARATIROIDISMO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPEREMESIS GRAVÍDICA: MANEJO QUIRÚRGICO VS CONSERVADOR A PROPÓSITO DE UN CASO	14
15	SECCIÓN 2: CIRUGÍA ADULTOS	
	CC#54 MIXOMA AURICULAR GIGANTE COMO HALLAZGO INESPERADO	16
	CC#56 SÍNDROME DE MIRIZZI, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR EN PATOLOGÍA BILIAR.....	17
	CC#85 DEBUT DE QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR CON SHOCK ANAFILÁCTICO SECUNDARIO A ROTURA: REPORTE DE UN CASO	18
19	SECCIÓN 3: CIRUGÍA INFANTIL	
	CC#88 ABSCESO DEL OBTURADOR INTERNO ASOCIADO A OSTEOMIELITIS DEL PUBIS EN PACIENTE DE 8 AÑOS: REPORTE DE CASO	20
21	SECCIÓN 4: DERMATOLOGÍA	
	CC#24 Pioderma gangrenoso extenso con buena respuesta a tratamiento sistémico asociado en servicio de dermatología del Hospital San José.....	22
	CC#87 CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA VENOSA.....	23
24	SECCIÓN 5: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	
	CC#49 CARCINOMA ESCAMOSO DE VULVA diagnosticado en contexto de sospecha de infección micótica.....	25
	CC#50 TUMOR LIMÍTROFE DE OVARIO EN CONTEXTO DE HALLAZGO EN EL EMBARAZO	26
	CC#53 TERATOGENICIDAD POR FÁRMACOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	27
	CC#68 EMBARAZO HETEROTÓPICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO EN SERVICIO DE URGENCIA GINECOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO	28
	CC#78 PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO EN HEMIÚTERO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE HERLYN WENDER WÜNDERLICH.....	29

30	SECCIÓN 6: MEDICINA GENERAL FAMILIAR	
	CC#43 APENDAGITIS EPIPLOICA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: A PROPÓSITO DE UN CASO	31
32	SECCIÓN 7: MEDICINA INTERNA	
	CC#01 VASCULITIS ANCA PR3 (+) CON COMPROMISO LIMITADO AL RIÑÓN EN UNA PACIENTE DE 29 AÑOS, REPORTE DE UN CASO	33
	CC#15 PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON LIMITACIÓN CRÓNICA DEL FLUJO AÉREO Y BRONQUIECTASIAS, COLONIZADO POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: EL DILEMA DE LA ERRADICACIÓN.....	34
	CC#16 ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE METÁSTASIS ÓSEAS, REPORTE DE UN CASO	35
	CC#26 LA IMPORTANCIA DE SOSPECHAR UN CÁNCER DE ESÓFAGO EN UN PACIENTE CON DISFAGIA Y FACTORES DE RIESGO	36
	CC#29 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENDOCARDITIS BACTERIANA: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	37
	CC#30 SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA POR AMILOIDOSIS EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSIS	38
	CC#32 CARCINOMATOSIS PERITONEAL COMO METÁSTASIS DE PRIMARIO DESCONOCIDO.	39
	CC#35 MONONEURITIS MÚLTIPLE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA VASCULITIS CON ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO	40
	CC#39 ENDOCARDITIS SILENTE EN CONTEXTO DE ESTUDIO POR SÍNDROME NEFRÍTICO Y DOLOR ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	41
	CC#51 REPORTE DE CASO DE NEUMONÍA POST OBSTRUCTIVA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE NEOPLASIA PULMONAR.....	42
	CC#55 PREPARACIÓN DE COLONOSCOPIA COMO FACTOR PRECIPITANTE DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN AUSENCIA DE UNA ALTERACIÓN HIDROELECTROLÍTICA AGUDA	43
	CC#62 HEMORRAGIA OCULTA EN PACIENTE CON TROMBASTENIA DE GLANZMANN: A PROPÓSITO DE UN CASO	44
	CC#66 DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UN CASO DE TROMBOCITOPENIA Y CONDROSARCOMA INCIDENTAL.....	45
46	SECCIÓN 8: NEUROCIROGÍA	
	CC#58 MEDULOBLASTOMA EN POBLACIÓN ADULTA: REPORTE DE CASO.....	47
	CC#86 HAMARTOMA HIPOTALÁMICO: REPORTE DE CASO	48

49	SECCIÓN 9: OFTALMOLOGÍA	
	CC#41 NEUROPATÍA ÓPTICA URÉMICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL EN NEFRÓPATAS	50
51	SECCIÓN 10: OTORRINOLARINGOLOGÍA	
	CC#65 OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN RECIDIVANTE SECUNDARIO A TUMOR DE BASE DE CRÁNEO.....	52
53	SECCIÓN 11: PEDIATRÍA	
	CC#02 ABORDAJE DE NEUMONÍA COMPLICADA POR DERRAME PLEURAL SIGNIFICATIVO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO.....	54
	CC#18 HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO COMPLICACIÓN DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: A PROPÓSITO DE UN CASO	55
	CC#27 MIOSITIS VIRAL AGUDA EN UN PACIENTE CON INFLUENZA.....	56
	CC#47 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL: REPORTE DE UN CASO DE CAUSA INFRECUENTE	57
	CC#75 EMPIEMA SUBDURAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	58
	CC#76 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENCEFALOPATÍA AGUDA EN PEDIATRÍA: ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA CON MUTACIÓN EN GEN RANBP2	59
	CC#81 ANEMIA HEMOLÍTICA COMO DEBUT DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTE PEDIÁTRICO	60
	CC#82 DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL CROMOSOMA X: REPORTE DE CASO CLÍNICO	61
62	SECCIÓN 12: PSIQUIATRÍA ADULTOS	
	CC#03 EPISODIO MANÍACO POR SUSPENSIÓN DE MEDICACIÓN DEBIDO A EMBARAZO EN PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, REPORTE DE UN CASO	63
	CC#42 INTOXICACIÓN POR LITIO EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO	64
65	SECCIÓN 13: UROLOGÍA	
	CC#70 ADENOSIS ESCLEROSANTE DE PRÓSTATA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	66

ORGANIZADORES

COMITÉ ORGANIZADOR

Constanza Rojas Mella

Directora del I° Encuentro Científico Eloísa Díaz.
Estudiante de 3er año de Medicina de la Universidad de Chile.

Yamila Olivares González

Directora del I° Encuentro Científico Eloísa Díaz.
Estudiante de 5to año de Medicina de la Universidad de Chile.

Dr. Leandro Carreño

Coordinador del I° Encuentro Científico Eloísa Díaz.
Director de Investigación e Innovación Facultad de Medicina
Universidad de Chile.
Bioquímico y Doctor en Ciencias Biológicas con mención en
Genética Molecular y Microbiología.

ORGANIZADORES

Vanessa Uberuaga Gutiérrez

Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile.

Matías Montecinos Montecino

Estudiante de 5to año de Medicina de la U. de Chile.

Isidora Prieto Urrutia

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile.

Kenneth Noches Hernández

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Carlos Schade Carter

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Nicole Álvarez Campusano

Estudiante de 2do año de Medicina de la U. de Chile

Sebastián Elías Obeso

Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile

Florencia Vogel Munizaga

Estudiante de 2do año de Medicina de la U. de Chile

Anghelo Zurita de la Barra

Estudiante de 4to año de Medicina de la U. de Chile

Ian Pulido Paredes

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Macarena Sánchez González

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Constanza Navarro Escobedo

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Felipe Montes González

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Mauricio Vergara Ramírez

Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile

Mauro Rojas Zúñiga

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Anaí Díaz Morales

Estudiante de 2do año de Medicina de la U. de Chile

Justin Ancamil Garín

Estudiante de 2do año de Medicina de la U. de Chile

Baltazar Jana Silva

Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile

Diego Aller Acuña

Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile

Cristóbal Ruíz Vásquez

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Constanza Lagos Riffo

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Nathalie Tuteleers de la Cuadra

Estudiante de 1er año de Medicina de la U. de Chile

Álvaro Copier Tapia

Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile

JURADO COMPETENCIA CIENTÍFICA POR ÁREA

Cirugía Adultos:

Dr. Carlos Ayala - Cirujano General
Dr. Daniel Rappoport - Cirujano de Cabeza, Cuello y Plástica Máxilo Facial
Dr. Felipe Farfán - Cirujano General
Dr. Juan Espinoza - Cirujano Cardiovascular
Dr. Juan Moreno - Cirujano Cardiovascular
Dr. Omar Orellana - Cirujano General
Dr. Mauro Morel - Cirujano General

Cirugía Infantil:

Dra. Nelly Letelier

Dermatología:

Dr. Matías Garate
Dra. Silvia Guerrero

Ginecología y Obstetricia:

Dr. Álvaro Herrera
Dra. Helga Vera
Dr. Mauro Parra
Dr. Sergio Valenzuela

Inmunología:

Dr. Diego Catalán

Medicina General Familiar:

Dra. Lidia Campodónico

Medicina Interna:

Dra. Ariane Hernández - Médica Internista
Dr. Abraham Gajardo - Médico Internista
Dr. Andrés Palma - Cardiólogo
Dra. Constanza Bravo - Cardióloga
Dr. Christopher Madrid - Médico Internista
Dr. Erico Segovia - Nefrólogo
Dr. Felipe Astorga - Broncopulmonar
Dr. José Pedro de la Fuente - Médico Internista

Neurocirugía:

Dr. David Aguirre
Dr. Luis Contreras

Neurología:

Dra. Carolina Delgado
Dr. Jorge Bevilacqua

Oftalmología:

Dra. Fernanda Pérez

Otorrinolaringología:

Dr. Christian Olavarría

Pediatría:

Dr. David Martínez
Dra. Fabiola Castro
Dra. María Nalegach
Dra. Lucía Sanhuesa - Neonatología

Psiquiatría Adultos:

Dra. Javiera Venegas

Radiología:

Dr. Gonzalo Miranda

Traumatología y Ortopedia:

Dr. Cristóbal Díaz

Urología:

Dr. Alfredo Aliaga

BIENVENIDA

Sean bienvenidas y bienvenidos al I° **Encuentro Científico Eloísa Díaz**, organizado por el Comité Científico de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile (ACEM UCH).

Este 21 de Octubre del año 2023, tras varios años de pandemia, se decidió realizar, en nuestra querida e histórica Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, un encuentro donde estudiantes de Medicina de distintos niveles y de diversas regiones del país, pudieran exhibir todo el esfuerzo, conocimiento, curiosidad y ganas de aprender con el cuál presentaron Casos Clínicos de las distintas áreas que conforman la Medicina, y qué nos dan cuenta de diversas experiencias que tenemos en la práctica clínica, casos que rara vez podemos ver o qué aún viéndolos a diario parecen revelar partes de la Medicina que aún guardan un misterio detrás.

Por ello, es que el objetivo de este Encuentro Científico recae en juntarnos y presenciar la exposición de Casos Clínicos que han observado los estudiantes de Medicina, es decir, nuestros futuros amigos y colegas, y qué nos acercan más a lo que veremos prontamente cuando egresemos.

Esperamos que este Libro de Resúmenes pueda dar una idea del conocimiento que año a año se va construyendo por jóvenes, que velando por el resguardo de los D.D.H.H y la ética que conlleva la futura práctica profesional, nos muestran una parte de su trabajo.

Finalmente, queremos agradecer a todos los estudiantes que pudieron hacer posible la realización de este encuentro, además de sus tutores, entusiasmo y perseverancia que lograron para llevar a cabo esta difícil tarea. También, agradecemos enormemente a todos aquellos docentes que forman parte de la Escuela de Medicina, y que participaron en la revisión de cada uno de los trabajos expuestos. Esperamos que esta instancia haya sido de su total agrado. Asimismo, apreciamos el patrocinio de: Anatomy Store, Koala Scrubs, Amolca, CTO Chile y IVMedical, que formaron parte de esta maravillosa instancia.

Además, queremos destacar en especial al Dr. Leandro Carreño, Director de Investigación e Innovación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que nos ayudó enormemente a la realización y construcción de esta maravillosa actividad, junto con el Dr. Miguel O’Ryan, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, quien posibilitó llevar a cabo esta gran tarea.

En el siguiente libro damos a conocer los trabajos aceptados y presentados en las áreas de Cirugía Adultos, Cirugía Infantil, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina General Familiar, Medicina Interna, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría Adultos, Traumatología y Ortopedia, y Urología.

¡Esperamos verlos el próximo año en la segunda versión del Encuentro Científico Eloísa Díaz!

Un afectuoso saludo,
Constanza Rojas M. y Yamila Olivares G.
Directoras I° Encuentro Científico Eloísa Díaz 2023
Comité Organizador I° Encuentro Eloísa Díaz 2023
Campus Eloísa Díaz (Norte)
Universidad de Chile.

SECCIÓN 1:
MEJORES CASOS CLÍNICOS

CC#31 PRIMER LUGAR - CIRUGÍA GENERAL FLEBECTASIA YUGULAR INTERNA, HALLAZGO INCIDENTAL EN UN ADULTO

Villalón Friedrich, F. (1), Rojas Julio, V. (1), Erazo Rojo, M. (1), Quiroz Flores, M. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.
(2) Cirujano Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta, Antofagasta, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La flebectasia de la vena yugular interna (FYI) es una dilatación fusiforme sin tortuosidad, caracterizada por aumento de volumen que se incrementa al aumentar la presión intratorácica. Mayormente se diagnostica en población pediátrica, por ello se presenta el caso de paciente adulto mayor en el Hospital Regional de Antofagasta

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 77 años, con historia de cirugía por carcinoma escamoso donde se encuentra de forma incidental aumento de volumen cervical derecho que paciente refiere presentar desde la infancia. Al examen físico se identificó dicho volumen no pulsátil, sin soplo ni frémito al realizar maniobras de Valsalva.

Se realizó tomografía computada (TC) de cuello y tórax con medio de contraste durante Valsalva. Se observó dilatación fusiforme de la vena yugular interna derecha, trayecto conservado, sin tortuosidad, permeable y con trombosis parcialmente oclusiva de vena yugular externa ipsilateral. Se diagnóstica una FYI congénita y debido a evolución benigna y ausencia de síntomas o complicaciones se decide manejo conservador y control clínico.

DISCUSIÓN:

Se proponen varios nombres, como aneurisma venoso o venoma, siendo flebectasia el más aceptado. Actualmente, se reportan cerca de 100 casos con marcada preponderancia derecha y en niños. Causas como reduplicación venosa y otras, fueron descartadas en nuestro caso mediante TC.

El estudio más utilizado para el diagnóstico es la ultrasonografía, siendo el Doppler color la elección. El tratamiento de la FYI es conservador o quirúrgico. Al ser benigno, se recomienda una observación conservadora. La intervención quirúrgica se reserva principalmente para sintomáticos.

PALABRAS CLAVE: Dilatación, Ectasia, Yugular.

AUTOR CORRESPONSAL: Villalón Friedrich, F. (fernando.villalon.friedrich@ua.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#64 SEGUNDO LUGAR - TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA LUXOFRACTURA DE LISFRANC, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Vásquez, A. (1,2), Córdova Faúndez, F. (1,2), Bragado Sánchez, C. (1), Rojas Berrios, A. (3), Correa León, M. (4).

(1) Interno de Medicina, Universidad Diego Portales.

(2) Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Diego Portales.

(3) Interno de Medicina, Universidad de Magallanes.

(4) Médico Cirujano, Hospital San Luís de Buin.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las luxofracturas de la articulación tarsometatarsiana (TMT) o Lisfranc representan el 0.1-0.4% de todas las fracturas siendo más prevalente en hombres que en mujeres. El mecanismo de lesión puede ocurrir por traumatismo directo o indirecto al complejo TMT, por medio de carga axial con flexión plantar y rotación. La sospecha clínica y el estudio imagenológico son clave para realizar su diagnóstico, dado que su clínica suele ser poco florida, hasta el 20% no se diagnostican. Favoreciendo el desarrollo de un síndrome compartimental o crónicamente osteoartritis.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 88 años, con antecedentes de hipertensión, asma bronquial, Alzheimer, y dependencia leve de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Traída al servicio de urgencia por SAMU, posterior a sufrir caída a nivel. Refiere mecanismo de rotación interna del pie izquierdo, evoluciona con dolor e impotencia funcional. Al examen físico destaca dolor y edema en medio pie. Se realiza radiografía del pie evidenciando luxofractura TMT pie izquierdo Nunley y Vertullo III, con desplazamiento homolateral completo. Se ingresa a pabellón de urgencias para reducción y fijación con agujas Kirschner percutáneas. Paciente evoluciona favorablemente, se decide no realizar segunda intervención quirúrgica para fijación interna.

DISCUSIÓN:

El tratamiento de elección es quirúrgico. La reducción cerrada y fijación con agujas Kirchner fue la elección de tratamiento definitivo para este paciente dado sus antecedentes mórbidos, sin embargo, la fijación interna con tornillos pareciera proporcionar mayor estabilidad, a pesar de ello el factor pronóstico más importante es la reducción.

PALABRAS CLAVE: Articulaciones Tarsianas, Fractura-Luxación, Fractura de Pie.

AUTOR CORRESPONSAL: Martínez Vásquez, A. (alvaro.martinez@mail.udp.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#20 TERCER LUGAR- GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HIPERPARATIROIDISMO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPEREMESIS GRAVÍDICA: MANEJO QUIRÚRGICO VS CONSERVADOR A PROPÓSITO DE UN CASO

Vásquez Yévenes, F. (1), Roa Torres, E. (1), Ihnen Rendic, J. (1), Vergara Cabrera, C. (1), Cortés (2)

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

(2) Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El hiperparatiroidismo primario es una enfermedad endocrina en la cual existe secreción crónica y autónoma de la parathormona, siendo la causa más común de hipercalcemia con prevalencia hasta 21/1000 personas.

El hiperparatiroidismo primario gestacional (HPTPG) comprende menos del 1% de estos casos, además es subdiagnosticado en 80% dada su presentación asintomática o inespecífica y similar a la propia del embarazo. Presenta aumento de complicaciones maternas hasta 67% (hiperémesis, nefrolitiasis, etc) y fetales cerca de 80% con mortalidad fetal y neonatal de 30%. Pacientes con HPTPG presentan mayor tasa de hospitalizaciones, abortos, cesáreas de urgencias y partos prematuros.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 34 años, antecedentes de litiasis renal, 2 abortos espontáneos y un embarazo ectópico que requirió salpingectomía, cursando embarazo de 9 semanas, acude a urgencias por cuadro de 2 semanas de náuseas y vómitos hasta 20 episodios diarios asociado a dolor epigástrico. Destacó al ingreso exámenes con hipercalcemia en 12.8 mg/dL PTH dependiente e hipofosfatemia 1.2 mg/dL. Profundizando el estudio se realizó ecografía tiroidea, que informó imagen de nódulo extra tiroideo derecho compatible con adenoma paratiroideo. Se mantuvo hospitalizada para monitorización de unidad feto-placentaria, con resolución quirúrgica a las 20+3 semanas de embarazo.

DISCUSIÓN:

Evidencia de últimos años sugiere que el manejo quirúrgico es superior al conservador en cualquier trimestre del embarazo, independiente de la sintomatología y niveles de calcio y permitiría reducir complicaciones asociadas, siendo el momento de mayor beneficio el 2do trimestre con 95.5% de los casos con período perinatal normal.

PALABRAS CLAVE: Hipercalcemia, Embarazo, Hiperparatiroidismo Primario.

AUTOR CORRESPONSAL: Vásquez Yévenes, F. (felipevy@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 2: CIRUGÍA ADULTOS

CC#54 MIXOMA AURICULAR GIGANTE COMO HALLAZGO INESPERADO

Rojas Julio, V. (1), Villalón Friedrich, F. (1), Peña Jorquera, R. (1), Gómez Rabello, A. (1), Quiroz Flores, M. (2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad De Antofagasta.

(2) Cirujano Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Antofagasta, Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta, Antofagasta, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, representan casi 10% de las neoplasias del corazón y pericardio. Dentro de estos, el mixoma es el más prevalente, sin embargo, la presencia de un mixoma atrial izquierdo que, debido a sus dimensiones, se asocia a una insuficiencia mitral es una presentación clínica poco frecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 72 años, con fibrilación auricular permanente en anticoagulación oral. Ingresa al servicio por un cuadro de colecistitis aguda. Al examen físico destacaba un soplo holosistólico mitral que aumentaba al espirar, y ápex desplazado a izquierda; además de sensibilidad en hipocondrio derecho. Como parte del estudio preoperatorio, se realizó ecocardiograma Doppler que mostró un tumor gigante en el tabique interauricular que protruía hacia el ventrículo, causando insuficiencia mitral severa, por lo que se realizó una resección en bloque con resultados óptimos y posterior envió de tejido a anatomía patológica que confirmó mixoma auricular.

DISCUSIÓN:

Los mixomas cardíacos son los tumores primarios más frecuentes, de incidencia excepcional, carácter benigno que pueden tener desenlaces fatales. La localización más frecuente es la aurícula izquierda (87%), siendo el 80% en el septo debido al patrón de crecimiento desde la fosa oval. El síntoma más prevalente es la disnea. Para el diagnóstico es fundamental el rol de la Ecografía transtorácica dado su costo efectividad y sensibilidad. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con un abordaje transeptal, ya que ofrece mayor seguridad, facilita la exposición de tumores grandes y la visualización de la válvula mitral; además de asociarse a menos complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Mixoma, Tumor, Cardiocirugía.

AUTOR CORRESPONSAL: Rojas Julio, V. (vrj297@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#56 SÍNDROME DE MIRIZZI, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR EN PATOLOGÍA BILIAR.

Armstrong Payne, P. (1), Abello Prado, F. (1), Berwart Ramírez, F. (1), Viancos Salgado, V. (1), Balmaceda Zamora, S. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Residente 2º año Cirugía Universidad de los Andes.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Mirizzi (SM) es una complicación de colelitiasis, donde un cálculo impactado en el cuello o infundíbulo de la vesícula biliar comprime extrínsecamente la vía biliar (VB) o conducto hepático común (CHC), con riesgo de fistulizar. La incidencia en pacientes con colelitiasis es aproximadamente 1%. La clasificación de Csendes plantea 5 tipos, siendo el tipo 4 una fístula con destrucción circunferencial completa de la VB. Suele manifestarse con episodios de dolor, fiebre e ictericia. El gold standard diagnóstico es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El tratamiento implica colecistectomía y derivación biliodigestiva. Esta patología simula múltiples cuadros biliares, sumado a su baja incidencia y limitaciones diagnósticas, se debe considerar como diagnóstico diferencial para un óptimo abordaje.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial y colelitiasis. Consultó por cuadro de 2 semanas de dolor abdominal difuso, ictericia, prurito, coluria y acolia. Ingresó estable, afebril, con ictericia de piel y escleras. Destacó perfil hepático con patrón colestásico y en scanner VB intrahepática dilatada con cambio de calibre por engrosamiento parietal sugerente de neoplasia, posible tumor de Klatskin. Posteriormente, la resonancia magnética informó SM y litiasis en el CHC, descartando neoplasia. Se realizó coledocotomía, extracción de cálculos, colangiografía intraoperatoria, Rendez Vous e instalación de endoprótesis biliar, evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN:

Se requiere alta sospecha diagnóstica dados los múltiples cuadros con hallazgos similares. En este caso el diagnóstico definitivo fue intraoperatorio, obligando a modificar la intervención quirúrgica. Esto destaca la importancia de realizar un estudio preoperatorio adecuado para proponer un abordaje terapéutico óptimo.

PALABRAS CLAVE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, Síndrome de Mirizzi, Tumor de Klatskin.

AUTOR CORRESPONSAL: Armstrong Payne, P. (parmstrong@miuandes.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#85 DEBUT DE QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR CON SHOCK ANAFILÁCTICO SECUNDARIO A ROTURA: REPORTE DE UN CASO

Salas Gianini, R. (1), Sánchez Molina, P. (1), Corces Manns, J. (1), Torche Gutierrez, C. (1), Lihn Wunkhaus, J. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae.

(2) Médico cirujano, Hospital de Urgencia y Asistencia Pública.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La hidatidosis (equinococosis quística) es una zoonosis parasitaria, donde el ser humano actúa como hospedero intermediario accidental, infectándose mediante la ingesta de huevos de *Echinococcus*, en alimentos, agua o suelos contaminados por desechos infectados de hospederos definitivos como perros o zorros. Es una enfermedad endémica en Chile, e hiperendémica en algunas zonas del sur. Se ubica mayoritariamente en tejido hepático (60-70%) y pulmonar (20-30%), pero puede localizarse en cualquier órgano. El propósito de presentar este caso, radica en la importancia de la sospecha diagnóstica de shock anafiláctico secundario a rotura de quiste hidatídico, independiente de que sea una presentación poco frecuente del cuadro; ya que el diagnóstico precoz permitirá un manejo oportuno aumentando la sobrevida de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 19 años consulta a servicio de urgencias por disnea severa, asociada a hemoptisis, precordialgia y eritema generalizado. Del paciente se logró indagar que vivió en el sur del país. Ingresa en malas condiciones generales, desaturando hasta 50%, hipertenso, taquicárdico, taquipneico e hipotérmico. Al examen físico destaca uso de musculatura accesorio, murmullo pulmonar disminuido en hemitórax izquierdo, asociado a crépitos. Se solicita imagen en la que se evidencia áreas en vidrio esmerilado en ambos lóbulos superiores, sugerentes de hemorragia alveolar, gran quiste hidatídico (6 cm aproximadamente) izquierdo probablemente roto asociado a moderado derrame pleural ipsilateral. Se procede a intubar y realizar neumonectomía parcial cuya biopsia confirma el diagnóstico. Dada evolución favorable se indica alta con albendazol.

DISCUSIÓN:

La equinococosis quística pulmonar es una patología multifactorial en cuyo ciclo biológico influyen factores ambientales y socioculturales, como la urbanización y ganadería. Se presenta mayoritariamente de forma asintomática, pero 8% de los casos debutan con shock anafiláctico por ruptura del quiste. El diagnóstico es evidente cuando el cuadro se genera durante la resolución quirúrgica, pero puede desencadenarse secundario a trauma o de manera espontánea. Pese a lo inusual, es importante en pacientes cursando shock anafiláctico plantear ruptura de quiste hidatídico como diagnóstico diferencial, e indagar factores de riesgo, independiente de que no exista diagnóstico previo, de la ubicación del quiste y de la edad de estos.

PALABRAS CLAVE: Hidatidosis, Anafilaxis, Shock.

AUTOR CORRESPONSAL: Salas Gianini, R. (rsalag@uft.edu)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 3: CIRUGÍA INFANTIL

CC#88 ABSCESO DEL OBTURADOR INTERNO ASOCIADO A OSTEOMIELITIS DEL PUBIS EN PACIENTE DE 8 AÑOS: REPORTE DE CASO

Abarca Salinas, B. (1), Alvarez Martinez, F. (1), Aravena Opazo, P. (1), Amaro Soto, A. (1), Vilchez Boscán, L. (2), Aldunate Domínguez, M. (3).

(1) *Internos de Medicina Universidad Diego Portales*

(2) *Jefe Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Regional de Rancagua.*

(3) *Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La piomiositis se define como una infección bacteriana del tejido muscular que primero conduce a una inflamación localizada y luego a la formación de un absceso. El absceso del obturador es excepcionalmente raro en pacientes pediátricos, siendo frecuentemente mal diagnosticado, ya que imita clínicamente a patologías más prevalentes como artritis séptica, apendicitis aguda, entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 8 años consulta por cuadro de dolor en cadera izquierda y en cuadrante inferior izquierdo abdominal, asociado a fiebre y cojera. Ingresa con aspecto séptico, por lo que, se inicia manejo y estudio oportuno. Se toman hemocultivos y se inicia antibioticoterapia empírica ajustada luego ante hemocultivo (+) *Staphylococcus Aureus* MS. TC de abdomen y pelvis y Ecografía de partes blandas de cadera no muestran hallazgos concluyentes, por lo que se realiza RMN que informa colección pélvica de origen en músculo obturador interno. Se opta por tratamiento con aseo quirúrgico y drenaje de absceso, manteniendo terapia antibiótica endovenosa, con buena evolución clínica hasta su resolución.

DISCUSIÓN:

El absceso del obturador es una condición excepcionalmente rara en la población pediátrica. La naturaleza no específica de su presentación, muy frecuentemente dificulta el diagnóstico y confunde en su enfrentamiento. El absceso del obturador debiese considerarse dentro del diagnóstico diferencial del síndrome febril agudo en pediatría. Debe sospecharse ante paciente febril, dolor de cadera, eventual claudicación de la marcha con ecografía de cadera (-) para artritis séptica. Una adecuada sospecha inicial permite el diagnóstico oportuno, mejorando los resultados del tratamiento indicado.

PALABRAS CLAVE: Piomiositis, Absceso, Pediatría.

AUTOR CORRESPONSAL: Abarca Salinas, B. (benjamin.abarca@mail.udp.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 4:

DERMATOLOGÍA

CC#24 Pioderma gangrenoso extenso con buena respuesta a tratamiento sistémico biasociado en servicio de dermatología del Hospital San José

Manhood Núñez, S. (1), Lasen Bitar, N. (1), Khamis Juri, T. (1), Verástegui Grunewald, A. (1), Sota Mercado, M (2).

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

(2) Médico especialista en Dermatología y Venereología, Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica ulcerativa, que se manifiesta con lesiones cutáneas ulceradas dolorosas de rápida progresión. Representa un desafío tanto diagnóstico como terapéutico para el tratante, ya que presenta una variada lista de diagnósticos diferenciales y en la mayoría de los casos no responde a tratamientos habituales. Los glucocorticoides e inmunosupresores sistémicos han resultado eficaces como tratamiento de esta patología, pero se ha evidenciado que estos son insuficientes al administrarse como monoterapia. Se presenta el caso de una paciente con pioderma gangrenoso ulcerativo severo, con buena respuesta al tratamiento biasociado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes previos que consulta en dermatología por lesiones papulopustulosas en extremidades inferiores, que rápidamente progresan a úlceras dolorosas. Además, refiere poliartralgias y rigidez matinal de extremidades superiores. En los exámenes destaca un compromiso sistémico inflamatorio, con screening inmunológico e infeccioso negativo. La biopsia cutánea de las lesiones informó presencia de acantosis, hiperqueratosis, papilomatosis, espongirosis e hipergranulosis. Con diagnóstico de pioderma gangrenoso y artritis reumatoide, se inicia tratamiento biasociado corticoidal e inmunosupresor (Prednisona y Dapsona). Luego de una semana de tratamiento, la paciente presenta rápida mejoría de las lesiones y considerable disminución del dolor.

DISCUSIÓN:

Es evidente que el tratamiento elegido produjo regresión de las lesiones, pero es importante considerar que el tratamiento utilizado para la artritis (Metotrexato) pudo haber influido en los resultados clínicos. Es fundamental considerar el manejo integral en estos pacientes, especialmente si tienen enfermedades autoinmunes concomitantes.

PALABRAS CLAVE: Pioderma gangrenoso, ulcerativo, tratamiento biasociado.

AUTOR CORRESPONSAL: Manhood Núñez, S. (susanamanhood@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#87 CARCINOMA BASOCELULAR MORFEIFORME COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA VENOSA

Rodríguez Ortubia, D. (1), Flores Luna, J. (1), Del Valle Meneses, C. (1), Aguirre Bori, I. (1), Cárdenas De La Torre, C. (2).

(1) *Interna de Medicina Universidad de Valparaíso.*

(2) *Académica Departamento de Dermatología de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica. Presidenta de la Sociedad Chilena de Dermatología.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel no melanoma más común en los seres humanos. Existen diversas formas de presentación dadas por los diferentes tipos, donde se puede clasificar en: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial, glaucoma, insuficiencia cardíaca e insuficiencia venosa. Acude a servicio de dermatología por presentar lesión en región anterior de pierna izquierda, de larga data, manejada tanto en atención primaria como por especialista en cirugía vascular como una úlcera venosa, evolucionando tórpidamente a los tratamientos.

Al examen físico se observa tumor ulcerado en pierna izquierda, sin signos de infección. Además, se observan signos de insuficiencia venosa crónica.

Ante la sospecha de un carcinoma espinocelular, se realiza biopsia incisional del borde del tumor ulcerado en pierna izquierda, que informa carcinoma basocelular morfeiforme, infiltrante en dermis reticular. Dada las características del tumor, se deriva a especialista en dermatología oncológica, donde se decide tratamiento curativo mediante cirugía de Mohs.

DISCUSIÓN:

Las múltiples presentaciones del CBC pueden retrasar su diagnóstico y tratamiento, como en este caso, al confundirse con una úlcera venosa en pacientes que además presentan signos clínicos de insuficiencia venosa. Es importante que los médicos tengan un alto índice de sospecha y realicen estudio histológico al observar lesiones ulcerativas que no remiten pese al tratamiento médico luego de 3 meses de evolución.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma Basocelular, Úlcera Varicosa, Cirugía de Mohs.

AUTOR CORRESPONSAL: Rodríguez Ortubia, D. (dominique.rodriguez@alumnos.uv.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 5: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CC#49 CARCINOMA ESCAMOSO DE VULVA DIAGNOSTICADO EN CONTEXTO DE SOSPECHA DE INFECCIÓN MICÓTICA

Sepúlveda Frías, V. (1), Mora Bustos, C. (1), Santana Morales, C. (1), Tapia San Martín, M. (1), Mellado Monares, L. (2)

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

(2) Médica Cirujana, Universidad de Concepción.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer escamoso de vulva es una neoplasia epitelial maligna. Su incidencia es baja representando aproximadamente un 3-5% de los cánceres ginecológicos. En general, es de curso poco agresivo, sin embargo, existen casos de invasión local con un riesgo de metástasis de 0,3-3,7% y una supervivencia global a 5 años del 30%. Aunque la localización externa debiese favorecer la detección temprana, han sido comunes los retrasos significativos en el diagnóstico de este tipo de cáncer.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 82 años con prurito vulvar de larga data. Evaluada en varias oportunidades en atención primaria, siendo tratada con clotrimazol por sospecha de infección micótica con mala respuesta. Derivada a oncología ginecológica por prurito refractario a tratamiento y nuevas lesiones vulvares. Al examen físico, destacaba lesión genital ulcerada dolorosa en labio mayor derecho sobreinfectada. La biopsia confirmó cáncer vulvar escamoso bien diferenciado invasor. La tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis descartó metástasis. Se realizó vulvectomía radical sin linfadenectomía inguinal por múltiples morbilidades concomitantes.

DISCUSIÓN:

El aumento creciente de la esperanza de vida ha hecho que se observe con mayor frecuencia el carcinoma de la vulva entre las neoplasias malignas ginecológicas, sin embargo, al ser aún una patología de baja incidencia, la limitada experiencia de los médicos de atención primaria ha retrasado el diagnóstico y tratamiento oncológico, al indicarse en ocasiones tratamientos locales previos a la derivación a especialista (5). El alto índice de sospecha por parte del médico ginecólogo, así como la realización de una biopsia cutánea inmediata son fundamentales para la confirmación diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de la Vulva, Carcinoma de Células Escamosas, Atención Primaria de Salud.

AUTOR CORRESPONSAL: Sepúlveda Frías, V. (valsepulveda1999@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#50 TUMOR LIMÍTROFE DE OVARIO EN CONTEXTO DE HALLAZGO EN EL EMBARAZO

Santana Morales, C. (1), Sepúlveda Frías, V. (1), Mora Bustos, C. (1), Tapia San Martín, M. (1), Zúñiga Labrin, D. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad De Concepción.

(2) Médica Cirujana, Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital Guillermo Grant Benavente.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los tumores limítrofes de ovario (TLO) son neoplasias no invasivas con características histológicas y clínicas intermedias entre benignidad y malignidad. Tienen buen pronóstico, pero alrededor de un 15% desarrollan un cáncer invasivo. Es imprescindible su diagnóstico temprano, ya que, su pronóstico y tratamiento son notoriamente diferentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 32 años, sin antecedentes, en ecografía precoz de embarazo se pesquisa masa en anexo derecho, quística multilocular, contorno regular, 60x48x72 mm, con elemento sólido interno de 15x9 mm y escaso flujo periférico a la ecografía Doppler. Antígeno de cáncer 125 basal de 64 U/mL. No asistió a controles. En cesárea se constató ovario derecho quístico de 5 cm, múltiples implantes de 10 mm en ovarios, útero, fondo de saco recto-uterino y omento mayor, sin ascitis. Se realiza biopsia, resultando TLO seroso con implantes no invasivos. Tomografía tórax-abdomen-pelvis descartó metástasis. En comité oncológico se decidió manejar con histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y omentectomía.

DISCUSIÓN:

El tratamiento de los TLO depende del estadio, es conservador si desea mantener fertilidad, éste requiere una minuciosa evaluación por comité de expertos, debido al riesgo de recidiva y malignización del ovario remanente, además de su comportamiento más agresivo durante el embarazo. En cambio, con paridad satisfecha, se prefiere histerectomía, salpingooforectomía, omentectomía, muestreo de ganglios y citorreducción. La mortalidad de TLO es hasta 26,8%, que contrasta con la supervivencia solo de 30% de los carcinomas ováricos motivo por el cual es importante su diagnóstico precoz, que se logra como un hallazgo, únicamente mediante ecografías periódicas.

PALABRAS CLAVE: Fertilidad, Neoplasias Ováricas, Salpingooforectomía.

AUTOR CORRESPONSAL: Santana Morales, C. (catalinasantanamorales@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#53 TERATOGENICIDAD POR FÁRMACOS ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Valdebenito Alvarado, R. (1), Urzúa López, R. (1), Miranda Pizarro, F. (1), Gutiérrez Lemarie, P. (1), Abarca Villarroel, F. (2), Cuadra Quiñones, P. (3).

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

(2) Médico Cirujano, Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

(3) Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma basocelular (CBC) es el cáncer de piel no melanoma más común en los seres humanos. Existen diversas formas de presentación dadas por los diferentes tipos, donde se puede clasificar en: nodular, ulcerativo, pigmentado, esclerosante y superficial.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial, glaucoma, insuficiencia cardíaca e insuficiencia venosa. Acude a servicio de dermatología por presentar lesión en región anterior de pierna izquierda, de larga data, manejada tanto en atención primaria como por especialista en cirugía vascular como una úlcera venosa, evolucionando tórpidamente a los tratamientos.

Al examen físico se observa tumor ulcerado en pierna izquierda, sin signos de infección. Además, se observan signos de insuficiencia venosa crónica.

Ante la sospecha de un carcinoma espinocelular, se realiza biopsia incisional del borde del tumor ulcerado en pierna izquierda, que informa carcinoma basocelular morfeiforme, infiltrante en dermis reticular. Dada las características del tumor, se deriva a especialista en dermatología oncológica, donde se decide tratamiento curativo mediante cirugía de Mohs.

DISCUSIÓN:

Las múltiples presentaciones del CBC pueden retrasar su diagnóstico y tratamiento, como en este caso, al confundirse con una úlcera venosa en pacientes que además presentan signos clínicos de insuficiencia venosa. Es importante que los médicos tengan un alto índice de sospecha y realicen estudio histológico al observar lesiones ulcerativas que no remiten pese al tratamiento médico luego de 3 meses de evolución.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma Basocelular, Úlcera Varicosa, Cirugía de Mohs.

AUTOR CORRESPONSAL: Valdebenito Alvarado, R. (rosariovaldebenito@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#68 EMBARAZO HETEROTÓPICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO EN SERVICIO DE URGENCIA GINECOLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Gallardo Ampuero, K. (1), Lohse Gallegos, F. (1), Urzúa López, R. (1), Miranda Pizarro, F (1), Aldunate Domínguez, M (2).

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

(2) Becada de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El abdomen agudo durante el embarazo es un escenario desafiante, pudiendo corresponder a causas gineco-obstétricas, gastrointestinales o urológicas. Aborto espontáneo y embarazo ectópico complicado son causas ginecológicas importantes a considerar. En muchos casos es requerido un manejo quirúrgico, donde resultan imprescindibles los hallazgos intraoperatorios y el estudio con biopsia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 34 años de sexo femenino, consulta por dolor hipogástrico de inicio brusco y progresivo, asociado a náuseas y vómitos. Al examen físico destaca abdomen sensible en fosa ilíaca izquierda con signo de Blumberg positivo. Laboratorio con beta-HCG en 3021 mUI/ml y parámetros inflamatorios elevados. Ecografía transvaginal evidencia saco gestacional intrauterino de 4 mm sin embrión; ovario izquierdo imagen compatible con cuerpo lúteo, lesión heterogénea adyacente de 45x34x40 mm y moderado líquido libre. Se decide exploración laparoscópica, visualizando hemoperitoneo, ovario izquierdo torcido de aspecto necrótico y coágulos que impresionan tejido trofoblástico. Se realiza anexectomía izquierda y biopsia diferida. En postoperatorio beta-HCG tras 48 horas llega a 7014 mUI/ml, realizándose ecografía transvaginal que confirma gestación intrauterina. Finalmente, biopsia diferida es concordante con cuerpo lúteo hemorrágico y la paciente presenta aborto espontáneo una semana post alta hospitalaria.

DISCUSIÓN:

Se presenta el proceso diagnóstico de abdomen agudo con hallazgos intraoperatorios que elevan la sospecha de embarazo heterotópico dada impresión de tejido trofoblástico a nivel de ovario izquierdo asociado a gestación intrauterina, cuyo diagnóstico final fue un cuerpo lúteo hemorrágico, revelado la importancia del estudio anatomopatológico posterior y la importancia del estudio longitudinal de un cuadro de embarazo en sitio no precisado.

PALABRAS CLAVE: Embarazo heterotópico, cuerpo lúteo hemorrágico, abdomen agudo, biopsia diferida, masa anexial, tejido trofoblástico.

AUTOR CORRESPONSAL: Gallardo Ampuero, K. (karinagallardo@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#78 PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO EN HEMIÚTERO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE HERLYN WENDER WÜNDERLICH

Vukasovic Álvarez, N. (1), García Gómez, A. (1), Muñoz Riveros, B. (1), Bravo Pozo, I. (1), Sánchez Jara, P. (2).

(1) Interno de medicina, Facultad de medicina Universidad San Sebastián sede Concepción

(2) Ginecoobstetra Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (OHVIRA) es una malformación mülleriana muy poco frecuente que ocurre por un fallo de la fusión de los conductos Mullerianos. Se caracteriza por presentar la tríada: hemivagina, útero didelfo y agenesia renal ipsilateral. Puede generar obstrucción vaginal, infecciones e infertilidad. Se presentará caso de paciente con síndrome de OHVIRA asociado a proceso inflamatorio pélvico con resolución quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 26 años con antecedente de infertilidad, que consultó en servicio de urgencias por dolor abdominal, metrorragia, dismenorrea y sensación febril, se realizó ecografía ginecológica que evidencia útero didelfo. Se realiza resonancia magnética nuclear que confirma diagnóstico informando útero de morfología didelfo, con 2 cuernos, 2 cuellos y 2 hemivaginas asociado a proceso inflamatorio tubo ovárico derecho abscedado. A la ecografía abdominal paciente monorrena izquierda. Se realizó cirugía en 2 tiempos para recanalizar hemivagina derecha con drenaje del hematometra. Paciente evolucionó de manera favorable, a los 12 meses post operada cursando con embarazo de 20 semanas.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico del síndrome de OHVIRA suele ser tardío, dado que los síntomas inician después de la menarquia. Su diagnóstico precoz y la resección quirúrgica del tabique vaginal mejora las condiciones del paciente y su pronóstico, pudiendo lograrse la gestación.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Herlyn Werner Wunderlich, agenesia renal, Útero didelfo, Tabique vaginal, Tabique uterino.

AUTOR CORRESPONSAL: Vukasovic Álvarez, N. (Nidiavukasovic@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 6:

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

CC#43 APENDAGITIS EPIPLOICA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Smith Gahona, M. (1), Rocha Rodríguez, P. (1), Witto Espinoza, R. (1), Ortiz Matamala, F. (1), Saavedra Lara, C. (2), Aguilera Lecaros, F. (2).

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

(2) Médica Cirujana Etapa Destinación y Formación (EDF), CESFAM Adriana Madrid de Costabal, María Pinto, Región Metropolitana, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Apendagitis Epiplóica (AE) es una causa de dolor abdominal agudo (DAA) que ocurre por torsión de apéndices epiplóicos y su consecuente inflamación. La confirmación diagnóstica se realiza mediante Tomografía Computada (TC). El tratamiento inicial es conservador, y puede realizarse en Atención Primaria de Salud (APS).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo femenino de 39 años, con antecedente de urolitiasis (2015). Consulta en APS por 3 días de dolor lumbar izquierdo irradiado a fosa ilíaca izquierda (FII) y zona inguinal izquierda, de intensidad 10/10 en Escala Verbal Análoga, asociado a náuseas y vómitos. Ingresa en buenas condiciones generales, normotensa, normocárdica y afebril. Al examen físico destaca abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FII, sin signos de irritación peritoneal, puño-percusión positiva a izquierda.

Se sospecha cólico renal, se indica analgesia y se solicita Pielo-TC que informa signos sugerentes de AE de 21 mm en FII, sin evidencia de urolitiasis. Tras 3 semanas presenta disminución parcial de dolor pese a ajuste escalonado analgésico, por lo que se deriva a nivel secundario para eventual resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN:

La AE es una causa infrecuente de DAA con clínica inespecífica, por lo que es frecuente la demora en su diagnóstico, que habitualmente es un hallazgo en una TC.

El tratamiento inicial de elección es el manejo del dolor, el cual representa un desafío para el médico en casos refractarios. Es relevante conocer las herramientas disponibles en APS para el tratamiento conservador y en qué situaciones derivar a nivel secundario para eventual cirugía.

PALABRAS CLAVE: Apéndices Epiplóicos, Dolor Abdominal, Atención Primaria de Salud.

AUTOR CORRESPONSAL: Smith Gahona, M. (marianosmith@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 7: MEDICINA INTERNA

CC#01 VASCULITIS ANCA PR3 (+) CON COMPROMISO LIMITADO AL RIÑÓN EN UNA PACIENTE DE 29 AÑOS, REPORTE DE UN CASO

Varela Ercilla, E. (1), González Cortés, P. (1), Castelli Rojas, I. (1), Turner Muñoz, L. (1), Saavedra Cuevas, N. (2).

(1) Interno de Medicina de 6to año, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

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

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La vasculitis ANCA es una causa de glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), un síndrome que presenta rápido deterioro de la función renal, a menudo con hematuria, proteinuria y síntomas sistémicos como fatiga, fiebre y pérdida de peso. Su diagnóstico se realiza por pruebas serológicas y biopsia renal, y el tratamiento incluye corticosteroides e inmunosupresores. Es fundamental identificar y tratar oportunamente la GNRP para prevenir la progresión a enfermedad renal crónica (ERC) con necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 29 años con cuadro de dolor epigástrico y vómitos de 5 días de evolución. Sin otros síntomas ni antecedentes familiares relevantes. Al ingreso destacaba hematuria, proteinuria y creatinina en 7.21 mg/dL, sin criterios de urgencia dialítica. Ante la sospecha de GNRP se realizó un extenso estudio etiológico, destacando solamente IgG elevadas y cANCA (+) con anti PR3 (+). Se iniciaron pulsos de metilprednisolona, desescalando a prednisona, ciclofosfamida y rituximab. Recibió TRR de agudos según necesidad, y tuvo que ser dada de alta con hemodiálisis trisemanal. La biopsia mostró una glomerulonefritis crescética, necrotizante y esclerosante, pauci-inmune, PR3-ANCA asociada.

DISCUSIÓN:

La GNRP asociada a ANCA tiene una incidencia menor a 10 casos por millón de habitantes al año, siendo más frecuente en hombres mayores de 65 años, y presentando compromiso sistémico en un 90% de los casos. La presentación en una mujer joven y con compromiso limitado al riñón es sumamente rara. La mortalidad puede ser hasta un 90% sin tratamiento oportuno, y puede llevar a la ERC. Este reporte presenta un caso de GNRP de sintomatología inespecífica y etiología sumamente infrecuente, destacando la importancia de un estudio amplio. A pesar del tratamiento agresivo, la paciente no recuperó la función renal, lo que subraya la severidad de este cuadro y la importancia del tratamiento oportuno y dirigido.

PALABRAS CLAVE: Vasculitis asociadas a ANCA, Glomerulonefritis, Insuficiencia renal.

AUTOR CORRESPONSAL: Varela Ercilla, E. (eduardo.varela@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#15 PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON LIMITACIÓN CRÓNICA DEL FLUJO AÉREO Y BRONQUIECTASIAS, COLONIZADO POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA: EL DILEMA DE LA ERRADICACIÓN

Celis Rubio, P. (1), Berrezueta Ocaranza, D. (1), González Sandoval, A. (1), Ruiz Carmona, M. (2).

(1) *Estudiante de 5º año de Medicina, Universidad de Chile.*

(2) *Médico Especialista Broncopulmonar, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Profesor asociado Universidad de Chile.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Pseudomonas aeruginosa (PA) es una de las principales causas de neumonía nosocomial. Infrecuentemente infecta un pulmón inmunocompetente o con barrera mecánica indemne. Solo 4,2% de pacientes con limitación crónica del flujo aéreo presentan un cultivo positivo para PA, estos suelen presentar patrones obstructivos severos y bronquiectasias. La infección crónica de las vías aéreas por PA en estos pacientes se asocia a altas tasas de morbilidad. El caso presentado es relevante dada la infrecuencia de la colonización pulmonar por PA y su difícil erradicación en inmunocomprometidos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre, 72 años, asmático severo, con limitación crónica flujo aéreo, inmunocomprometido por uso crónico de prednisona, colonizado por PA multisensible. Consultó por cuadro febril asociado a tos y expectoración mucopurulenta. Fue hospitalizado en domicilio y tratado con ceftazidima más amikacina con mejoría inicial. Al quinto día de evolución presentó agravamiento de su sintomatología, reconsultado en urgencias. Al examen físico se presentó vigil, afebril, bien perfundido, saturación 80% y enflaquecido; disminución de murmullo vesicular, crépitos y sibilancias bibasales. Resto del examen sin hallazgos relevantes. Se hospitalizó con diagnóstico de bronquiolitis infecciosa con cultivo de esputo positivo para PA, *Streptococcus pneumoniae* y *Moraxella catarrhalis*. Se inició tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam y ciprofloxacino completando 14 días de tratamiento con evolución favorable.

DISCUSIÓN:

Mayoritariamente PA es multirresistente y no se ha desarrollado una cura efectiva. Recomendamos usar antibióticos Betalactámicos con actividad antipseudomona más ciprofloxacino o aminoglucósidos hasta conocer la sensibilidad de las cepas, esquema similar al recomendado por la Sociedad Española de Neumología.

PALABRAS CLAVE: *Pseudomonas aeruginosa*, Inmunocomprometido, Corticoides, Bronquiolitis, Reporte de caso.

AUTOR CORRESPONSAL: Celis Rubio, P. (pablocelis@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#16 ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE METÁSTASIS ÓSEAS, REPORTE DE UN CASO

Hosiasson Retamal, F. (1), Corrotea Trejos, J. (1), Gorziglia Morandé, A. (1), Gazmuri Loyola, J. (1), Rojas Orellana, L. (2).

(1) Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Médico Internista, Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Resonancia Magnética (RM) es una herramienta diagnóstica relevante para diversas patologías de la columna vertebral, como la espondilodiscitis y las metástasis óseas, con 90% de sensibilidad y 77% de especificidad identificando entre lesiones malignas y benignas, siendo además informador dependiente. En el caso de estas dos patologías, el diagnóstico definitivo se realiza con el cultivo y la biopsia del tejido afectado, respectivamente. Esto es relevante, ya que ambas son diagnósticos diferenciales a la imagenología.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 82 años, hospitalizado en estudio de un accidente cerebrovascular, refiere cuadro de 2 meses de evolución de dolor dorsolumbar en línea media, principalmente con movimiento, sin irradiaciones, sin fiebre, baja de peso, ni sudoración. Se estudia con una tomografía computarizada y RM de columna dorsal que informan hallazgos compatibles con lesiones sustitutivas de T6-T7. Tras alta continúa estudio con oncología, con estudios iniciales de búsqueda de primario negativos. Al re-evaluarse imágenes, se interpreta mayor probabilidad de espondilodiscitis T6-T7 con artritis séptica de articulación costovertebral. Paciente es derivado para hospitalización, estudio y manejo. Se realiza cultivo de lesión vertebral, positivo para *Staphylococcus aureus*, y biopsia por punción que destaca proceso inflamatorio sin origen oncológico.

DISCUSIÓN:

Al sospechar que una lesión ósea es de origen maligno, es importante siempre evaluar la posibilidad de diagnósticos diferenciales, especialmente ante un diagnóstico primario no claro. El diagnóstico se debe realizar con estudio del tejido afectado, ya que los diagnósticos diferenciales son múltiples y pueden ser benignos o bien urgentes, invalidantes e incluso mortales.

PALABRAS CLAVE: Espondilitis, Neoplasias Primarias Desconocidas, Metástasis, Biopsia por punción.

AUTOR CORRESPONSAL: Hosiasson Retamal, F. (federico.hosiasson@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#26 LA IMPORTANCIA DE SOSPECHAR UN CÁNCER DE ESÓFAGO EN UN PACIENTE CON DISFAGIA Y FACTORES DE RIESGO

Gil Lombardi, A. (1) Orchard Botic, I. (1), De La Carrera Valdés, A. (1) Madrid Oros, C. (2).

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

(2) Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de esófago es el octavo cáncer más frecuente en el mundo. Actualmente predomina el de tipo adenocarcinoma, y en segundo lugar se encuentra el Carcinoma Escamoso Esofágico (CEE). Este último afecta principalmente a hombres entre los 60 y 70 años de edad. Dentro de sus factores de riesgo, los más importantes corresponden al tabaquismo y consumo de alcohol.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta un caso clínico de un paciente masculino, haitiano, tabáquico, que presentó cuadro de odinofagia y disfagia de 1 año de evolución que fue manejado como enfermedad por reflujo gastroesofágico, sin realización de estudio etiológico. Luego de un año de sintomatología, donde además se agregó baja de peso de 10 kg, se realizó una endoscopia que mostró una masa que ocupaba el 50% del lumen esofágico, de superficie nodular, de bordes mal definidos. Posteriormente la biopsia informó un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. El PET TC mostró que el tumor se extendía a la laringe y epiglotis, por lo que en comité oncológico se acordó que era irresecable quirúrgicamente. Actualmente el paciente se encuentra con desnutrición severa, con traqueostomía y gastrostomía. Este caso clínico destaca por la edad del paciente y por la ubicación del tumor, dado que el esófago proximal es la zona de menor frecuencia de ubicación del cáncer esofágico.

DISCUSIÓN:

Este caso se presentó con el objetivo de enfatizar la importancia de la sospecha y un adecuado estudio dirigido en pacientes con ERGE y signos de alarma, sobre todo si presenta factores de riesgo, para aumentar la pesquisa precoz de este tipo de neoplasias, permitiendo así, mejorar la sobrevida y el pronóstico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Disfagia, Cáncer de Esófago, Escamoso.

AUTOR CORRESPONSAL: Gil Lombardi, A. (antoniagil@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#29 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENDOCARDITIS BACTERIANA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Barrientos Iribarren, A. (1), Aguayo Puentes, C. (1), Solano Vásquez, M. (1), Valdivieso Erazo, E. (2), Salazar Pineda, A. (3).

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

(2) *Estudiante de Medicina 5° año. Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.*

(3) *Médico Cirujano. Becado de Medicina Interna, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa (EI) es una patología de baja prevalencia, pero de alta mortalidad. *Bartonella henselae* (BH) es una bacteria de difícil cultivo, que representa un 4% de los casos de EI. Presentamos un caso de EI por BH, con hemocultivo sin desarrollo microbiano, para destacar la importancia de la sospecha clínica de bacterias de difícil cultivo como causantes de EI.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 23 años, con antecedentes de estenosis mitral y reemplazo valvular mecánico, acude a urgencias por cólico renal izquierdo, de un día de evolución. Examen físico: soplo mitral II/VI. Laboratorio: PCR 39 mg/dL, VHS 94 mm/h, examen de orina: hematíes abundantes con dismorfia, complemento disminuido, factor reumatoideo 59 UI/mL, inmunoglobulina (Ig) G 31 g/L. Angiografía por tomografía computarizada: infarto segmentario renal izquierdo. Ecocardiograma transesofágico: sin signos de EI. Cursa con cuadro febril. Hemocultivos negativos. Tomografía por emisión de positrones (PET/CT): sugerente de EI. Laboratorio etiológico: IgG e IgM positivo para BH. Se inicia tratamiento antibiótico con doxiciclina más gentamicina, evolucionando de forma favorable.

DISCUSIÓN:

La incidencia de EI con hemocultivos negativos, puede suponer hasta un 30% de todos los casos de EI, siendo las principales causas una administración de antibióticos previa y bacterias de difícil cultivo. Tanto *Bartonella* como *Coxiella* pueden causarla, con presentaciones clínicas similares que pueden simular una vasculitis sistémica no infecciosa. Sin embargo, difieren en el tipo y la duración del tratamiento, por lo que es fundamental identificar el agente etiológico, como lo fue en nuestro caso, culminando en un éxito de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Endocarditis, *Bartonella-Henselae*, Ecocardiograma-transesofágico, Hemocultivo, Inmunoglobulina.

AUTOR CORRESPONSAL: Barrientos Iribarren, A. (anapaulabarrientos15@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#30 SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA POR AMILOIDOSIS EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE SARCOIDOSIS

Vergara Cabrera, C. (1), Vásquez Yévenes, F. (1), Roa Torres, E. (1), Ihnen Rendic, J. (1), Silva Pizarro, G. (2).

(1) Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Tanto sarcoidosis como amiloidosis cardíaca son dos patologías poco comunes. Mientras la sarcoidosis es un trastorno granulomatoso multisistémico caracterizado por granulomas no caseosos en órganos afectados, la amiloidosis cardíaca implica el depósito de proteínas mal plegadas en el corazón, lo que conduce a miocardiopatía restrictiva. La coexistencia de ambas enfermedades es excepcionalmente rara. El estudio histológico con biopsia es el estándar de oro para confirmación diagnóstica en ambos casos. La cardi resonancia magnética y el cintigrama miocárdico con tecnecio-99-pirofosfato (C-TC99p) permiten el estudio de diagnóstico diferencial entre ambas patologías.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 59 años con diagnóstico reciente de insuficiencia cardíaca, presenta masa inguinal izquierda indurada con biopsia excisional que informa linfadenitis granulomatosa no caseificante sarcoidótica. Se sospecha posible etiología infiltrativa por sarcoidosis de insuficiencia cardíaca. Se amplía estudio con resonancia magnética cardíaca sugerente de amiloidosis cardíaca. Se realiza estudio etiológico de amiloidosis, con gammapatía monoclonal y cintigrama miocárdico con C-TC99p que informa captación sugerente de amiloidosis por transtiretina (ATTR) inicial.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de tales presentaciones duales es un desafío, destaca la utilidad de técnicas avanzadas de imagen, como la resonancia magnética cardíaca, para confirmar la amiloidosis. El C-TC99p es altamente sensible para el diagnóstico de ATTR cardíaca y logra especificidad de hasta 100% si se agrega la ausencia de cadenas ligeras o inmunoglobulina monoclonal en orina y sangre. Dada la limitada evidencia existente sobre esta coexistencia, se vuelve especialmente relevante considerar las diversas herramientas diagnósticas existentes para el estudio de estas patologías.

PALABRAS CLAVE: Amiloidosis Cardíaca, Sarcoidosis, Insuficiencia Cardíaca.

AUTOR CORRESPONSAL: Vergara Cabrera, C. (c.vergara@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#32 CARCINOMATOSIS PERITONEAL COMO METÁSTASIS DE PRIMARIO DESCONOCIDO

Barrera Hormazábal, A. (1), Roa Torres, E. (1), Ihnen Rendic, J. (1), Vásquez Yevénes, F. (1) Silva Pizarro, G. (2).

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

(2) Médico General, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las metástasis de primario desconocido (MPD) son neoplasias malignas, confirmadas por histología, con ausencia de un primario identificable luego de una evaluación clínica completa incluyendo historia clínica, laboratorio general, tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TC-TAP), mamografía, biopsia, y marcadores tumorales u otros estudios según sospecha. Representan un 2.3-4.2% de todos los cánceres diagnosticados, con una prevalencia de 7-18/100.000 habitantes. Es una patología altamente agresiva, con una sobrevida media de 6-12 meses.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 54 años con hipotiroidismo y Enfermedad de Takayasu, presenta dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior de 4 meses de evolución, de intensidad creciente hasta ser intolerable, que aumenta postprandial, asociado a distensión abdominal, constipación, diarrea y baja de peso de 6 kg con apetito conservado. En estudio destaca TC-TAP con ascitis, carcinomatosis peritoneal y adenopatías retroperitoneales, sin primario claro. Estudio ginecológico, mamográfico, endoscópico alto y bajo negativos, con laboratorio y marcadores tumorales sin alteraciones relevantes, y líquido ascítico no dependiente de hipertensión portal con citología y cultivos sin hallazgos. Se realiza biopsia peritoneal compatible con adenocarcinoma. Se concluye MPD con perfil de cáncer colorrectal.

DISCUSIÓN:

Las MPD son cuadros de baja incidencia, pero mal pronóstico. Para el diagnóstico es necesario realizar una evaluación clínica completa que incluya biopsia con histología e inmunohistoquímica. Según sospecha clínica se puede ampliar estudio con marcadores tumorales, colonoscopia, ecografía ginecológica, etc. La histología de la neoplasia resulta clave en la elección del tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias peritoneales, Neoplasias primarias desconocida, Metástasis neoplásica

AUTOR CORRESPONSAL: Roa Torres, E. (esteban.roa@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#35 MONONEURITIS MÚLTIPLE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA VASCULITIS CON ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Sepúlveda Cárdenas, K. (1), Cartes Salazar, M. (1), Neira Salazar, M. (1), Aliaga Muñoz, D. (1), Mas Nicovani, G. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) es un trastorno sistémico que causa inflamación necrotizante de pequeños y medianos vasos. Puede afectar a distintos órganos, en su afección al sistema nervioso periférico se incluye la mononeuritis múltiple. A continuación, se presenta un caso de mononeuritis múltiple para mostrar la importancia de incluir dentro del diagnóstico diferencial la vasculitis ANCA.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina 56 años, con antecedente de hipertensión arterial. Consultó por sudoración nocturna, baja de peso, debilidad muscular progresiva de extremidades inferiores y peak febriles. Exámenes evidenciaron parámetros inflamatorios elevados, anemia leve y trombocitosis. Se inició estudio y comenzó antibioticoterapia empírica, persistiendo con peaks febriles. En estudio destacó ANCA positivo y anticuerpos anti-mieloperoxidasa (Ac anti-MPO) positivo. También proteinuria en rango no nefrótico, sin alteración de función renal. Se diagnostica vasculitis sistémica con ANCA positivo y Ac anti-MPO con compromiso neurológico periférico compatible con mononeuritis múltiple. Se comenzó tratamiento con corticoides en altas dosis, posteriormente ciclofosfamida, con buena evolución.

Se complementó con electromiografía y estudio de conducción nerviosa que muestra signos de daño axonal sensitivo motor multifocal, asociado a signos reinervatorios colaterales y signos de denervación activa; hallazgos compatibles con mononeuropatía múltiple. Se deriva para rehabilitación física.

DISCUSIÓN:

La vasculitis ANCA es un trastorno de difícil diagnóstico debido a su presentación heterogénea, requiriendo una alta sospecha diagnóstica. El tratamiento considera una combinación de glucocorticoides y ciclofosfamida. Tanto el diagnóstico como el tratamiento oportuno tienen implicancias en el pronóstico, por ello es importante considerar la vasculitis ANCA cuando se enfrenta una mononeuritis.

PALABRAS CLAVE: Vasculitis Asociada a Anticuerpos Citoplasmáticos Antineutrófilos, Mononeuropatías, Inmunosupresores.

AUTOR CORRESPONSAL: Sepúlveda Cárdenas, K. (ksepulvedacardenas@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#39 ENDOCARDITIS SILENTE EN CONTEXTO DE ESTUDIO POR SÍNDROME NEFRÍTICO Y DOLOR ARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cartes Salazar, M. (1), Sepulveda Cardenas, K. (1), Castillo Carrasco, J. (1), Sassi Baldizan, A. (1), Más Nicovani, G. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad De Concepción.

(2) Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Hospital Guillermo Grant Benavente.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Endocarditis infecciosa (EI), definida como infección de válvula cardiaca nativa o protésica, superficie endocárdica o dispositivo cardíaco, es una severa y mayoritariamente bacteriana enfermedad que se caracteriza por su elevada morbimortalidad e incidencia estimada 30 casos por millón de habitantes. A continuación, presentamos un caso interesante por su ausencia de clínica clásica, dificultando el diagnóstico y tratamiento oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 38 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por fiebre y dolor articular. Examen físico con pérdida funcionalidad de las articulaciones afectadas. Laboratorio mostró lesión renal aguda con requerimientos de terapia de sustitución renal, bicitopenia y hemocultivos negativos. Se hospitaliza como probable Lupus sistémico con Síndrome Nefrítico. Dentro del estudio ecocardiograma transtorácico compatible con endocarditis válvula mitral nativa. Evaluada por infectología con única focalidad infecciosa; caries molar superior izquierdo.

DISCUSIÓN:

Dentro de las causas de EI, las bacterias gram positivas componen 80% de los casos en válvula nativa, en su mayoría por *Staphylococcus aureus*. Clínica frecuente es soplo cardíaco y fiebre, pero en casos subagudos se asocian síntomas inespecíficos como síndrome constitucional y artralgias. La lesión renal es frecuente, y se presenta como glomerulonefritis, infarto o necrosis cortical. Como herramientas diagnósticas destacan los hemocultivos, hasta en un 20% negativos al momento de presentación, pero fundamentales para el tratamiento, y el ecocardiograma.

En este caso podemos destacar la ausencia de clínica clásica, que junto con estudio microbiológico negativos llevó a enfocarse desde una de las manifestaciones de esta enfermedad, asociando el aumento de morbimortalidad de un diagnóstico y tratamiento más tardío de la EI.

PALABRAS CLAVE: Endocarditis, Insuficiencia renal, Medicina Interna.

AUTOR CORRESPONSAL: Cartes Salazar, M. (macalectora.mc@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#51 REPORTE DE CASO DE NEUMONÍA POST OBSTRUCTIVA EN PACIENTE CON SOSPECHA DE NEOPLASIA PULMONAR

Bragado Sánchez, C. (1), Córdova Fáunderz, F. (1), Martínez Vásquez, Á. (1), Torrealba Gualaman, F. (1), Salinas Arraño, I. (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad Diego Portales.

(2) Médico Cirujano, Hospital de Peumo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La neumonía post obstructiva (NPO) se define como una infección del parénquima pulmonar distal a una obstrucción bronquial. La mayoría de estos casos ocurren en pacientes con neoplasias progresivas avanzadas, siendo la causa más típica el cáncer de pulmón, y se asocian a elevada morbilidad y mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 62 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 2 semanas de evolución de tos con secreciones purulentas, fiebre, cefalea y adenopatías axilares izquierdas asociadas a erupción pruriginosa y baja de peso. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de tórax que evidencia adenopatías hiliares peribroncogénicas izquierdas asociadas a condensación y nódulo sospechoso en lóbulo inferior ipsilateral. En base al diagnóstico de neumonía post obstructiva se decide manejo antibiótico con ampicilina y sulbactam con buena respuesta, y estudio inicial de la neoplasia.

DISCUSIÓN:

La NPO es una entidad poco estudiada, dentro del grupo de neumonías las NPO corresponden a menos del 5%, pero son frecuentes en pacientes que presentan alguna neoplasia pulmonar. La microbiología es polimicrobiana, aunque los patógenos más frecuentes son Staphylococcus, Streptococcus, Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, y algunos anaerobios. En pacientes añosos, con antecedente tabáquico, con una duración de la enfermedad mayor a la habitual, respuesta retardada a terapia antibiótica, pérdida de peso y/o apetito, hemoptisis, lesiones pulmonares cavitadas o episodios recurrentes de neumonía se debe sospechar una neoplasia maligna y por tanto, realizar una TAC para mayor estudio, para así orientar mejor el tratamiento y manejo del paciente.

PALABRAS CLAVE: Neumonía Post-obstructiva, Neoplasia Pulmonar, Cáncer Pulmonar.

AUTOR CORRESPONSAL: Bragado Sánchez, C. (catalina.bragado@mail.udp.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#55 PREPARACIÓN DE COLONOSCOPIA COMO FACTOR PRECIPITANTE DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN AUSENCIA DE UNA ALTERACIÓN HIDROELECTROLÍTICA AGUDA

Córdova Faúndez, F. (1), Martínez Vásquez, A. (1), Bragado Sánchez, C. (1), Gallegos Cuevas, C. (1), Lucín Ramírez, H. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

(2) Médico Internista, Hospital DIPRECA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Se ha correlacionado la preparación de la colonoscopia como factor precipitante de fibrilación auricular (FA) en ausencia de alteraciones hidroelectrolíticas agudas, proponiendo un sustento fisiopatológico distinto al del desbalance hidroelectrolítico referido por otros autores. Jung et al demostró que la preparación como tal se asoció a un riesgo significativo de FA, sin embargo, su estudio carece de seguimiento hidroelectrolítico. En este contexto, nuestro estudio reporta un caso de una FA precipitada por la preparación de una colonoscopia en ausencia de alteraciones hidroelectrolíticas agudas, contribuyendo a la discusión de los mecanismos fisiopatológicos que precipitan esta arritmia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Femenina de 72 años de edad, con antecedentes médicos de cardiopatía coronaria y anemia severa. Hace ingreso al hospital DIPRECA para determinar etiología de cuadro anémico a través de estudio endoscópico. A su ingreso destaca electrocardiograma en ritmo sinusal y leve hipercloremia (111 mEq/L). Se inicia preparación para procedimiento endoscópico con régimen blando y uso polietilenglicol 3350. A las 24 horas de iniciado el régimen, paciente refiere palpitaciones, por lo que se realiza electrocardiograma en donde se evidencia FA en ausencia de alteraciones hidroeléctricas agudas.

DISCUSIÓN:

Nuestro trabajo pone en discusión el riesgo per se que lleva la preparación de la colonoscopia para precipitar una FA en ausencia de alteraciones hidroelectrolíticas agudas; contribuyendo con ello a la discusión de los mecanismos fisiopatológicos precipitantes en este tipo de arritmia en este contexto, como lo es la respuesta vagal que podría generar la distensión visceral o la misma ansiedad previa al procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Colonoscopia, Fibrilación Auricular, Arritmias, Catárticos, Anemia.

AUTOR CORRESPONSAL: Córdova Faúndez, F. (francisco.cordovaf@mail.udp.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#62 HEMORRAGIA OCULTA EN PACIENTE CON TROMBASTENIA DE GLANZMANN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Orchard Bocic, I. (1), De La Carrera Valdés, A. (1), Gil Lombardi, A. (1), Madrid Oros, C. (2).

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

(2) Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La trombastenia de Glanzmann (TG) es una enfermedad autosómica recesiva, infrecuente, con una incidencia de menos de 1 caso por millón de personas (1). Se caracteriza por un trastorno en la función plaquetaria, dado por un déficit o alteración del receptor plaquetario GP IIb/IIIa (2). Cursa con sangrados mucocutáneos, y dado que no existe tratamiento curativo, su manejo se basa en transfusiones plaquetarias y de factor VIIa (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 52 años con antecedente de trombastenia de Glanzman, presenta cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por hematoquecia y melena. Consulta al servicio de urgencias con hemoglobina de 1.5 g/dL, por lo que se hospitaliza para estudio y manejo. Se realiza endoscopia y AngioTAC de abdomen y pelvis, sin hallazgos de sangrado activo. Cápsula endoscópica muestra sangrado reciente en yeyuno medio. A la espera de resolución con enteroscopia. Actualmente se mantiene con requerimientos transfusionales periódicos.

DISCUSIÓN:

Se presenta un paciente con historia de sangrados a repetición de origen gastrointestinal, con antecedentes familiares de hermanos fallecidos por hemorragias severas secundarias a la TG. El caso ilustra el gran desafío que significa el enfrentamiento y manejo de una hemorragia en este tipo de pacientes. Se debe tener en cuenta la importancia de alto índice de sospecha, búsqueda etiológica de forma precoz, y ante la imposibilidad de obtener un manejo resolutivo rápido, dar soporte y anticiparse a eventuales complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Trombastenia de Glanzman, hemorragia, melena, enteroscopia.

AUTOR CORRESPONSAL: Orchard Bocic, I. (ianorchard@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#66 DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UN CASO DE TROMBOCITOPENIA Y CONDROSARCOMA INCIDENTAL

De La Carrera Valdés, A. (1), Gil Lombardi, A. (1), Orchard Bocic, I. (1), Madrid Oros, C. (2).

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

(2) Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La trombocitopenia se define como un recuento de plaquetas por debajo del límite inferior normal, es decir, $<150.000/\mu\text{L}$ en adultos, lo que puede provocar hemorragias severas (1). En su presentación inicial, la causa y la tendencia del recuento de plaquetas puede no estar clara.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente sexo femenino, 80 años, con antecedentes de cáncer de mama operado, consulta en urgencias por episodio de epistaxis espontánea autolimitada. Refiere epistaxis recurrentes y baja de peso de 6 kg en los últimos 6 meses. Al laboratorio, recuento plaquetario de $7.000/\mu\text{L}$, sin alteración de otras series. Se hospitaliza y se transfunden 7 unidades de plaquetas, alcanzando un recuento de $41.000/\mu\text{L}$, sufriendo nueva caída en 24 horas ($18.000/\mu\text{L}$). En estudio de ecografía abdominal se pesquiza hígado con aspecto cirrótico, sin esplenomegalia ni signos de hipertensión portal. Se discute caso con hematología decidiendo manejo como trombocitopenia inmune (PTI) con corticoides. Evoluciona favorablemente, con recuento plaquetario de $63.000/\mu\text{L}$. Se procede a estudio de causa secundaria en el que destaca una masa esternal biopsiada, con hallazgos compatibles con condrosarcoma grado I, quedando la duda de la asociación entre este y el trastorno plaquetario concomitante.

DISCUSIÓN:

Destacamos este caso clínico para recalcar la importancia de cómo realizar un estudio específico ante el hallazgo de trombocitopenia y síndrome hemorrágico. Queda la duda sobre la eventual causalidad entre el condrosarcoma y la trombocitopenia, existiendo la posibilidad de que, una vez reseca el tumor, se logre una resolución del cuadro inmunomediado.

PALABRAS CLAVE: Trombocitopenia, trombocitopenia inmune primaria, plaquetas, hemorragia.

AUTOR CORRESPONSAL: De La Carrera Valdés, A. (agustindelacarrera@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 8: NEUROCIRUGÍA

CC#58 MEDULOBLASTOMA EN POBLACIÓN ADULTA: REPORTE DE CASO

Correa Acevedo, G. (1), Araya Miranda, F. (1), Inostroza Rosales, D. (2), Hernandez Torrealba, J. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

(2) Médico cirujano, Cesfam Las Torres.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El meduloblastoma es el tumor cerebral maligno más común en pediatría, es de origen cerebeloso, embrionario e invasor. Es infrecuente en adultos, con una incidencia de 0,6 por millón de personas. La presentación clínica es una combinación de signos cerebelosos. El enfoque terapéutico en adultos se fundamenta en la limitada información disponible y la aplicación de evidencia en población pediátrica. Muchos pacientes evolucionan con déficits neurocognitivos, incluso después de un tratamiento exitoso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 18 años con cuadro de un año caracterizado por episodios de lipotimia, cefalea occipital progresiva y vértigo. Examen físico: diplopía inferior izquierda, lateropulsión a izquierda, disdiadococinesia izquierda y fuerza M4 en hemicuerpo ipsilateral. Resonancia magnética (RNM) de cerebro: Masa infiltrativa en cuarto ventrículo, con infiltración del vermis, velo cerebeloso superior y pedúnculo cerebeloso izquierdo, mide 37 x 24 x 31 mm, compatible con neoplasia primaria de alto grado; RNM de columna sin diseminación. Se realizó neurocirugía con exéresis tumoral, cuya biopsia indica meduloblastoma grado IV. Evoluciona con hemoventrículo e hidrocefalia, manejada con drenaje ventricular externo. Se indicó radioterapia craneoespinal y quimioterapia adyuvante.

DISCUSIÓN:

La detección de meduloblastomas en adultos corresponde a un desafío diagnóstico y terapéutico. La falta de pautas específicas de acción subraya la importancia de seguir recopilando evidencia sobre cómo tratar a adultos con esta afección y sus respectivas complicaciones. La posibilidad de micrometástasis en el eje espinal, aún con estudios de diseminación negativos, respaldan la necesidad de radioterapia y quimioterapia adyuvante. Es esencial proporcionar apoyo psicosocial por las secuelas posquirúrgicas.

PALABRAS CLAVE: Fosa craneal posterior, Neoplasias cerebrales, Meduloblastoma, Adulto Joven.

AUTOR CORRESPONSAL: Correa Acevedo, G. (geraldine.correa@mail.udp.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#86 HAMARTOMA HIPOTALÁMICO: REPORTE DE CASO

Araya Miranda, F. (1), Correa Acevedo, G. (1), Araya Miranda, P. (1), Hernandez Torrealba, J. (2), Inostroza Rosales, D. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

(2) Médico cirujano, Cesfam Las Torres.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Hamartoma hipotalámico es una malformación no neoplásica que se asocia a manifestaciones endocrinas y/o neurológicas. Es infrecuente, con una incidencia de 1 de cada 100.000 niños. La Resonancia magnética (RNM) cerebral es el Gold Estándar para el diagnóstico. Para manifestaciones clínicas menores se recomienda manejo expectante. En general, los medicamentos antiepilépticos no controlan las convulsiones gelásticas. El Gold standard es la resección quirúrgica abierta. No obstante, existen otras técnicas como la termoablación estereotáxica o la radiocirugía con Gamma Knife (GKR), siendo esta última una técnica no invasiva que ha demostrado ser eficaz y segura.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 4 años, sin antecedentes relevantes, presenta historia de 3 años, con 10 a 15 episodios diarios de risa inexplicable, sin conexión con el entorno. Se estudia con RNM cerebral, la cual informa la presencia de un Hamartoma hipotalámico central de 16.8 x 14.4 x 12.8 mm. Se indica manejo médico, sin respuesta favorable. Se decide realizar GKR, manteniendo tratamiento médico. Evoluciona con remisión parcial de la sintomatología al año y medio. Se continúa el seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN:

La baja prevalencia del Hamartoma hipotalámico y sus múltiples presentaciones hacen difícil el diagnóstico. El manejo inicial mediante terapia farmacológica en general no mejora la sintomatología. Por un lado, el manejo mediante GKR es menos eficaz que la resección quirúrgica abierta y la termoablación estereotáxica, sin embargo, es más segura y se asocia a menos secuelas neurológicas. Es importante subrayar la necesidad de una atención multidisciplinaria, para así lograr resultados favorables.

PALABRAS CLAVE: Epilepsias parciales, Hamartoma hipotalámico, Radiocirugía.

AUTOR CORRESPONSAL: Araya Miranda, F. (felipeigna.araya@mail.udp.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 9: OFTALMOLOGÍA

CC#41 NEUROPATÍA ÓPTICA URÉMICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL EN NEFRÓPATAS

De Amesti Fuentes, P. (1), Silva Peña, F. (1), Steinsapir Meriggio, J. (1), Dueñas Cancino, L. (1), Valenzuela Leiva, P. (2)

(1) Interno/a de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

(2) Residente de Oftalmología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La pérdida de agudeza visual (AV) aguda puede ser causada por enfermedades desmielinizantes, procesos inflamatorios, autoinmunes, eventos isquémicos, entre otros. Su adecuado manejo requiere identificación etiológica precoz. Se presenta un caso de pérdida de AV bilateral por neuropatía óptica (NO) en paciente urémica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 28 años con enfermedad renal crónica etapa V por nefropatía membranosa e hipertensión arterial crónica. Cursó hospitalización por insuficiencia renal y crisis hipertensiva, donde desarrolló compromiso de conciencia, movimientos anormales de extremidades, cefalea, náuseas y pérdida aguda de visión, objetivándose AV 0.1 y 0.5 en ojos derecho e izquierdo, respectivamente, y un defecto pupilar aferente relativo en ojo derecho. En fondo de ojo y tomografía de coherencia óptica, destacó edema papilar bilateral y cambios retinales sugerentes de NO bilateral. Dada de alta con diálisis trisemanal y uremia compensada. En control a los 2 meses, se objetiva AV sin mejoría ni deterioro, sin embargo, con mejoría subjetiva de la visión.

DISCUSIÓN:

La pérdida de visión en pacientes urémicos puede deberse a diversos mecanismos: NO urémica, NO isquémica, NO asociada a fármacos, NO por aumento de presión intracraneal y NO por infecciones cerebrales, siendo el isquémico el más conocido. La NO urémica es poco frecuente, vagamente definida y con escasa información disponible en la literatura, por lo que su tratamiento específico no está definido, no obstante, la hemodiálisis y uso de corticoides sistémicos podrían revertir la pérdida de visión. En la NO isquémica hay pérdida irreversible de la AV. El diagnóstico precoz y manejo de patologías de base podrían cambiar el pronóstico del paciente y su visión, permitiendo recuperarla o al menos evitar su deterioro.

PALABRAS CLAVE: Nervio óptico, Uremia, Agudeza visual.

AUTOR CORRESPONSAL: De Amesti Fuentes, P. (pascal.deamesti@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 10: OTORRINOLARINGOLOGÍA

CC#65 OTITIS MEDIA CON EFUSIÓN RECIDIVANTE SECUNDARIO A TUMOR DE BASE DE CRÁNEO

Contreras Prado, V. (1), Rudolph Oppliger, T. (1), Conteras Soto, H. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.

(2) Otorrinolaringólogo, Clínica Alemana, Temuco.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La otitis media con efusión (OME), definida como presencia de fluido en oído medio, es una patología frecuente, involucra factores como infecciones respiratorias, rinitis alérgica, hipertrofia adenoidea, disfunción tubárica, genética enfermedades congénitas e inmunodeficiencias. Existen factores menos prevalentes, como los tumores de base de cráneo que generan disfunción de la trompa auditiva, como los osteocondromas (OC), por tanto, parece relevante plantear el estudio imagenológico en OME recidivante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 13 años con síndrome de QT largo, consulta por hipoacusia del oído derecho, en otoscopia destaca membrana timpánica opaca con burbujas, diagnosticándose con OME derecha, en audiometría e impedanciometría destaca hipoacusia de conducción y curva B ipsilateral. Ante falla de la terapia médica se realiza adenoidectomía más colocación de tubo timpánico, 10 meses tras el postoperatorio, el cuadro persistió, por lo que se solicitó tomografía computarizada de cavidades perinasales con imagen compatible con OC dependiente del ala mayor del esfenoides derecho, con colapso de la tuba auditiva. Se instala tubo timpánico T y se realiza biopsia de la masa por cirugía endoscópica que confirma el diagnóstico. Por la escasa sintomatología y los riesgos asociados a la resección, la paciente se mantiene con tratamiento expectante y controles seriados.

DISCUSIÓN:

La OME es una patología prevalente, multifactorial, en algunos casos existirán etiologías menos comunes, que requieren de exámenes como la imagenología y tratamientos complejos. La disfunción tubaria por compresión externa, como la del caso, con imposibilidad de resección de la lesión, hace imprescindible la utilización de tubos timpánicos para ventilar el oído medio.

PALABRAS CLAVE: Otitis media con derrame, osteocondroma, trompa auditiva.

AUTOR CORRESPONSAL: Contreras Prado, V. (valentina.contreras@mayor.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 11:

PEDIATRÍA

CC#02 ABORDAJE DE NEUMONÍA COMPLICADA POR DERRAME PLEURAL SIGNIFICATIVO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO

Rivera Cuello, C. (1), Relos Narváez, C. (1), Silva Serrano, J. (1), Messenger Coloma, K. (2).

(1) *Estudiante de Medicina de 5° año, Universidad de Chile, Santiago.*

(2) *Médica Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital San Borja Arriarán, Santiago.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La neumonía es una enfermedad infecciosa aguda del parénquima pulmonar. Caracterizada por fiebre y tos, que puede acompañarse de signos de dificultad respiratoria. La principal complicación es el derrame pleural paraneumónico (DPP) sospechado por dolor pleurítico, refractariedad antibiótica y deterioro clínico. El propósito del caso es presentar el abordaje diagnóstico y terapéutico de una neumonía complicada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 5 años, nacionalidad boliviana, esquema de vacunación boliviano completo (3 dosis de vacuna antineumocócica), previamente sana.

Consultó en servicio de urgencias (SU) por cuadro de 3 semanas de tos seca, fiebre 39°C, coriza, manejada ambulatoriamente. Posteriormente presentó dolor pleurítico izquierdo, de cese espontáneo, acudiendo al SU. Se solicitó radiografía de tórax, que identificó refuerzo perihiliar, decidiendo manejar como neumonía atípica con azitromicina y paracetamol. Persistió con dolor pleurítico y epigástrico, ingresando al SU estable. Destacó leucocitosis, PCR 5,9 mg/dl, radiografía de tórax sugerente de atelectasia y DP izquierdo, iniciando cefotaxima. Ingresó a servicio de pediatría con inmunofluorescencia viral y hemocultivos negativos, ecotomografía confirmó DP izquierdo de 12,7 mm, motivando videotoracoscopia (VATS) sin signos de necrosis en parénquima pulmonar y drenaje pleural de contenido fibrino-purulento exudativo con estudio infeccioso negativos. Se trasladó a unidad de intermedio con penicilina sódica. Al alta se indicó amoxicilina oral e interconsulta ambulatoria a policlínico.

DISCUSIÓN:

La neumonía es la principal causa de hospitalización y de mortalidad infantil respiratoria, por consiguiente, la sospecha y manejo terapéutico oportuno de sus complicaciones como el derrame pleural es fundamental para evitar secuelas graves e incluso la muerte.

PALABRAS CLAVE: Derrame pleural, Neumonía bacteriana, Vacunas neumocócicas.

AUTOR CORRESPONSAL: Rivera Cuello, C. (riveraconstanza00@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#18 HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO COMPLICACIÓN DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gazmuri Loyola, J. (1), Metcalfe Torres, V. (1), Vargas Marticorena, A. (1), Hosiasson Retamal, F. (1), Soto Fernández, P. (2).

(1) Interno/a de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2) Médico Cirujano, Residente Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH), también conocido como Vasculitis por Inmunoglobulina A (IgA), corresponde a la vasculitis sistémica más frecuente en pediatría. Se produce por depósito de complejos inmunes IgA en vasos pequeños. La tétada clásica de presentación incluye púrpura palpable no trombocitopénico, artralgias, dolor abdominal (DA) y compromiso renal. Generalmente autolimitado y de manejo sintomático, sin embargo, no está exento de complicaciones que ameritan tratamiento dirigido, lo cual motiva este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 11 años inicia cuadro de exantema purpúrico, DA, vómitos, edema de extremidades inferiores y artralgias en muñecas. Acude al Servicio de Urgencias (SU), se diagnostica PSH, se indica Prednisona y es dada de alta. Consulta con nefrólogo ambulatoriamente, en estudio destaca proteinuria y hematuria. Evoluciona con buena respuesta a corticoides, pero tras terminar el tratamiento presenta exacerbación de síntomas, con aumento del DA, exantema purpúrico más extenso y aparición de deposiciones disentéricas. Consulta nuevamente al SU, taquicárdica, con rash purpúrico generalizado y dolor a la palpación periumbilical. Ecografía abdominal informa proceso inflamatorio colónico. Se hospitaliza para manejo con Metilprednisolona, logrando resolución de sintomatología. En control ambulatorio se evidencia resolución del compromiso renal.

DISCUSIÓN:

El PSH es relativamente frecuente y usualmente evoluciona favorablemente, compromete diversos órganos, generando variadas manifestaciones que pueden simular otras patologías. Existen complicaciones como la hemorragia digestiva, que debemos buscar activamente para dirigir la terapia. Comúnmente requiere sólo manejo de soporte, pero en casos seleccionados debemos escalar en el tratamiento. La evidencia actual no apoya el uso universal de corticoides, pero se ha demostrado utilidad ante compromiso gastrointestinal, disminuyendo la duración del DA y hemorragia digestiva.

PALABRAS CLAVE: Vasculitis por IgA, Púrpura, Hemorragia.

AUTOR CORRESPONSAL: Gazmuri Loyola, J. (Josefina.gazmuri@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#27 MIOSITIS VIRAL AGUDA EN UN PACIENTE CON INFLUENZA

Dueñas Cancino, L. (1), De Amesti Fuentes, P. (1), Silva Peña, F. (1), Steinsapir Meriggio, J. (1), Escobar González, A. (2).

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Residente Medicina Intensiva Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La miositis viral aguda es una complicación que puede presentarse en pacientes que cursan con una infección viral, principalmente por los virus Influenza A y B. Se describe como un dolor de inicio súbito en miembros inferiores, que tiende a la resolución espontánea y que afecta típicamente a preescolares y escolares. Habitualmente tiene un curso benigno, pudiendo manejarse de manera ambulatoria con seguimiento de niveles de Creatin Kinasa (CK), siendo importante el conocimiento de esta entidad para evitar intervenciones innecesarias y disminuir la ansiedad que pueda generar en el entorno del paciente. Complicaciones como la rabdomiólisis son excepcionales, pero deben tenerse siempre en cuenta.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de un paciente que cursó con miositis aguda en contexto de infección por virus Influenza B, con niveles de CK al alza hasta 8.765 UI/l. Se decidió hospitalización para manejo con hidratación y control de laboratorio seriado con niveles de CK, función renal y medio interno. El paciente evolucionó favorablemente, recibiendo el alta tras 72 horas de hospitalización.

DISCUSIÓN:

La miositis viral aguda puede resultar alarmante, tanto por los síntomas, como por la elevación importante de los niveles de CK. Una anamnesis completa y un examen físico que permite excluir diagnósticos diferenciales más ominosos. Los exámenes de laboratorio e intervenciones deben adecuarse al contexto del paciente, considerando el curso benigno habitual de la enfermedad. Debe reservarse un manejo más agresivo y seguimiento estrecho en pacientes en que se sospeche mayor riesgo de rabdomiólisis o en que exista duda diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Niño, Influenza, Miositis.

AUTOR CORRESPONSAL: Dueñas Cancino, L. (lucas.duenas@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#47 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL: REPORTE DE UN CASO DE CAUSA INFRECUENTE

Delgado Villarroel, T. (1), Espinoza Flores, C. (1), Filsecker Bolte, A. (1), Perillán Torres, J. (2).

(1) Interno Medicina, Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae

(2) Broncopulmonar infantil, Profesor Asistente de Pediatría, Universidad Finis Terrae.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR) es una patología de alta prevalencia y elevada mortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se reporta el caso ocurrido en el Hospital el Carmen de Maipú de un recién nacido (RN) de término, grande para la edad gestacional. Madre portadora de estreptococo grupo B (SGB), sin antecedentes de diabetes gestacional. Nace por parto vaginal traumático, APGAR 2 al minuto de vida, requiere reanimación neonatal con uso ventilación a presión positiva, logra buena respuesta, a las 7 horas de vida queda con oxígeno ambiental. Inmediatamente posterior a reanimación por sospecha de sepsis neonatal se inician antibióticos empíricos previa toma de cultivos. Se solicita además exámenes de laboratorio y radiografía de tórax (RXTX). Los parámetros inflamatorios, gases venosos y electrolitos plasmáticos se encontraron dentro de límites normales, los hemocultivos resultan negativos.

En RXTX se observa atelectasia de lóbulo medio y neumomediastino anterior (NMA). A las 30 horas de vida, quiebre clínico caracterizado por dificultad respiratoria. Nuevos exámenes de laboratorio, dentro de límites normales. Nueva RXTX muestra imagen lobulada en hemicampo derecho y aumento de NMA. Se propone como diagnósticos diferenciales malformación congénita de vía aérea y hernia diafragmática. Sin embargo, el paciente presenta evolución clínica favorable. RXTX de control no muestra imagen lobulada, pero sí disminución de NMA. Dada evolución clínica e imagenológica se concluye como diagnóstico etiológico NMA.

DISCUSIÓN:

Los escapes aéreos son una causa infrecuente de SDR neonatal. La mayoría son asintomáticas. Este caso presenta como factores de riesgo el parto traumático y la ventilación a presión positiva.

PALABRAS CLAVE: Síndrome De Dificultad Respiratoria, Enfisema Mediastínico, Recién Nacido, Radiografía, Respiración Artificial.

AUTOR CORRESPONSAL: Delgado Villarroel, T. (tdelgadov@uft.edu)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#75 EMPIEMA SUBDURAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bustos Vielma, S. (1), Cornejo Castillo, F. (1), Rubilar Araya, P. (1), Veliz Osorio, M. (2).

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

(2) Médica Cirujana, Becada Pediatría, Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Universidad de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Dada la proximidad entre los senos paranasales y el sistema nervioso central, el empiema subdural, colección entre la duramadre y aracnoides, es la complicación intracraneal más frecuente de la rinosinusitis bacteriana, siendo prevalente en adultos mayores e inmunosuprimidos. En un paciente pediátrico inmunocompetente, la sinusitis es el mayor factor predisponente, en consecuencia, se debe considerar frente a evolución desfavorable y/o focalidad neurológica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Preescolar de 4 años, con antecedente de SBO-R, ingresó al HEGC por cuadro de 7 días de rechazo alimentario, cefalea frontal, episodios convulsivos y fiebre hasta 40°C. Además, refirió un mes con rinorrea y tos productiva.

Ingresó taquicárdico, cursando crisis convulsiva tónico-clónico generaliza. Se inició manejo antibiótico y de status epiléptico. En exámenes con parámetros inflamatorios elevados, LCR inflamatorio y TAC cráneo con ocupación de cavidades paranasales.

Pese a manejo, persistió febril e hipotónico, por lo que se ajustó antibioticoterapia triasociada por sospecha de encefalopatía séptica y amplió estudio etiológico, sin hallazgos. RMN de cerebro con colección parafalcina derecha e incipiente lóbulo frontopolar parasagital ipsilateral secundario a foco sinusal. Dado manejo, evolucionó favorablemente, con regresión total de lesión. Completó terapia por 21 días y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN:

En la actualidad, las complicaciones más frecuentes de sinusitis son absceso epidural, empiema subdural, meningitis, encefalitis y absceso cerebral, con baja incidencia, pero considerable gravedad. En un paciente pediátrico con rinosinusitis aguda con evolución desfavorable y déficit neurológico, se debe sospechar una complicación neurológica, siendo la neuroimagen el examen de elección para diagnóstico y seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Empiema subdural, rinosinusitis bacteriana aguda, complicaciones intracraneales.

AUTOR CORRESPONSAL: Rubilar Araya, P. (pablo.rubilar@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#76 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENCEFALOPATÍA AGUDA EN PEDIATRÍA: ENCEFALOPATÍA NECROTIZANTE AGUDA CON MUTACIÓN EN GEN RANBP2

Tapia González, K. (1), Zuñiga Ortiz, S. (2), Rojas Marchant, S. (3), Vera Muñoz, C. (4), Navas Guerrero, M. (5).

(1) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule.

(2) Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule.

(3) Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule.

(4) Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule.

(5) Peditra del Hospital Regional de Talca.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Encefalopatía Necrotizante Aguda (ENA) es una rara y potencialmente letal encefalopatía que suele afectar a niños sanos posterior a cuadros febriles, manifestándose con síntomas inespecíficos, como fiebre, problemas respiratorios y/o gastrointestinales, seguidos de síntomas neurológicos agudos. Así, el objetivo del siguiente reporte es crear conciencia sobre la ENA en Chile, promoviendo la detección temprana, el tratamiento adecuado y el apoyo a las familias.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Escolar de 8 años, con antecedentes de bajo peso al nacer, familiares con enfermedades neurológicas y consanguinidad familiar, y un diagnóstico previo de epilepsia de origen desconocido a los 3 años, seguido de un deterioro neurológico progresivo. Presentó episodios febriles recurrentes y alteración de la conciencia, lo que resultó en múltiples hospitalizaciones y evaluaciones neurológicas exhaustivas. En una de estas, su condición empeoró significativamente, lo que lo llevó a una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. A pesar de exhaustivos estudios, no se encontraron anomalías patológicas, y se sospechó un Síndrome de Leigh debido al compromiso clínico y alteraciones de troncoencéfalo. Se le realizó una biopsia de músculo estriado, una prueba terapéutica con corticoides y estudios genéticos., confirmándose una mutación en el gen RANBP2, estableciendo el diagnóstico de ENA. Se inició un tratamiento con altas dosis de corticoides intravenosos, soporte según necesidad y manejo multidisciplinario.

DISCUSIÓN:

La ENA es una enfermedad poco común pero grave que requiere detección temprana y diagnóstico precoz. Debe considerarse en casos de fiebre de rápida evolución y alteración de la conciencia sin un foco identificado. Es esencial buscar hallazgos focales y sistémicos, correlacionando las funciones alteradas con una región encefálica afectada, especialmente el compromiso del tronco encefálico. También es importante considerar factores de riesgo como bajo peso al nacer, consanguinidad y antecedentes familiares de trastornos neurológicos. El manejo de la ENA implica el uso de altas dosis de corticoides, lo que puede mejorar el pronóstico si se administra de manera temprana. La conciencia y el conocimiento de esta enfermedad son fundamentales para garantizar un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Encefalopatías, Mutación, Pediatría, Neurología, proteína de unión RAN tipo 2.

AUTOR CORRESPONSAL: Tapia González, K. (katherine.tapia@alu.ucm.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#81 ANEMIA HEMOLÍTICA COMO DEBUT DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Arroyo Concha, M. (1), Solari del Sol, A. (1), Arroyo Concha, S. (2), Araya Acuña, B. (2), Cárdenas de la Torre, R. (3).

(1) *Estudiante de quinto año, Facultad de Medicina Universidad de Chile.*

(2) *Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.*

(3) *Pediatra, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Providencia, Región Metropolitana, Chile.*

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los desórdenes hematológicos son importantes complicaciones de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), siendo la anemia su principal manifestación. Aproximadamente 84.000 chilenos presentan VIH, siendo menos del 1% menores de 15 años. La importancia del caso radica en lo inusual que es el debut del VIH con anemia hemolítica y el desafío diagnóstico que conlleva en pediatría.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 9 años, con sobrepeso y familia disfuncional, sin antecedentes neonatales ni alteraciones del desarrollo psicomotor, consulta por compromiso del estado general, somnolencia e ictericia de 2 meses de evolución. Se pesquisa anemia hemolítica severa con test de Coombs directo negativo, hepatoesplenomegalia y leucopenia. Estudios de virus Epstein Barr, Citomegalovirus y tuberculosis resultan negativos. Evaluación inmunológica destaca complemento C3 y C4 bajos, con anticuerpos anticitoplasmáticos de neutrófilos (ANCA) positivos. Se inicia corticoterapia con respuesta favorable. Evoluciona con algorra sin respuesta a fluconazol, disfagia y dolor abdominal postprandial, pesquisando esofagitis ulcerativa por virus Herpes Simplex 1. Madre refiere tardíamente ser portadora de VIH, se realiza serología y carga viral resultando positivo y con diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

DISCUSIÓN:

Chile está ad portas de la erradicación de la transmisión vertical del VIH. La importancia del caso radica en la inusual presentación de la infección y en lo tardío que fue el diagnóstico a pesar de la efectividad del programa de pesquisa prenatal. Resulta fundamental tenerlo en consideración como diagnóstico diferencial aún sin tener el antecedente materno, considerando todas las posibilidades: control prenatal incompleto, violencia sexual u otros.

PALABRAS CLAVE: Anemia, VIH, SIDA.

AUTOR CORRESPONSAL: Arroyo Concha, M. (magdalenaarroyo@ug.uchile.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#82 DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE ADRENOLEUCODISTROFIA LIGADA AL CROMOSOMA X: REPORTE DE CASO CLÍNICO

González Tobar, P. (1), Torres Ortiz, K. (1), Salazar Orias, A. (1), Soto Palavecino, J. (1), Guerrero Salazar, R. (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad De Concepción.

(2) Médico Pediatra, Hospital Guillermo Grant Benavente.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X (ADL-X) es un trastorno neurodegenerativo metabólico peroxisomal, que provoca acúmulo de ácidos grasos de cadena muy larga en el sistema nervioso central y glándula suprarrenal. Las presentaciones clínicas son variables según edad y sexo, yendo desde una forma asintomática a la ADL-X cerebral infantil, con diferente velocidad de degeneración neuronal y pronóstico, siendo más grave su presentación en niños.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 7 años, escolar, con antecedentes de espasmofemia y cinetosis, fue derivado desde Curanilahue por episodio de vómito y visión borrosa tras sufrir caída a nivel. Evaluando posible contusión craneal se realizó Tomografía Computarizada cerebral (TC), que mostró imágenes sugerentes de lesiones de sustancia blanca, y se hospitalizó para estudio, evolucionando con dismetría y compromiso de estabilidad de la marcha, asociado a Líquido Cefalorraquídeo (LCR) con proteinorraquia y cultivos microbiológicos negativos. Se realizaron Resonancia Magnética cerebral (RM), Angiografía de Resonancia Magnética cerebral (AngioRM) y Espectroscopia, cuyas imágenes evidenciaron hallazgos de enfermedad metabólica activa en lóbulo occipital, específicamente leucodistrofia. Sospechando ADL-X cerebral infantil, se realizó estudio endocrinológico, que resultó normal, y estudio genético, con resultados pendientes a la fecha.

DISCUSIÓN:

ADL-X tiene un pronóstico ominoso con complicaciones potencialmente fatales, especialmente ADL-X cerebral infantil, por lo cual es clave considerarlo como diagnóstico diferencial en patologías que involucren alteraciones cognitivas y/o conductuales. Sin un diagnóstico y tratamiento precoces, es común que la progresión sea rápida, con discapacidad total en seis meses a dos años, y muerte dentro de los 5 a 10 años posteriores al diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Adrenoleucodistrofia ligada a X, Ácidos grasos, Enfermedad peroxisomal.

AUTOR CORRESPONSAL: González Tobar, P. (PalomaGonzalez.2100@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 12:
PSIQUIATRÍA ADULTOS

CC#03 EPISODIO MANÍACO POR SUSPENSIÓN DE MEDICACIÓN DEBIDO A EMBARAZO EN PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, REPORTE DE UN CASO

Contreras Frederick, C. (1), Craig Gómez, N. (1), Roblero Lobos, I. (1), Canteros Campillay, E. (1), Paredes, J. (2).

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

(2) Residente Ginecología y Obstetricia Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Un episodio maníaco se define como un estado anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable acompañado de aumento anormal de energía dirigida a un objetivo. Fármacos estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos son la primera línea de tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 36 años, cursando embarazo de 21 semanas, con antecedente de trastorno afectivo bipolar (TAB) tipo 1, tratamiento con litio 450 mg cada 12 hrs y quetiapina 75 mg cada 24 hrs, suspendido hace 4 semanas sin indicación médica. Consulta traída por desconocidos luego de haber sido encontrada en la vía pública presentando conducta desorganizada. Al examen mental presenta ideas de persecución, ánimo exaltado, verborreica, sin ideas de muerte. Resultado de exámenes dentro de límites normales, litemia 0.30 mEq/l. Se diagnostica episodio maníaco y se hospitaliza en corta estadía. Inicia tratamiento cuadro agudo con quetiapina 25 mg y lorazepam 2 mg y resuelto el cuadro confusional, inicia tratamiento con carbonato de litio 300 mg/día.

DISCUSIÓN:

Estudios en embarazadas con diagnóstico de TAB tipo 1 reportan hasta un 50% de riesgo de presentar al menos un episodio hipomaniaco o maníaco durante el embarazo o periodo postparto, lo que aumenta aún más con suspensión de la medicación crónica de estas pacientes, sin indicación médica. Las drogas psicotrópicas clasifican en C o D por la FDA para uso durante el embarazo, por ello, lo principal es evaluar los riesgos de la exposición del feto a una medicación psicotrópica contra los riesgos para la madre y el feto de no tratar una enfermedad psiquiátrica.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Episodio Maníaco, Trastorno Afectivo Bipolar.

AUTOR CORRESPONSAL: Contreras Frederick, C. (constanza.contreras.frederick@gmail.com)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

CC#42 INTOXICACIÓN POR LITIO EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

RESPONSABLES

Antilaf Zúñiga, F. (1), Meléndez Salinas, B. (1), Santana Lagos, R. (1), Muñoz Sagal, F. (1), Martínez Villavicencio, C. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Residente de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El litio es usado en el tratamiento de múltiples patologías psiquiátricas. Actúa como estabilizador del ánimo, disminuyendo las tasas de suicidio. Presenta un rango terapéutico estrecho en pacientes con volumen extracelular no conservado, lo que determina que exista riesgo de intoxicación con pequeñas variaciones de dosis.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino, 30 años, con antecedentes de trastorno del ánimo y anorexia, en tratamiento con carbonato de litio y sertralina. Consulta por cuadro de fatiga, la cual evoluciona a marcha inestable y compromiso de conciencia. Ingresa normotensa, normocárdica, eupneica, afebril y bien perfundida. En laboratorio se pesquiza litemia de 2,7 mmol/L, se manejó en la unidad de terapia intensiva donde evolucionó favorablemente, es referida a psiquiatría. En la entrevista destacó restricción de alimentos, perdiendo 7 kg en 2 meses.

DISCUSIÓN:

El litio presenta múltiples factores que afectan su farmacocinética, entre estos aquellos que afectan el volumen total corporal, y por consiguiente, las concentraciones plasmáticas. En este sentido, es que los pacientes que cursan con trastornos de la conducta alimentaria tienen riesgo aumentado de desarrollar una intoxicación por litio, debido a la disminución del volumen total corporal secundario a la baja de peso por conductas restrictivas o purgativas.

El litio es efectivo como tratamiento de distintas patologías en Psiquiatría. Su indicación requiere hacer un análisis exhaustivo de cada paciente, debido a que las intoxicaciones no solamente ocurren en contexto de sobredosis, sino que también se pueden presentar como consecuencia de cualquier estado mórbido o conducta que termine por afectar su farmacocinética.

PALABRAS CLAVE: litio, anorexia, intoxicación, suicidio.

AUTOR CORRESPONSAL: Antilaf Zúñiga, F. (fantilag@uc.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

SECCIÓN 13:

UROLOGÍA

CC#70 ADENOSIS ESCLEROSANTE DE PRÓSTATA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Madrid Cifuentes, B. (1), Pulgar Brazo, V. (2), Zarate Bravo, P. (2), Solís Carrasco, C. (2), Sánchez Sepúlveda, R. (3).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de La Frontera.

(2) Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de La Frontera.

(3) Urólogo, Hospital Intercultural de Nueva Imperial.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La adenosis esclerosante es una proliferación microglandular benigna cuyas células basales muestran diferenciación mioepitelial. Está conformada por células fusiformes estromales, circunscritas a la zona de transición y no es encapsulada. Puede confundirse con adenocarcinoma. Los casos reportados son hallazgos incidentales en resecciones prostáticas transuretrales. A continuación, se presenta un caso de adenosis esclerosante de próstata unilobar en paciente de 53 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 53 años en controles con urología por cuadro de dos meses de tenesmo vesical, pujo y goteo post miccional asociado a próstata de mayor consistencia, superficie irregular e indolora. Sus cifras de antígeno prostático específico (APE) se elevaron hasta 8.8 ng/dL (nanogramos por decilitro). En el ultrasonido (Ecografía renal y pelviana) se observó glándula prostática levemente heterogénea, de 5,5 x 4,2 x 5,5 centímetros (cm), de 68 gramos e identifica nódulo isoecogénico, signos de vejiga de esfuerzo y residuo postmiccional. Se indicó Tamsulosina 4 miligramos (mg) para manejo de sintomatología. Al control de exámenes sin compromiso renal. Se realizó biopsia transrectal: En lóbulo derecho tejido glandular prostático con focos de adenosis esclerosante, inmunohistoquímica negativa para adenocarcinoma. Paciente decide resolución quirúrgica. Evoluciona favorablemente, con disminución de sintomatología urinaria. Actualmente se encuentra en seguimiento hasta cirugía.

DISCUSIÓN:

La adenosis esclerosante de próstata es una lesión benigna, infrecuente, pero simula adenocarcinoma, especialmente en las biopsias obtenidas con aguja.

Aunque no tiene relación biológica con adenocarcinoma, se confunde en el 21% de los casos, debido a características comunes como patrón arquitectural, apariencia infiltrativa, grado de atipía nuclear y contenido de nucleólos, sin embargo, la inmunohistoquímica permite identificar antígenos en tejidos para establecer el diagnóstico diferencial. El manejo de casos poco sintomáticos es conservador, no obstante, si el cuadro presenta clínica progresiva se puede plantear resolución quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Adenosis, Adenocarcinoma, Glándula prostática.

AUTOR CORRESPONSAL: Madrid Cifuentes, B. (b.madrid01@ufromail.cl)

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



rcem.uchile.cl