

# REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

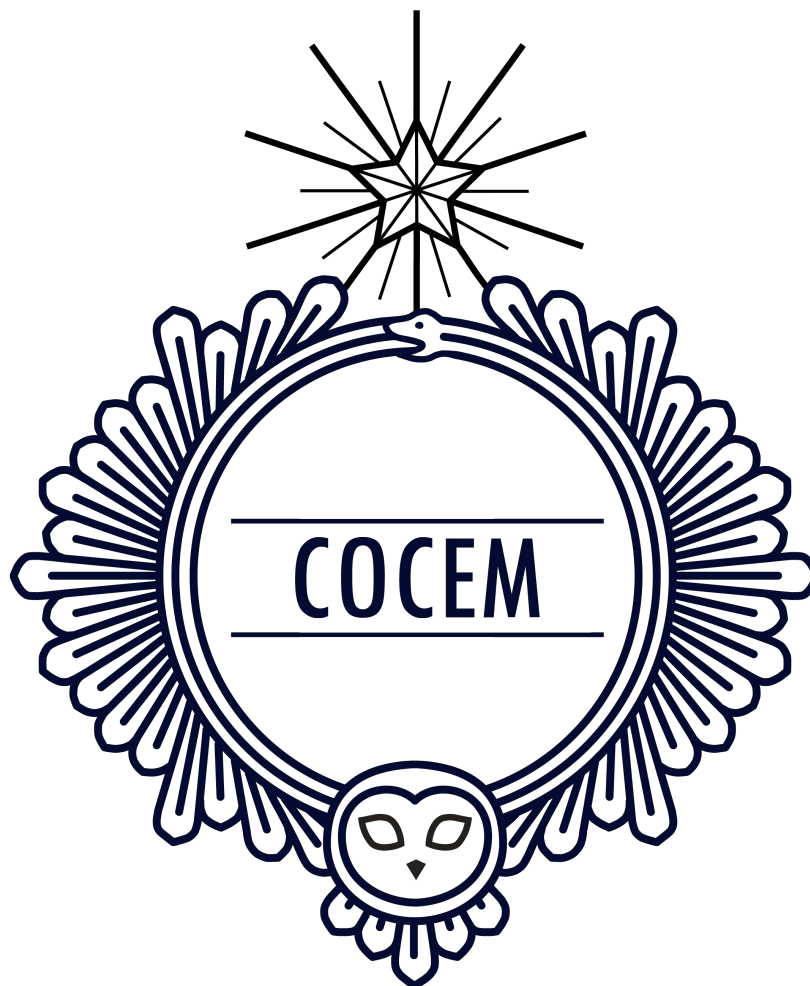
---

NOVIEMBRE 2017  
VOLUMEN 10, SUPLEMENTO 1.

LIBRO DE RESÚMENES  
II CONGRESO CHILENO DE  
ESTUDIANTES DE MEDICINA



Fundada en Santiago de Chile en 2001.  
Editada en Santiago de Chile por la  
*Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la  
Universidad de Chile.*  
Versión en línea ISSN 0718-672X



**II Congreso Chileno de Estudiantes de Medicina COCEM "Medicina de Urgencias" 2017**

Director Científico: Piero Guggiana Nilo

Presidentes: Pablo Arriagada Piña y Derek Gützlaff Ilarzi

**Revista Chilena de Estudiantes de Medicina**

**Volumen 10 – Suplemento 1 – Noviembre, 2017 Versión en Línea ISSN 0718-672X**

**Revista Chilena de Estudiantes de Medicina**, fundada en 2001, es editada por la **Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile**, Avenida Independencia 1027, Programa de Anatomía del Desarrollo, Block A, Oficina 01, Comuna de Independencia, Santiago de Chile.

Se permite la reproducción, almacenamiento y cualquier forma de difusión de este número o partes del mismo.

Director: Ignacio Pérez Gallegos

Diseño y diagramación: Ignacio Pérez Gallegos

**En esta versión, el Libro de Resúmenes se encuentra publicado exclusivamente en formato digital.**



# REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

*Fundada en el año 2001*

---

NOVIEMBRE 2017 · VOLUMEN 10 · SUPLEMENTO 1  
VERSIÓN EN LÍNEA ISSN 0718-672X

---

Ignacio Alejandro Pérez Gallegos

***DIRECTOR***

## COMITÉ EDITORIAL

Nicolás Balmaceda Pascal, MD

José Miguel Espinoza Rodríguez, MD

Matías Hernández Martínez

Christian Ortiz Saravia

Lucas González Johnson

Derek Gützlaff Ilarzi

Ignacio Loyola Vidal

Ignacio Pérez Gallegos



ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

*Fundada en el año 1984*

DIRECTORIO 2017 – 2018

**Néstor Abarzúa Avilés**

*PRESIDENTE*

**Lucas González Johnson**

*VICEPRESIDENTE*

**Melissa Galdames Soto**

*SECRETARIA*

**Joaquín Aracena Aravena**

*TESORERO*

## DIRECCIONES Y COMITÉS

### REVISTA Y PUBLICACIÓN

Ignacio Pérez Gallegos (Director)  
Nicolás Balmaceda Pascal, MD  
José Espinoza Rodríguez, MD  
Matías Hernández Martínez  
Christian Ortiz Saravia  
Lucas González Johnson  
Derek Gützlaff Ilarzi  
Ignacio Loyola Vidal

### INVESTIGACIÓN

María Fernanda Silva (Directora)  
Estefanía Acuña Brevis  
Abraham Gajardo Cortés, MD  
Lucas González Johnson  
Lucas Navarro Velásquez  
Lorenzo Contreras Venegas  
Ignacio Lalanne Segovia  
Pablo Aguirre Araya  
Raúl Castillo Astorga  
Ignacio Pérez Gallegos

### DIRECCIÓN ACADÉMICA

Guillermo Ortega Pérez (Director)  
Ignacio Pérez Gallegos

### COMUNICACIONES Y DIFUSIÓN

Diego Fica Serrano (Director)  
Ignacio Pérez Gallegos  
Ignacio Loyola Vidal

### PROYECTOS AUDIOVISUALES

Raúl Castillo Astorga (Director)  
Lucía Del Valle Batalla  
Álvaro Yévenes Sánchez  
Adrián Fernández-Romo, MD  
Ignacio Pérez Gallegos

### DISEÑO E ILUSTRACIÓN

Ignacio Loyola Vidal  
Lucía Del Valle Batalla  
Ignacio Pérez Gallegos

### EXTENSIÓN

Derek Gützlaff Ilarzi (Director)

### FISCALÍA

Derek Gützlaff Ilarzi

### COMITÉ DE ÉTICA

Diego Fica Serrano



# ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Fundada en el año 1984*

## MIEMBROS TITULARES

Derek Gützlaff Ilarzi  
Roberto Vergara Fernández, MD  
Néstor Abarzúa Avilés  
Álvaro Yévenes Sánchez  
Christian Ortiz Saravia  
Melissa Galdames Soto  
Lucas González Johnson  
Pablo Ortiz Cea  
Gustavo Oporto Torres  
Ignacio Pérez Gallegos  
Matías Hernández Martínez  
Raúl Castillo Astorga  
Lucía Del Valle Batalla  
Diego Fica Serrano  
Joaquín Aracena Aravena  
Pablo Arriagada Piña  
Lucas Navarro Velásquez  
María Fernanda Silva López  
Guillermo Ortega Pérez  
Ximena Aguilera Correa  
Cristóbal Bourgeois Silva

## MIEMBROS ASOCIADOS

Felipe Gonthier Norambuena  
Fabián Henríquez Castañeda  
Pablo Aguirre Araya  
Wladimir Carquin Gallardo  
Matías Fabres Henríquez  
Fabián Acevedo Cornejo  
Mario Salinas Sanhueza  
Estefanía Acuña Brevis  
Felipe Cortés Chau  
Ignacio Loyola Vidal  
Flavia Giubergia Canepa



# ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Fundada en el año 1984*

## MIEMBROS HONORARIOS

**Prof. Dr. Alejandro Goic Goic**

Profesor Emérito – Universidad de Chile  
Premio Nacional de Medicina  
Maestro de la Medicina Interna Chilena

**Prof. Dr. Fernando Mönckeberg Barros**

Premio Nacional de Medicina  
Premio Nacional de Ciencias Aplicadas y Tecnológicas de Chile

**Prof. Dr. Rodolfo Armas Merino**

Premio Nacional de Medicina  
Maestro de la Medicina Interna Chilena

**Prof. Dr. David Lemus Acuña**

Profesor Titular – Universidad de Chile  
Director Programa de Anatomía y Biología del Desarrollo del Instituto de Ciencias Biomédicas  
Presidente del Gabinete Asesor – Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile

**Dra. Emilia Sanhueza Reinoso**

Profesor Asociado – Universidad de Chile  
Asesora – Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile

**Dr. José Miguel Espinoza Rodríguez**

Médico-Cirujano – Universidad de Chile



# REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

*Fundada en el año 2001*

## COMITÉ REVISOR Y ASESOR

### **Dr. Mauricio G. Cereceda Brantes**

Profesor Adjunto – Universidad de Chile.  
Médico Cirujano – Universidad de Chile.  
Especialidad en Medicina Interna – Universidad de Chile.  
Subespecialidad en Cardiología – Universidad de Chile.  
Subespecialidad en Electrofisiología – Universidad de Chile.

### **Prof. Dr. Luis David Lemus Acuña**

Profesor Titular – Universidad de Chile.  
Médico Veterinario – Universidad de Chile.  
PhD en Ciencias – Universidad Complutense de Madrid.  
Director Programa Anatomía y Biología del Desarrollo –  
Instituto de Ciencias Biomédicas.  
Miembro Honorario – Academia Científica de Estudiantes de  
Medicina de la Universidad de Chile.

### **Dra. Laura H. Mendoza Inzunza**

Profesor Asistente – Universidad de Chile.  
Médico Cirujano – Universidad de Concepción.  
Especialidad en Medicina Interna – Pontificia Universidad  
Católica de Chile.  
Subespecialidad en Neumología – Pontificia Universidad  
Católica de Chile.  
Diploma en Educación en Ciencias de la Salud – Universidad  
de Chile.

### **Prof. Dr. Ramón Rodrigo Salinas**

Profesor Titular – Universidad de Chile.  
Químico Farmacéutico – Universidad de Chile.  
Magíster en Ciencias – Universidad de Chile.  
Programa Farmacología Molecular y Clínica – Instituto de  
Ciencias Biomédicas.

### **Dra. Emilia M. Sanhueza Reinoso**

Profesor Asociado – Universidad de Chile.  
Médico Cirujano – Universidad de Chile.  
Magíster en Ciencias Médicas – Universidad de Chile.  
Programa Fisiopatología – Instituto de Ciencias Biomédicas.  
Miembro Honorario – Academia Científica de Estudiantes de  
Medicina de la Universidad de Chile.

### **Dr. Rubén Torres Durán**

Profesor Asociado – Universidad de Chile.  
Médico Cirujano – Universidad de Chile.  
Especialidad en Medicina Interna – Universidad de Chile.  
Subespecialidad en Nefrología – Universidad de Chile.  
Magíster en Ciencias Biomédicas – Universidad de Chile.



# MÉDICOS DE CIENCIA Y CONCIENCIA

Camila Osorio Guaico<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Presidenta ACEM UC. Presidenta IFMSA UC.

“*Scientia, Conscientia et Auxilium*” (Ciencia, Conciencia y Auxilio), es el lema bajo el cual fue fundada la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, con el objetivo de formar médicos de primer nivel, tanto en lo técnico como en lo valórico, pioneros en las ciencias, pero a la vez en la conciencia, es decir en servir al país no solo como profesionales de primer nivel, sino que también como seres íntegros y empáticos con sus pacientes.

Me gusta creer que como comunidad académica no hemos perdido este espíritu, al contrario, que hemos sido capaces de ampliar aún más nuestros métodos de generar conocimientos y por ende nuestro aporte a las más diversas áreas de la medicina e investigación.

El tener una comunidad académica comprometida con la generación de conocimiento determina la búsqueda de la excelencia mediante el desarrollo de un pensamiento analítico, en un ambiente crítico y creativo, impactando positivamente en la docencia, alumnado, calidad de atención de salud, etc.

Una distinción que la misma escuela promueve, es que todo este trabajo sea hecho en estrecha colaboración entre los distintos departamentos de la facultad, con la salud pública y la educación continua de los profesionales, comenzando desde el pregrado. Esta característica destaca en el área de la investigación, tanto biomédica como clínica, donde cada estamento mencionado no sería nada sin la ayuda del otro; existe una cooperación constante entre investigadores, científicos, clínicos y alumnos, donde juega un rol fundamental el nexo formado entre el pregrado y la “gente experta”.

Es aquí donde juega un rol fundamental asociaciones como nuestra Academia Científica de Estudiantes (ACEM UC), quienes no sólo buscamos que sean los propios alumnos los que se muestren deseosos de contribuir al desarrollo científico, sino que además les mostramos al resto de la

Facultad la potencialidad de estos, creamos nexos de comunicación efectiva y promovemos la divulgación científica con énfasis en trabajos del estudiantado.

Si se desea pertenecer a una universidad compleja, que destaque en la generación de conocimiento y en el impacto de este en la población, no podemos dejar ninguno de los estamentos de lado, humano o técnico. Por otro lado, recordar que estamos inmersos en una realidad nacional que muchas veces le ha jugado en contra a la investigación nacional.

Dentro de esto último es que destaca la participación estudiantil de diversas universidades en conjunto, lo cual no hace más que enriquecernos como personas y como sociedades, conociendo distintas realidades; formas de hacer las cosas, motivaciones, logros y metas. Es por esto que destaco la labor que hemos ejercido como Academias Científicas, de la Pontificia Universidad Católica de Chile con nuestro par de la Universidad de Chile (ACEM UChile), quienes, dejando de lado nuestras diferencias, hemos consolidado un proyecto de divulgación y creación científica a nivel nacional, buscando que nuestro país cuente con los mejores futuros profesionales del área de la salud posible; médicos expertos e interesados tanto en lo científico como en lo humano, de ciencia y conciencia.

No por esto nos quedaremos como estamos, hago un llamado a todas y cada una de las universidades que imparten medicina en nuestro país a cuestionarse la forma de realizar ciencia en sus dependencias, a los alumnos a ser entes investigadores activos, a ser proactivos, a agruparse, a solucionar problemas, que, si bien ahora pueden parecer pequeños, el día de mañana les pueden dar la solución a los grandes problemas de salud nacionales.

Finalmente, hacer un llamado a cuestionarse a la vez la realidad nacional en la que nos estamos viendo cada vez más inmersos; por lado nuestra ciencia ha alcanzado niveles

dignos de comparación entre países pares, mientras que por el otro sigue la merma al financiamiento, las dificultades para la futura implementación del Ministerio de Ciencia y Tecnología, el interés poblacional cada vez menor; evidenciado en los ya frecuentes cuestionamientos realizados a la ciencia convencional, aplicando medidas que no solo tienen comprobada su ineffectividad, sino que presentan efectos adversos aún más dañinos que el cuadro que se busca tratar en primer lugar. Se prefiere la mentira bonita a una verdad objetiva desagradable.

Es tarea de nuestra generación (y las futuras) la manifestación de descontento frente a esta realidad; si nuestros profesores pelearon la batalla por la instalación de la ciencia en Chile, es nuestro deber mantenerla y proyectarla aún más lejos. ¿Cómo pretendemos ser médicos de ciencia y conciencia si no tomamos razón del contexto en el cual estamos inmersos? ¿Cómo se puede interpretar que por un lado, cada vez más estudiantes están manifestando un interés en tener un rol participe activo en el desarrollo de las ciencias en sus respectivas casas de estudio, con la contraposición del gobierno de disminuir los fondos estatales para el desarrollo científico? ¿De qué servirán en el futuro instancias de colaboración científica, como el COCEM, si no existirán las plataformas de trabajo o divulgación científica para continuar en este camino profesional? ¿Cómo podemos hacer que el desarrollo científico se haga más plausible a la población general y por ende, cause mayor interés?

Parafraseando a Mario Hamuy, asesor científico presidencial; la ciencia, tecnología y difusión de conocimiento empírico son fundamentales para el desarrollo, no son un lujo de países de primer mundo. Son una necesidad para poder transformar nuestra cultura, las cuales deben ser inculcadas en nuestra población desde temprana edad. Debemos tener una comunidad científica activa, vigorosa y realizando investigación de calidad, necesitamos tener universidades donde se fomente eso, apoyo a la transferencia tecnológica hacia la industria y también un sector productivo que esté dispuesto a utilizar las capacidades en estas áreas, sin dejar de lado la educación a la población sobre la importancia de estos temas.

CASOS CLÍNICOS  
*CIRUGÍA DEL ADULTO*



## REPARACIÓN DE QUEMADURA ELÉCTRICA EN MANO CON COLGAJO DE MCGREGOR. EXPERIENCIA EN HOSPITAL TIPO 2. REPORTE DE CASO.

Gely Andrea Muñoz Bannura, José Luis Román Fernández, Michel Vladimir Olivera Ibarra, Cristian Valenzuela Fabres

**Introducción:** Las quemaduras eléctricas pueden producir daños por diversos mecanismos. La mano es una zona frecuentemente lesionada en este tipo de quemaduras. Su reconstrucción debe incluir procedimientos quirúrgicos que proporcionen una adecuada funcionalidad. **Caso clínico:** Hombre de 41 años, sufre quemadura eléctrica tipo AB-B en ambas manos asociado a síndrome compartimental. La mano y muñeca izquierda evolucionan con profundización de quemadura, lesión de tendones y exposición articular, requiriendo cobertura con Colgajo fasciocutáneo que permite obtener una mano con 100% funcional al año de la cirugía. **Discusión:** Los grandes defectos de la mano son un desafío desde el punto de vista anatómico y funcional. Durante la evaluación inicial del trauma hay que establecer los lineamientos del tratamiento basados principalmente en conservar la mano con pinza móvil y sensible. Dentro de los colgajos a distancia regionales más populares se encuentra el colgajo de McGregor y Jackson, que consta de dos tiempos quirúrgicos y requiere de un prolongado tiempo de inmovilización, sin embargo, dentro de sus ventajas destaca una gran fiabilidad de la técnica, con un pedículo largo y constante, funcionalidad segura y escaso defecto cosmético secundario. En el caso del paciente presentado esta técnica quirúrgica permitió salvar la extremidad y mantener su funcionalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Colgajo inguinal McGregor, Quemadura eléctrica, Mano.

## ABSCESO DEL PSOAS: REPORTE DE UN CASO.

Milenka Gutierrez Bastias, Tamara Robles Pradenas, Claudio Velasquez Silva

**INTRODUCCIÓN:** Se define Absceso del Psoas (AS) como una colección purulenta en el espesor de dicho músculo. Es infrecuente y más prevalente en hombres menores de 20 años. El absceso primario (AP) se origina por una infección por vía hematogena a distancia y el absceso secundario por contigüidad desde una estructura adyacente. El AP suele presentarse en casos de inmunodepresión, lo que permite proliferen bacterias como *Staphylococcus aureus* (SA). **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 42 años, sin comorbilidades, consultó por cuadro de dolor lumbar súbito, intenso, desencadenado por realización de fuerza, con irradiación cervical e impotencia funcional. Al examen destacó ictericia de piel y escleras, fiebre y aumento de parámetros inflamatorios con patrón colestásico en sangre, motivando tratamiento antibiótico empírico intravenoso y hospitalización. Sin embargo, horas después evolucionó con compromiso de conciencia, por lo cual se trasladó a la unidad de cuidados intensivos para manejo y estudio. Tomográficamente destacó trombo en vena cava inferior, derrame pleural y colecciones en ambos Psoas. Hemocultivos fueron positivos para SAMS, por lo cual se cambió antibioterapia a Cloxacilina. Paciente evolucionó estable, por lo cual no fue necesario realizar drenaje, además se inició estudio inmunológico que presentó patrón compatible con síndrome de sobreposición. **DISCUSIÓN:** El tratamiento del AS es el drenaje e inicio precoz de antibioterapia, sin embargo no hay diferencia significativa en la mortalidad, ni recidiva entre el manejo exclusivamente médico y el intervencionista. No obstante existe poca evidencia, por lo cual se reserva tratamiento exclusivamente médico a abscesos pequeños, secundarios a diseminación hematogena.

**PALABRAS CLAVE:** Absceso, Músculos Psoas, Agentes antibacterianos.

## UN RARO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR BENIGNO DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Javiera Sosa Benz, Francisco Dominguez Covarrubias

**Introducción:** Los tumores benignos de la mama son frecuentes en pacientes jóvenes. La histología más frecuentes es el fibroadenoma, pero existen múltiples otras histologías menos frecuentes entre las cuales se encuentra el tumor fibromixoide osificante. **Reporte de caso:** Se presenta el caso de una mujer de 26 años, sin antecedentes mórbidos, con un nódulo palpable de la mama derecha de larga data, que durante el último año aumenta de tamaño, sin otros síntomas asociados. Al examen físico se evidencia nódulo de 4 cms en cuadrante superior externo de la mama derecha, liso, firme e indoloro. La ecotomografía mamaria muestra tumor bien definido de 4 cms y la biopsia core informa un tumor fibroso solitario. Se realiza resección del tumor con una mastectomía parcial, cuya biopsia diferida informa como tumor fibromixoide osificante. **Discusión:** El tumor fibromixoide osificante es una lesión de baja frecuencia, bien definida y rodeada por una capa lamelar de hueso metaplásico. Es inmunorreactiva para S-100 y desmina. Radiológicamente compromete el tejido subcutáneo y tejido conectivo. Se considera un tumor de partes blandas de malignidad intermedia con baja posibilidad de metástasis. Los principales diagnósticos diferenciales de tumor fibromixoide osificante son otros tumores mesenquimáticos. Comparte características histológicas e inmunohistoquímicas con el tumor solitario fibroso, neoplasia benigna poco frecuente, por lo que el diagnóstico diferencial puede ser complejo, como en el caso descrito. El tratamiento sugerido para ambas lesiones es la resección completa del tumor con márgenes de tejido sano negativo y seguimiento.

**PALABRAS CLAVE:** Mama, tumor fibromixoide osificante, tumor fibroso solitario.

## HEMICOLECTOMÍA DERECHA EN CARCINOIDE APENDICULAR CON METASTASIS COLÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Matías Sebastián Toloza Aguayo, Gely Andrea Muñoz Bannura, Felipe Ignacio Valenzuela Acuña, Esteban Rodrigo Matus Muñoz, Hernán Díaz Fuentes, Tomás Roberto Rodríguez Castillo.

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores apendiculares son infrecuentes, suponen el 0.4-1% de los tumores gastrointestinales, siendo el carcinoide el de mayor revalencia (50%). El tumor carcinoide es de origen neuroendocrino y suele ser un hallazgo incidental, detectándose en el 0.9% de las apendicectomías. El comportamiento del tumor depende principalmente de su tamaño y ubicación, que determina la sintomatología y malignidad. **CASO CLÍNICO:** Mujer, 72 años ingresa a urgencias con diagnóstico de apendicitis aguda. Se realiza apendicetomía identificándose masa pétreo de 14mm de diámetro en apéndice de base sana. Cirugía sin incidentes. El estudio histopatológico revela carcinoide apendicular bien diferenciado con infiltración a vasos linfáticos, comprometiendo el borde quirúrgico, por lo que se decide reingresar a pabellón para realizar hemicolectomía derecha, ileostomía de Brooke y fístula mucosa. La biopsia muestra metástasis colónica de carcinoide apendicular bien diferenciado. **DISCUSIÓN:** Los carcinoides apendiculares son diagnosticados habitualmente de forma incidental y cursan con clínica similar a la apendicitis aguda, de ahí la importancia del estudio histopatológico tras toda apendicectomía. El tratamiento quirúrgico depende de su probabilidad de metástasis determinado principalmente por el tamaño tumoral y ubicación. Aquellos menores a 1cm basta con la apendicectomía (0% riesgo de metástasis), los mayores a 2cm requieren de hemicolectomía derecha (30-60% de riesgo). En lesiones de tamaños intermedios sigue habiendo controversia acerca del manejo quirúrgico ya que solo presentan un riesgo de metástasis de 0-11%, y debe considerarse el grado de malignidad e infiltración de la base apendicular, ciego o mesoapéndice para un tratamiento más agresivo como el caso presentado.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoide apendicular, metástasis colónica, hemicolectomía derecha.

## ADENOMA HEPÁTICO ROTO EN PACIENTE CON FIBROSIS HEPÁTICA DE LARGA DATA.

Milenka Gutiérrez Bastías, Tamara Robles Pradenas, Rodrigo Torres-Quevedo Quevedo.

**INTRODUCCIÓN:** Los adenomas hepáticos (AH) son lesiones benignas producidas por proliferación de hepatocitos, sin atipias. Su prevalencia es 0,001%, más frecuente en mujeres jóvenes, siendo raro en hombres. De los AH, el 62% sufre rotura logrando producir shock hemodinámico e incluso la muerte. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 23 años con antecedentes de hipertensión portal (HP) y fibrosis hepática (FH) grado II desde los tres años de edad, consultó en urgencias por dolor epigástrico irradiado a hombro y distensión abdominal. Se realizó Tomografía Axial Computada que mostró lesión hepática quística hipodensa, hemorrágica, de 9.2x9.1x8.2cm con signos de rotura y hemoperitoneo, sin cicatriz central visible. Paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica, se realizó laparotomía exploradora donde se encontró lesión adenomatosa rota y hemoperitoneo de 3700cc, por lo cual se realizó packing hepático y en segundo tiempo retiro de éste. En el postoperatorio se completó estudio con alfafetoproteína normal y patrón inmunológico alterado sugerente de hepatitis autoinmune. Durante hospitalización se mantuvo estable, por lo que se inició estudio para trasplante. **DISCUSIÓN:** Si bien hay correlación entre FH y neoplasia, no se ha logrado establecer la misma analogía con el AH. El tratamiento del AH en pacientes masculinos es siempre la resección del tumor debido al alto riesgo de adenocarcinoma hepático, no obstante, dado el daño hepático del paciente y la HP, se consideró al trasplante como solución definitiva para este caso.

**PALABRAS CLAVE:** Adenoma, Cirrosis Hepática, Hemoperitoneo.

## POLIPO DUODENAL GIGANTE DE RESOLUCIÓN ENDOSCOPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Gely Andrea Muñoz Bannura, Matías Sebastián Toloza Aguayo, Esteban Rodrigo Matus Muñoz, Paula Andrea López Schmied, Juan Carlos Ayala Bohorquez

**INTRODUCCIÓN:** Los pólipos duodenales tienen una prevalencia de hasta un 5%, suelen presentarse asociados a enfermedad poliposa familiar, e infrecuentemente son esporádicos, siendo generalmente asintomáticos y pequeños (<3cm). A continuación, se presenta el caso de un paciente con pólipo duodenal adenomatoso esporádico gigante sintomático, resuelto por vía endoscópica. **CASO CLÍNICO:** Mujer 45 años, sin antecedentes mórbidos consulta por cuadro de tres meses de dolor epigástrico, además refiere un episodio de melena hace 1 mes. Niega baja de peso u otros síntomas. Examen físico incluyendo tacto rectal normales. En los exámenes de laboratorio: hemoglobina 8.4 g/dl, sin otras alteraciones. Se continúa estudio con endoscopia digestiva alta que evidencia pólipo duodenal gigante pediculado de 15cm, telescopado a tercera porción duodenal. La biopsia demostró pólipo adenomatoso no sésil. Colonoscopia normal. Se decide realizar resección endoscópica, resulta sin incidentes, evolucionando favorablemente, asintomática. **DISCUSIÓN:** El sangrado y el dolor abdominal de los pólipos duodenales son complicaciones poco frecuentes, pero deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial. Los adenomas gigantes probablemente solo por su tamaño tienen más susceptibilidad a complicarse. Suelen presentarse como lesiones sésiles, solitarias, entre 60-80 años, aunque se debe considerar en pacientes más jóvenes (como en este caso). El estudio con endoscopia digestiva alta, ayuda al diagnóstico ya que la mayoría de los adenomas de intestino delgado son a nivel duodenal. La literatura indica que el tratamiento actual de los pólipos duodenales grandes mediante extirpación endoscópica final es posible con un aumento mínimo de riesgo y como en este caso, con buenos resultados.

**PALABRAS CLAVE:** Pólipo duodenal gigante, pólipo adenomatoso, resección endoscópica.

## FISTULA GASTRORETROPERITONEAL RESUELTA MEDIANTE GASTRECTOMIA SUBTOTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Emilio José Muñoz Oyarzo, César Gonzalo Gómez Maldonado, Felipe Ignacio Arriaza Agüero, Gonzalo Enrique Pacheco Bengoa, Eduardo Renato Rivas Gutierrez.

**INTRODUCCIÓN:** Las fístulas son comunicaciones anormales entre dos superficies epitelizadas. La fistula gastrointestinal comunica una porción del tubo digestivo con otra porción del mismo, otros órganos, piel o cavidad. Su etiología es variable, generalmente secundario a un proceso inflamatorio. La fistula Gastro-retroperitoneal es sumamente rara y de presentación clínica variable. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 62 años, con antecedente de diabetes mellitus, antecedente quirúrgico de colecistectomía y hemicolectomía derecha hace 20 años por cáncer de colon asociado a quimioterapia-radioterapia. Consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor inmediatamente postprandial epigástrico, de carácter urente irradiado hacia región dorsal baja derecha. Exámenes de laboratorio con elevación de parámetros inflamatorios. Estudio de imagen con tomografía computarizada de abdomen-pelvis informa colección retroperitoneal laminar con comunicación a antro gástrico. Endoscopia digestiva alta informa gastritis crónica y lesión puntiforme en cara posterior de antro gástrico. Tránsito esófago-estómago-duodeno muestra estómago dilatado asociado a escape de contraste hacia posterior a 2 centímetros del píloro. Se decide resolución quirúrgica mediante gastrectomía subtotal y reconstrucción en Y de Roux. En el intraoperatorio se aprecian múltiples adherencias, antro gástrico traccionado hacia posterior y fistula gastro-retroperitoneal de aproximadamente 10 milímetros. Postoperatorio sin complicaciones permitiendo la alimentación por vía oral sin dificultades. **DISCUSIÓN:** Las fistulas gástricas presentan una tasa de resolución espontánea menor al 25% dependiendo de la localización del tramo fistuloso y del débito de la misma. La gastrectomía subtotal continúa siendo el principal modo de resolución, sin embargo la literatura internacional recomienda evaluar caso a caso la correcta forma de abordaje terapéutico.

**PALABRAS CLAVE:** Fístula Gástrica, Gastrectomía, Gastrectomía subtotal

## SÍNDROME DE BOERHAAVE EN PACIENTE CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, REPORTE DE UN CASO

Matías Sebastián Toloza Aguayo, Gely Andrea Muñoz Bannura, Paula Andrea López Schmied, Julieta Soledad Jorquera Fernández, Vanessa Yanet Castro Ojeda, Rodney Stock Lillo

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Boerhaave corresponde a una perforación esofágica espontánea debida al rápido aumento de presión intraesofágica. Representa una causa rara de perforación (6- 32%) con elevada mortalidad (15-66%) y clásicamente cursa con dolor torácico, enfisema subcutáneo y vómitos. Su tratamiento es eminentemente quirúrgico y va a depender del tiempo de evolución, signos de sepsis y disponibilidad de recursos. **CASO:** Hombre de 83 años ingresa con diagnóstico clínico-radiológico de neumonía adquirida en la comunidad. Durante la hospitalización presenta tos emetizante, posterior a lo cual evoluciona con dolor torácico retroesternal y enfisema subcutáneo. Se realiza escáner de cuello y tórax, objetivando una perforación esofágica de tercio medio de 4 cm, sin causa evidente diagnosticándose una perforación esofágica producto de barotrauma. Se decide realizar esofagostomía en asa y yeyunostomía tipo Witzel. El paciente evoluciona favorablemente, actualmente a la espera de reconstitución en un segundo tiempo. **DISCUSIÓN:** La perforación esofágica representa un desafío por su gran variedad de presentaciones clínicas. Solo el 50% de los casos de perforación espontánea presenta la clínica característica y habitualmente ocurre por vómitos, pero podría ocurrir con tos emetizante, por lo que se requiere un alto grado de sospecha para llegar a su diagnóstico precoz y mejorar el pronóstico. El estudio inicial es con radiografía de tórax y esofagograma con bario. El tratamiento quirúrgico se indica ante inestabilidad hemodinámica y/o contaminación a mediastino. Las alternativas quirúrgicas van desde la endoprótesis hasta la esofagectomía, incluyendo la sutura primaria o desfuncionalización esofágica, considerando la experiencia del cirujano y recursos disponibles.

**PALABRAS CLAVE:** Perforación esofágica, síndrome de Boerhaave, esofagostomía.

## MANEJO DE NOUNIÓN INFECTADA CON RESECCIÓN OSEA Y TRANSPORTE OSEO: REPORTE DE UN CASO.

David Ignacio Cortés Parada, Fernando Javier Parraguez Araya, Francisco Javier López Valdivia, Adrian Alejandro Pérez Adasme, Juan Pedro Bergeret Valladares

**INTRODUCCIÓN:** La osteomielitis (OM) corresponde a la infección del tejido óseo. La osteomielitis crónica (OMC) es consecuencia de secuelas de una OM aguda o fracturas (FX) expuestas o infecciones postoperatorias mal tratadas. El proceso se mantiene por presencia de fibrosis que rodea al foco, provocando falta de vascularización. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 44 años con antecedente fractura tibial derecha expuesta (Gustilo III) 2ª a accidente de tránsito hace 2 años, tratada quirúrgicamente con resección ósea e instalación de fijador externo circular, placa de osteosíntesis (OTS) interna y terapia de TO. Paciente no acude a controles posteriores. 2 años después paciente reconsulta por cuadro de caracterizado por impotencia funcional, inflamación y dolor en tobillo derecho. Al examen destaca fístula cutánea y ausencia de fijador. Radiografía: nunión de FX tibial, desteje importante con pérdida de stock óseo (SO) significativo. Placa de OTS in situ. **Diagnósticos:** OMC, Nunión tibial derecha. **Evolución:** Se decide resolución quirúrgica, retiro de placa de OTS, resección ósea del foco y nuevo TO con fijador circular. **DISCUSIÓN:** La terapia de TO con fijador externo es largo, complejo y no exento de complicaciones. FX expuestas con clasificación de Gustilo-Anderson III tienen un 27-43% de riesgo de nunión (IIIA y IIIB respectivamente). La adherencia del paciente es fundamental para evitar complicaciones. Una de ellas es la OMC con DO la cual lleva a labilidad estructural con riesgo de nunión. La base del tratamiento cuando hay pérdida de SO significativo es la resección del foco y la terapia de TO.

**PALABRAS CLAVE:** Osteomielitis, Traumatología, Fractura tibial.

## HERNIA HIATAL POSTERIOR A GASTRECTOMIA TOTAL: REPORTE DE UN CASO

Carolina Cevallos Bravo, Stefan Walkowiak Navas, Erick Castillo Franz

**Introducción:** Chile presenta una de las incidencias y tasa de mortalidad por cáncer gástrico (CG) más altas del mundo. La resección quirúrgica es la opción terapéutica con mayor potencial curativo, siendo de elección el abordaje laparoscópico. La gastrectomía en Y de Roux crea algunos espacios intraabdominales, facilitando la formación de hernias internas. La hernia hiatal (HH) es una rara complicación postoperatoria con manifestaciones clínicas diversas desde disfagia crónica y baja de peso hasta disnea severa e isquemia intestinal, constituyendo en estos casos una urgencia quirúrgica. **Presentación de caso:** Hombre de 55 años, con antecedente de cáncer gástrico avanzado sometido a gastrectomía total laparoscópica, con buena evolución durante 1 año. Consulta en Urgencias por epigastralgia irradiada a región lumbar, asociado a pirosis y regurgitación. Con historia de disfagia de 4 meses y baja de peso. Se realizó tomografía tórax-abdomen-pelvis, estudio contrastado de esófago e intestino y endoscopia digestiva alta. Se descartó recidiva y se evidenció HH con ascenso de la anastomosis esofago-yeyunal y asas intestinales en mediastino. Se realizó cirugía de reparación laparoscópica, donde se observó dilatación del hiato esofágico, asa alimentaria ascendida al mediastino y la entero-entero anastomosis a nivel del hiato. El asa intestinal herniada fue devuelta a la cavidad intestinal y se reparó el defecto diafragmático. Paciente evoluciona favorablemente. **Conclusión:** En pacientes con antecedentes de CG operado con síntomas dispépticos, es mandatorio descartar recidiva, realizando un completo estudio diagnóstico, incluyendo laparotomía exploradora. A pesar de ser una complicación infrecuente, la HH debe ser incorporada dentro de los diagnósticos diferenciales.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer gástrico, Hernia hiatal, Gastrectomía total



## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÍLEO BILIAR: REPORTE DE UN CASO

Pía Fernanda Franz Ruiz, Yerko Leonardo Yaksic Araya, Valentina Grazia Galletti Vernazzani Muñoz

**Introducción:** Patología responsable del 1-4% de casos de obstrucción mecánica, más frecuente en mujeres mayores de 65 años, asociado a una tasa de mortalidad de hasta un 15%. Consiste en una fístula colecisto-entérica, permeable a cálculos, generalmente mayores de 2 cm, que se pueden impactar y generar obstrucción, generalmente a nivel de íleon terminal o válvula ileocecal. **Caso clínico:** Paciente femenina de 56 años, con colelitiasis documentada, consulta al servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución de dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho, sordo, sin irradiación. Asociado a náuseas y vómitos abundantes, sin eliminación de gases ni deposiciones por 36 hrs. Al examen físico presenta distensión abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados, sin irritación peritoneal. Exámenes muestran parámetros inflamatorios elevados, bilirrubina Total 1,26, FA 120, sin otras alteraciones relevantes. TAC abdomen con contraste evidencia signos de obstrucción intestinal y fístula bilio-entérica. Se realiza laparoscopia exploradora, observándose cambio de calibre a 40 cm de la válvula íleo cecal, con cálculo de 3 cm extraído manualmente por enterotomía. **Discusión:** Dada la alta prevalencia de colelitiasis en Chile, el íleo biliar es la tercera causa de obstrucción intestinal alta, si bien es 7 veces más frecuente en mayores de 70 años, es importante considerarlo incluso en mujeres de edad media. El tratamiento se basa en corregir el medio interno, antibiotioterapia y extracción del cálculo, preferentemente en dos tiempos quirúrgicos, dado que se asocia a menor mortalidad (12% versus 20-30%) y menos complicaciones, sin embargo esto sigue siendo una decisión controversial.

**PALABRAS CLAVE:** Colelitiasis, Obstrucción intestinal, Íleo biliar

## MANEJO ACTUAL EN ADENOMA HEPATOCELULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MIGUEL ERNESTO MALDONADO LANG, MARIA FERNANDA LEYTON GUZMAN, CARLOS ALFREDO BRAVO SAN FRANCISCO, ERNESTO JUAN MOLLO ALONZO

**Introducción:** Adenoma Hepatocelular (HCA), raro tumor benigno del hígado, asociado a anticonceptivos orales (ACO), con una Incidencia de 3 cada 100.000 mujeres. Puede ser solitario o múltiple (10-24%), generalmente como hallazgo incidental. El tratamiento quirúrgico es considerado por riesgo de sangrado (21-40%) y transformación maligna (5%). Existen 3 subtipos: HCA Inflamatorio (IHCA), HCA con mutación del HNF-1 $\alpha$  (HNF1 $\alpha$ ) y HCA con activación de  $\beta$ -catenina ( $\beta$ -HCA). Representan el 50%, 40% y 10% respectivamente. **Caso Clínico:** Paciente sexo femenino, 41 años, asmática, pólipo vesicular en control, usuaria ACO, presenta cuadro de malestar digestivo y pirosis. Se diagnostica reflujo gastro-esofágico realizándose tratamiento. Exámenes de laboratorio normales. Ecografía abdominal señala lesión nodular hepática incidental. La Tomografía Axial Computada visualiza nódulo vascularizado a nivel subcapsular (2,7 cm diámetro). Se sigue estudio con Resonancia Magnética (RMN) que señala lesión hiperintensa en T2, diagnosticándose IHCA. Se realiza manejo conservador y suspensión de ACO. No ha presentado cambios en 2 años de seguimiento. **Discusión:** El IHCA puede presentar 10% de mutación  $\beta$ -catenina y riesgo de hemorragia, se asocia con obesidad y consumo alcohol. El Diagnóstico de certeza es por RMN, señalando hiperintensidad en fase T2 y aumento arterial persistente en fase venosa portal. El Manejo depende del sexo, subtipo y tamaño tumoral. En hombres, el tratamiento es quirúrgico por alto riesgo de malignizar. En Mujeres, suspensión de ACO (regresión 79%). Si tamaño es <5 cm. se recomienda seguimiento Ecográfico. Si >5 cm. manejo quirúrgico. Los subtipo  $\beta$ -HCA se extirpan (50% malignización).

**PALABRAS CLAVE:** Neoplasias hepáticas, Adenoma, células hepáticas, manejo conservador.

## ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVANSIVO DE NEUROFIBROMA INTRARAQUÍDEO T3-T4 EN RELOJ DE ARENA.

Claudia Constanzo Valdebenito, Bárbara González Oyarzún, Josefa Romo Bujes, Amanda Gallegos Burgos, Eduardo Lopez Ferrada

**INTRODUCCIÓN:** El neurofibroma se presenta comúnmente como nódulo cutáneo, siendo infrecuente en columna torácica y en ausencia de neurofibromatosis, más aún cuando se presenta como tumor de mediastino posterior en morfología de reloj de arena, una condición que muchas veces requiere abordaje posteroanterior para resección completa, y evitar daño medular. Se presenta un caso infrecuente con resolución quirúrgica mínimamente invasiva. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente autorizó presentación de su caso clínico mediante consentimiento informado. Mujer de 56 años, hipotiroidea, con historia de seis meses de dolor cervical y dorsal alto izquierdo, asociado a astenia. Ingresó con examen físico y parámetros bioquímicos normales, radiografía de tórax evidenció mediastino ensanchado, y opacidad homogénea en relación a T3. Resonancia Nuclear Magnética informó proceso expansivo lobulado intrarraquídeo que emerge y amplía agujero de conjunción T3-T4 izquierdo, en reloj de arena, de 4,6 cm en eje mayor, compatible con Schwannoma. Por abordaje posterior con costotransversectomía T3 y parcial T4, laminectomía T3 y parcial T2-T4, flavectomía y fascetomía izquierdas, se logró exéresis total de gran tumor de mediastino posterosuperior, bajo neuromonitoreo. Biopsia informó neurofibroma y paciente evolucionó con mejoría clínica. **DISCUSIÓN:** El caso presentado pone en evidencia que un tumor intrarraquídeo torácico en reloj de arena puede ser abordado por posterior, con técnica mínimamente invasiva y logrando resección completa. Por otro lado, la histopatología de neurofibroma obliga a descartar neurofibromatosis debido a la infrecuencia de neurofibromas solitarios.

**PALABRAS CLAVE:** Neurofibroma, Columna Vertebral, Procedimientos Neuroquirúrgicos.

## ILEO BILIAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Isidora Flores Barros, Jean Pierre Pichón Moya, Víctor Mauricio Acevedo Bravo, Sebastián Oksenberg Sharim, Erick Magariños Eguez.

**INTRODUCCION:** El íleo biliar corresponde a un tipo de obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre éste y el sistema biliar. Se ha descrito como una complicación rara de coledocistitis que ocurre en el 1-4%. El dolor abdominal y vómito es la presentación clínica más común, pero ésta tiende a ser un poco insidiosa por el efecto de válvula del cálculo. **PRESENTACION DEL CASO:** Mujer de 76 años, sin antecedentes mórbidos. Ingresó por cuadro de 3 días de vómitos biliosos, asociado a dolor abdominal en hipocondrio derecho, asociado a constipación. Examen físico destaca, abdomen blando, depresible, Doloroso en hipocondrio derecho, RHA (+). Ecografía abdominal: signos de íleo de etiología inespecífica y dilatación luminal gástrica inespecífica. TAC de Abdomen: lesión pseudonodular endoluminal a nivel del tercio medio del yeyuno en flanco derecho. Endoscopia digestiva: pangastropatía congestiva aguda y úlcera duodenal con fístula biliodigestiva. Laparoscopia exploradora reveló lesión tumoral yeyunal. Se realiza resección intestinal más anastomosis enteroenteral laparoscópica, al extraer pieza se identifica cálculo biliar. **DISCUSION:** El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar. Constituye una causa de obstrucción intestinal alta difícil de identificar y poco frecuente. Se debe sospechar en nuestro medio por la alta prevalencia de patología biliar, estableciendo diagnósticos diferenciales con otras causas más frecuentes como adherencias, neoplasias (Lipomas, Hemangiomas, GIST, Carcinoides) hernias y cuerpos extraños. Los estudios de imágenes pueden ser inespecíficos, por tanto es muy importante la interpretación clínica.

**PALABRAS CLAVE:** Íleo biliar, obstrucción intestinal, cálculo biliar.

## LUXOFRACTURA POSTERIOR DE HOMBRO: REPORTE DE CASO.

Constanza Andrea Ramos Morales, Ignacia Paola Martínez Madrid, Miguel Eugenio Aros Hormazábal, Milton Eduardo Quijada Goich

**INTRODUCCIÓN:** La luxación glenohumeral posterior (LGHP) es infrecuente, representando un 2-5% del total de las luxaciones glenohumorales. La LGHP suele ser secundaria a trauma de alta energía, shock eléctrico o crisis convulsivas. Del total, el 79% de los casos son mal diagnosticados o de diagnóstico tardío, lo que puede conducir a complicaciones como luxación inveterada, artrosis y necrosis avascular humeral. El objetivo de este caso es saber cómo realizar el estudio diagnóstico ante la sospecha de LGHP, evitando complicaciones mediante un manejo precoz. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 72 años, sexo masculino, consulta por omalgia izquierda de inicio brusco tras dormir de 4 días de evolución, sin antecedente de trauma. Al examen físico destaca dolor, equimosis en cara anteroposterior de hombro izquierdo e impotencia funcional con examen neurovascular normal. Se solicita radiografía y es derivado sin diagnóstico e inmovilizado con el brazo en rotación externa. En el centro de derivación se completa estudio de imágenes, diagnosticándose una luxofractura posterior de hombro izquierdo. Es evaluado por neurología ante posible etiología convulsiva, destacando solamente EEG con lentitud focal temporoparietooccipital derecha sin actividad irritativa. Considerando el tiempo de evolución y el grado de compromiso de la cabeza humeral se realiza una artroplastía total reversa de hombro izquierdo con evolución favorable. **DISCUSIÓN:** La LGHP es infrecuente, pero debe conocerse para realizar un diagnóstico precoz con un tratamiento adecuado y evitar complicaciones. Pese a no haber encontrado una etiología clara, la solicitud de imágenes adecuadas a tiempo hubiese evitado el retraso diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** Dislocación de hombro, Articulación Glenohumeral, Lesiones de Hombro.

CASOS CLÍNICOS  
*MEDICINA DEL ADULTO*



## ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA: SOSPECHA Y DIAGNOSTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Paula Francisca Cortés Abarca, Konstanze Aloise Raquel Berholz Villafañe, Alexa Marion Marholz Mendez, Daniela Paz Valenzuela Rivas, Marisol Bustos Medina

**Introducción:** La espondilodiscitis infecciosa corresponde a una patología poco frecuente que afecta tanto a los cuerpos vertebrales como a los discos intervertebrales, la vía de infección más frecuente es la hematógena y es producida en el 50% de los casos por *S. Aureus*. **Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino de 47 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2 con mal control metabólico, hipertensión y obesidad. Consulta en servicio de urgencias (SU) por cuadro de tres días de evolución caracterizado por dolor lumbar bilateral de inicio súbito de carácter inflamatorio EVA 10/10 irradiado a muslo izquierdo, asociado a síntomas urinarios bajos y fiebre objetivada de 39 C, paciente es hospitalizada en HFB. Exámenes relevantes al ingreso: glicemia 332, BUN 23.3, crea 1.44, examen de orina GR: 5-10, leucocitos: 5-10, bacterias abundantes, proteiunuria +++, glucosuria ++. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona por sospecha de pielonefritis aguda, pero se obtiene urocultivo negativo. Se realiza PieloTAC en busca de litiasis: se descarta listiasis, hallazgos altamente sospechosos de espondilodiscitis L2-L3 con signos que sugieren una colección extendida al psoas izquierdo. Se escala tratamiento a clindamicin + tazonom. Con la nueva terapia se observa mejoría clínica de la paciente y disminución de parámetros inflamatorios. **Discusión:** El diagnóstico de la espondilodiscitis infecciosa requiere un alto índice de sospecha, rara vez se incluye dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor lumbar, debería ser siempre estudiado en paciente con clínica y laboratorio sugerente y factores de riesgo. Uno de sus principales diagnósticos diferenciales es la pielonefritis aguda.

**PALABRAS CLAVE:** Dolor lumbar, inflamación, espondilodiscitis.

## SÍNDROME CARCINOIDE (SC) COMO MANIFESTACIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO (TNE) DE ÍLEON: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marinka Ljubica Gladić Romero, Alex Gabriel Muñoz Olivares, Karla Andrea Cabrera Tabilo, Sophia Anaís Alquinta López, Iván Avilés Méndez, Angela Carolina Estay Rodríguez

**INTRODUCCIÓN:** El SC es la manifestación clínica inicial en 1/3 de los tumores neuroendocrinos. Mediado por la síntesis de aminas, polipéptidos y prostaglandinas, se caracteriza por presentar una sintomatología florida, siendo el flushing su sello distintivo. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre, 57 años, hipotiroideo e hipertenso, refiere larga data de episodios recurrentes de flushing, palpitaciones y diaforesis, siendo súbitos, autolimitados (25-30 minutos), desencadenados con alimentos, alcohol y estrés. Policonsultante en Servicio de Urgencias (SU), sin hallar diagnóstico. Desarrolla trombosis venosa profunda bilateral de extremidades inferiores, indicándose Rivaroxaban (20 mg diarios por 6 meses). Ingresa nuevamente al SU por disnea, flushing, palpitaciones, diaforesis y vómitos. Evoluciona con compromiso respiratorio y de conciencia, manejándose 48 horas en Unidad de Cuidados Intermedios. Tomografía Computada (TC) tórax-abdomen-pelvis contrastada evidencia lesiones hepáticas sospechosas de neoplasia. Evoluciona favorablemente, iniciando estudio ambulatorio por hallazgo imagenológico. Tomografía con emisión de positrones (PET)/TC: múltiples lesiones hepáticas hipocaptantes a fluorodesoxiglucosa. Biopsia hepática: Inmunohistoquímica confirma metástasis secundarias a TNE bien diferenciado. Ácido 5-hidroxiindolacético urinario elevado (1.275,3 mg /24 horas) confirma TNE productor de serotonina. PET/CT Galio68-DOTATATE localiza TNE ileal. Inicia Octreotide, 20 mg intramuscular mensual, logrando buen manejo sintomático. Ecocardiograma evidencia cardiopatía carcinoide. Actualmente mantiene control Oncológico mensual, TC comparativos muestran progresión imagenológica después de 15 meses de tratamiento, ameritando iniciar Everolimus. **DISCUSIÓN:** Análogos de Somatostatina son la primera línea de tratamiento, para control sintomático y de crecimiento tumoral, en pacientes con enfermedad sintomática irrecable. Al detectar la presencia de receptores de Somatostatina, PET/CT Galio68-DOTATATE permite predecir una respuesta terapéutica favorable.

**PALABRAS CLAVE:** Tumor carcinoide, síndrome carcinoide maligno, enfermedad cardiaca carcinoide.

## VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS CON TINCIÓN PERINUCLEAR, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Paula Francisca Cortés Abarca, Konstanze Aloisa Raquel Bergholz Villafañe, Alexa Marion Marholz Mendez, Daniela Paz Valenzuela Rivas, Marisol Bustos Medina

**INTRODUCCIÓN:** Las vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA), suelen presentar inflamación de la pared de vasos pequeños y mediano calibre, pudiendo comprometer múltiples órganos. Dentro del estudio, existen dos patrones de tinción; citoplasmático y perinuclear. Este último suele asociarse a Granulomatosis con poliangeitis (GPA), y sus manifestaciones más frecuentes ocurren en el síndrome Riñón-Pulmón. Los diagnósticos diferenciales son tuberculosis y Neumonía. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente sexo masculino, 69 años, con antecedentes de limitación crónica del flujo aéreo, sin hábito tabáquico. Presenta cuadro de una semana de evolución caracterizado por poliartralgias y astenia. Examen físico sin hallazgos. Laboratorio destaca: Hb 9.1, leucocitos 19000, PCR 287, Creatinina 7,52, orina completa: hematuria dismórfica, cilindros hialinos (+). Durante hospitalización evoluciona con hemoptisis, descartándose Tuberculosis mediante cuantiferón y 2 baciloscopías negativas. Tomografía de Tórax-Abdomen-pelvis evidenció múltiples focos de condensación en parénquima pulmonar compatibles con hemorragia alveolar. Se plantea Síndrome riñón-pulmón, continuando su estudio con C3 y C4 bajos, Ig normales, ANA (-), ENA (-), Anti PR3 (+), FR (+), AntiCCP (-). Se diagnostica Vasculitis ANCA PR3 iniciando tratamiento con Metilprednisolona y ciclofosfamida, evolucionando con mejoría de función renal y respiratoria. Actualmente se mantiene esquema con prednisona 1mg/kg/día y ciclofosfamida. **DISCUSIÓN:** Se establece el diagnóstico de GPA con 2/4 criterios: inflamación nasal u oral; imagen torácica con nódulos, infiltrados fijos o cavitaciones; hematuria; inflamación granulomatosa en biopsia arterial o perivascular. Actualmente se agrega ANCA (+). Este caso cumple los criterios de GPA con compromiso riñón-pulmón y articulaciones. Presentando adecuada respuesta a tratamiento inmunomodulador.

**PALABRAS CLAVE:** Vasculitis, Granulomatosis con poliangeitis, Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).

## ARTRITIS SÉPTICA GONOCÓCICA BILATERAL: REPORTE DE UN CASO

Constanza Belén Vicencio Orellana, Walter Francisco Araos Silva, Javier Andrés Farías Gunaris

**Introducción:** La artritis séptica es una emergencia médica que implica infección articular con capacidad de producir rápida y temprana destrucción del cartílago articular con repercusiones funcionales ulteriores. **Presentación del caso:** Hombre de 59 años, sin antecedentes traumáticos, consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor en ambas rodillas, primero en la derecha y luego izquierda, EVA 10/10, sin irradiación, asociado a imposibilidad para la marcha y sensación febril. Al examen físico, ambas rodillas presentan aumento de volumen, dolor a la palpación y flexión, calor y eritema local. Artrocentesis revela líquido articular turbio de color amarillo, se solicita bioquímica y citología, obteniendo proteínas 4,17 gr/dl, glucosa 32 mg/dl, eritrocitos 100.000/mm<sup>3</sup>, leucocitos 30.240/mm<sup>3</sup>, polimorfonucleares 98,2%. Se diagnostica artritis séptica bilateral y se realiza aseo quirúrgico en pabellón con suero fisiológico en ambas rodillas. Se indicó tratamiento antibiótico cloxacilina y ceftriaxona. El informe anatomo-patológico de partes blandas reveló infiltrado inflamatorio crónico y agudo, linfocitario con polimorfonucleares. El paciente refirió tener relaciones sexuales de riesgo hace unas semanas, el cultivo resultó positivo para *Neisseria gonorrhoeae*. Luego de 10 días de hospitalización, el paciente no refirió dolor de rodillas en reposo ni a la movilización. **Discusión:** La lesión infecciosa de la cavidad articular puede producirse por vía hemática, inoculación o por contigüedad. Las principales secuelas en los pacientes con artritis séptica corresponden a dolor debilitante, limitaciones del rango articular y artrosis, en este caso, estas secuelas no estuvieron presentes.

**PALABRAS CLAVE:** Artritis Séptica, *Neisseria gonorrhoeae*, Rodilla.

## MIELITIS TRANSVERSA ASOCIADA A EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Constanza Belén Vicencio Orellana, Jesús Alberto Armando Nelson García Godoy, Daniel Eduardo Zelada Barraza, Oswaldo Enrique Rodríguez Peñaherrera,

**Introducción:** La mielitis transversa (MT) es un proceso inflamatorio del cordón espinal. Se han reportado pocos casos de MT asociada a embarazo. **Presentación del caso:** Mujer de 35 años, multípara de 2, cursando embarazo de 24 semanas, con antecedentes de Virus Herpes Zoster tratado con Aciclovir hace una semana, consulta por dificultad de la marcha e incontinencia urinaria, asociado a dolor intenso lumbar y de extremidades inferiores (EEII). Al examen la paciente estaba vigil, orientada temporo-espacialmente, coopera, lenguaje fluente, pares craneales sin alteraciones, en lo motor tiene una paraparesia severa asimétrica mayor a izquierda, con reflejos osteotendíneos exaltados y presencia del signo de Babinsky positivo bilateral. En la sensibilidad presenta un nivel hipostético de T10 a distal con alteración termalgésica y propiocepción. El estudio dirigido con TAC de columna dorsal no reveló alteraciones, pero sí la Resonancia Magnética medular dorsal con edema y algunos cambios de continuidad en T2, sin refuerzo de gadolinio. Se inició tratamiento con Metilprednisolona 1 gr endovenoso por 5 días. Pruebas de VDRL, VIH, Hepatitis B y C, y estudio inmunológico fueron negativas. El caso queda como una MT de causa no determinada. Paciente estuvo hospitalizada por 4 meses por su embarazo, en constante observación con matrona, se le realizó cesárea a las 37 semanas de gestación. El neonato no presentó complicaciones. **Discusión:** El pronóstico de MT es variable, un tercio mejora, un tercio no mejora, y un tercio queda con secuelas motoras severas. En este caso, la paciente logró movilizar las EEII después de 5 meses del inicio del cuadro.

**PALABRAS CLAVE:** Mielitis Transversa, Embarazo, Herpes Zóster.

## HIPOKALEMIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO COMO MANIFESTACIÓN DE UN SÍNDROME DE CUSHING SECUNDARIO A SECRECIÓN ECTÓPICA DE ACTH.

Waldo Mauricio Franelich Bascuñán , Camila Paz González Rodríguez , Cristián Alonso Curihuan Minieri , Mery Grassau Aguirre , Nelson Meléndez Meza , Omar Vega Alvarez

**Introducción:** La secreción ectópica de corticotropina (ACTH) es responsable de alrededor del 15% de los casos de Síndrome de Cushing (SC), siendo los tumores neuroendocrinos (TNE) su principal etiología. **Presentación del caso:** Mujer de 56 años con antecedente de tabaquismo crónico (IPA 41) acude a servicio de urgencia por tos con expectoración purulenta y sensación febril. Examen físico destaca por: fascie cushingóide, debilidad muscular proximal y obesidad centrípeta. Laboratorio de ingreso: glicemia 385mg/dL; Na+ 132 mEq/L; K + 2.04 mEq/L; Cl- 77 mEq/L; pH 7.516; HCO<sub>3</sub>- 43 mEq/L y EB 16.8. Paciente evoluciona con marcada refractariedad a corrección de hipokalemia, manejándose con múltiples cargas de potasio endovenoso y dosis crecientes de potasio oral, presentando empeoramiento de alcalosis metabólica. Ante sospecha de hiperaldosteronismo primario, se solicitan: Actividad Renínica Plasmática (ARP), Aldosterona plasmática (AP) y Tomografía Computada (TC) de abdomen y pelvis con protocolo de suprarrenales. Niveles de ARP Y AP descartan hipótesis. Sin embargo, TC muestra imágenes sugerentes de metástasis en parénquima hepático. Se solicitan niveles de cortisol libre urinario y ACTH plasmática, resultando estos elevados. Se realiza biopsia de lesión hepática, la que informa la presencia de carcinoma pulmonar de células pequeñas, con lo que se plantea como diagnóstico un TNE productor de ACTH de origen pulmonar. **Discusión:** El diagnóstico de un SC secundario a secreción ectópica de ACTH es un desafío, considerando su heterogeneidad histo-localizatoria. En ese sentido, teniendo presente que su ubicación más frecuente es la intratorácica, recomendamos realizar un TC tórax con contraste como parte de su estudio.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Cushing, Tumor neuroendocrino, Hipokalemia.

## GRANULOMATOSIS DE WEGENER: REPORTE DE CASO

Iván Osvaldo Roa Aravena, Nicolás Eduardo Fernández Barra, Tamara Cecilia Jiménez Sandoval, Mauricio Eduardo Sandoval Saavedra, Sergio Andrés Varas Lobo, Horacio Ernesto Díaz Rubio

**INTRODUCCIÓN:** La Granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis granulomatosa necrotizante que afecta los vasos de pequeño y mediano calibre. Se manifiesta con síntomas pulmonares y renales. Tiene un curso variable. Laboratorio, imágenes e histología son la base del diagnóstico. El tratamiento consiste en corticoides en altas dosis e inmunosupresores. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino de 31 años sin antecedentes mórbidos ni hábitos tóxicos. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de poliartralgias simétricas asociado a lesiones purpúricas en extremidades inferiores y uveítis. Previamente consultó por rinorrea, otalgia e hipoacusia en oído izquierdo. El laboratorio mostró hematocrito y leucocitos normales, con elevación de parámetros inflamatorios. Orina completa: hematuria, proteinuria y rouleaux (++) . Anticuerpos: ANA y ANCA-C positivos, con complemento normal. Se inició terapia con corticoides en dosis altas disminuyendo los síntomas. En control se evidenció elevación de creatinina, decidiendo hospitalizar para manejo con corticoides, inmunosupresores e inmunoglobulina endovenosa. **DISCUSIÓN:** Las manifestaciones iniciales de la GW son inespecíficas. Sin embargo, la evolución y hallazgos de laboratorio permiten acotar los diagnósticos diferenciales. El compromiso pulmonar y renal asociado a ANCA-C es muy específico. Las manifestaciones van desde leves y progresivas hasta formas severas con insuficiencia respiratoria y glomerulonefritis rápidamente progresiva, por lo que el diagnóstico histológico no debe retrasar el inicio del tratamiento. El manejo consiste en una remisión de la fase aguda y terapia de mantención. El pronóstico del paciente depende de la precocidad del tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Vasculitis, Granulomatosis de Wegener, Glomerulonefritis.

## SÍNDROME DE STIFF PERSON: REPORTE DE UN CASO

Carlos Fernando Soto Vidal , Jesús Alberto Armando Nelson García Godoy, Felipe Mauricio Gallardo Fuentes, Jorge Andres Godoy Aros

**INTRODUCCION:** El síndrome de Stiff person (SPR) es una patología neurológica de origen autoinmune por anticuerpos anti-GAD, muy infrecuente. Se han descrito alrededor de 250 casos descritos a nivel internacional hasta el 2009. La clínica se caracteriza por una rigidez fluctuante de la musculatura axial y extremidades asociada a espasmos. El análisis imagenológico y del líquido cefalorraquídeo (LCR) son normales. La electromiografía muestra actividad continua con fasciculaciones y fibrilaciones. El pronóstico es incierto, y se han asociado complicaciones de la marcha, disfagia y trastornos psiquiátricos por la invalidez. **PRESENTACION DEL CASO:** Paciente sexo femenino de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. El 2015 inicia rigidez de rodillas asociada a gonalgia bilateral. El 2016 inicia cuadro en ambas extremidades inferiores caracterizado por rigidez, disminución de fuerza y limitación de flexo-extensión en tobillos y rodillas. La electromiografía concluyó patrón de activación muscular agonista-antagonista y la resonancia magnética sin alteraciones que explicaran el cuadro. Meses después ingresa a unidad de cuidados intensivos por crisis mioclonicas con rigidez de extremidades y tronco, se indicó benzodiacepinas controlando el cuadro, al egreso se inicia tratamiento con inmunoglobulina G con buena respuesta clínica. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con altas dosis de baclofeno y diazepam al día, logrando flexo-rotación de cadera, sin somnolencia ni crisis mioclónicas. **DISCUSIÓN:** El SPR es una patología de difícil diagnóstico, pronóstico variable y es diagnóstico de exclusión de rigidez, Un manejo adecuado con inmunoglobulinas y agonistas gabaérgicos brinda mejor calidad de vida y evita complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Autoinmune, Neurología, Rigidez Muscular.



## MIOCARDIOPATÍA TIROTÓXICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gonzalo Andrés Vera Santis, Sebastián Felipe Vargas Baeza, Juan Ignacio Alvarado Villarroel, Jorge Pedro Parada Escobar, Jorge Orlando Mandiola Ovalle

**INTRODUCCIÓN:** El hipertiroidismo se estima que afecta al 2% de la población. Uno de los principales sistemas afectados por esta patología es el cardiovascular. La miocardiopatía tirotóxica es una complicación amenazante, que aumenta el riesgo de discapacidad y mortalidad. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 36 años, con antecedentes de Enfermedad de Graves tratada con propiltiouracilo desde hace 2 años. Consulta por cuadro progresivo de un mes de evolución de temblor fino, diaforesis y disnea de esfuerzo. Se aumenta dosis de propiltiouracilo, se inicia propranolol, pero cuadro no cede. Evolucionan con taquicardia en contexto de fibrilación auricular, ingurgitación yugular, bocio difuso, congestión pulmonar, derrame pleural derecho, ascitis moderada y edema de extremidades inferiores. Al laboratorio destaca TSH <0.005 mUI/L, T4L 5.2 ng/dl, T3 3.1 ng/ml. Ecocardiograma evidencia aurícula y ventrículo izquierdos dilatados, FE 47% y reflujo mitral leve. Ingresa a unidad de cuidados intermedios, manejado con furosemida, tiamazol, bisoprolol y digoxina. Mejora progresivamente, desapareciendo sintomatología, dada de alta a la semana de hospitalización. Control posterior se encuentra asintomática, normocárdica, en ritmo sinusal. Se mantiene tiamazol durante algunos meses y luego, se indica ablación con radioyodo. **DISCUSIÓN:** La tirotoxicosis produce importantes alteraciones en el sistema cardiovascular, donde la miocardiopatía tirotóxica alcanza un 20% de mortalidad. Un 47% de los pacientes presenta disfunción sistólica del ventrículo izquierdo y un 6% insuficiencia cardíaca congestiva con fibrilación auricular concomitante en un 94% de ellos. En ausencia de enfermedad cardíaca subyacente, la cardiomiopatía se resuelve cuando el hipertiroidismo es tratado.

**PALABRAS CLAVE:** Hipertiroidismo, Miocardiopatías, Enfermedad de Graves

## SÍNDROME ANTISINTETASA: REPORTE DE CASO EN EL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX.

María José Vergara de Caso, Fernanda Valenzuela Iturriaga, Cristina Mayol Suarez, Martín Vidal Castillo, Vicente Parada Aguirre, Eduardo Vergara Llanos

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome antisintetasa (SA) es la asociación de miopatía inflamatoria idiopática (MII), enfermedad pulmonar intersticial, artritis no erosiva y la presencia de anticuerpos anti-treonil-tRNA-sintetasa-7 (anti-PL7). Esta patología, forma parte de las MII, que según los anticuerpos involucrados, presentan distintas manifestaciones clínicas. La incidencia, etiología y patogenia son aun desconocidas, debido al escaso reporte de casos en la literatura. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 56 años, trabajadora en minería, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de tres años de tos crónica fluctuante con expectoración y disnea de moderados esfuerzos con múltiples consultas ambulatorias sin mejoría clínica. Se realiza tomografía axial computada de tórax compatible con enfermedad pulmonar intersticial por lo que es derivada a centro de mayor complejidad. Se solicitaron pruebas funcionales: patrón restrictivo moderado, capacidad de difusión disminuida, test de marcha sin alteraciones y anticuerpos antinucleares positivos. Se indica alta médica sin diagnóstico claro ni tratamiento. Reingresa un año después por progresión del cuadro asociado a debilidad muscular proximal e hiperqueratosis interdigital. Se solicita panel de miositis, anti-PL7 y anticuerpos anti KU que resultan positivos, realizándose el diagnóstico de SA. Se inició tratamiento con corticoterapia y micofenolato, con buena evolución. **DISCUSIÓN:** El SA es poco común y requiere de alta sospecha clínica, sobre todo en una mujer que presenta una clínica compatible con una enfermedad del mesénquima. Las diversas manifestaciones que pueden presentarse en las MII, hacen necesario el realizar un panel de anticuerpos para determinar la patología específica, iniciar tratamiento y conocer el pronóstico.

**PALABRAS CLAVE:** Miopatías inflamatorias idiopáticas, treonil tRNA sintetasa, enfermedad pulmonar intersticial

## NEUROPATÍA HEREDITARIA CON SUSCEPTIBILIDAD A LA PARÁLISIS POR PRESIÓN (NHPP): PRESENTACIÓN DE UN CASO

DIEGO BARRUETO CATALÁN, CATALINA PIÑONES KRAMM, PEDRO MORALES CÁCERES, GONZALO ULLOA VALENZUELA, LAURA CAMPOS DEPIX, MARIO RIVERA LAM

**INTRODUCCIÓN:** La NHPP es un trastorno genético de herencia autosómica dominante que afecta principalmente a la mielina de los nervios periféricos. La mayoría de los casos están asociados con la delección de la región 17p11.2 del gen que codifica la creación de una proteína periférica de la mielina (PMP22). La prevalencia actual es desconocida debido a que es una enfermedad infradiagnosticada, pero las estimaciones varían entre 1/20.000 y 1/50.000. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 72 años, con antecedentes de hipotiroidismo e hipertensión arterial. Es derivada a servicio de neurología por cuadro progresivo de caídas frecuentes, asociado a debilidad de ambas extremidades inferiores. Al examen neurológico, fuerza revela paresia a la dorsiflexión M0 en ambos pies, hipoestesia en territorio peroneo bilateral y atrapamiento mediano con Tinel y Phalen (+). Durante hospitalización se solicita estudio de laboratorio completo con resultados normales, electromiografía concordante con polineuropatía desmielinizante crónica, se realiza punción lumbar que no revela disociación albuminocitológica esperable para tal condición. En base a historia clínica y hallazgos electrofisiológicos se sospecha cuadro de NHPP, solicitándose biopsia de nervio sural y estudio genético de PMP22, los que confirmaron el diagnóstico. Se indicó alta médica sin tratamiento específico, continuando controles de forma ambulatoria. **DISCUSIÓN:** NHPP es una enfermedad infradiagnosticada que puede pasar desapercibida simulando una simple neuropatía compresiva. Un riguroso estudio neurofisiológico es fundamental para llevar a cabo una hipótesis diagnóstica, así como para orientar el posterior estudio genético. Actualmente no existe un tratamiento curativo, las terapias buscan el alivio de los síntomas y los episodios recurrentes.

**PALABRAS CLAVE:** Neuropatía, parálisis, electromiografía

## ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE UBICACIÓN INFRECUENTE: SEGUNDO EPISODIO.

Valentina Constanza Sepúlveda Vergara, Pavan Manohar Dadlani Mahtani, Nicolás Eduardo Fernández Barra, Ivania Valesca Tambley Caris, Horacio Ernesto Díaz Rubio, Sergio Andrés Varas Lobo

**INTRODUCCIÓN:** La endocarditis es una infección de la superficie endocárdica del corazón. Se caracteriza por la formación de vegetaciones constituidas por plaquetas, fibrina, microorganismos y células inflamatorias. La vía de entrada de los microorganismos es diversa. La fiebre es el síntoma más frecuente. En un paciente con sospecha clínica el diagnóstico se realiza con hemocultivos y ecocardiografía. El tratamiento consiste en la erradicación completa del microorganismo infectante. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino de 64 años con antecedentes de diabetes mellitus 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA) y reemplazo de válvula pulmonar con prótesis biológica hace ocho meses por endocarditis infecciosa (EI). Consulta en el servicio de urgencia por cuadro de 4 días de evolución de compromiso del estado general (CEG) y fiebre. Al examen se evidencia hipotensión y soplo holosistólico V/VI auscultable en los 4 focos. Se ingresa a unidad de paciente crítico (UPC) por sospecha de EI. Evoluciona con compromiso respiratorio agudo. Ecocardiograma transtorácico (ETT) muestra engrosamiento importante de velos de válvula pulmonar y precozmente se aíslan 5 hemocultivos positivos para *Staphylococcus Aureus* Meticilino Sensible (SAMS). Tras dos semanas de manejo en UPC y ante necesidad de ecocardiograma transesofágico (ETE) y de resolución quirúrgica por el alto riesgo embólico se deriva a hospital de mayor complejidad. **DISCUSIÓN:** La EI de válvula pulmonar aislada es poco frecuente. Sus antecedentes y la aparición de un nuevo soplo fueron fundamentales para la sospecha diagnóstica. En afectación de cavidades derechas el diagnóstico definitivo podría ser realizado sin necesidad de ETE.

**PALABRAS CLAVE:** Endocarditis infecciosa, válvula pulmonar, *Staphylococcus Aureus*.

## FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CRIPTOGÉNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastian Felipe Vargas Baeza, Gonzalo Andrés Vera Santis, Cristian Fernando Salas Ahumada, Jorge Pedro Parada Escobar, Jorge Orlando Mandiola Ovalle

**Introducción:** Foramen oval permeable (FOP) es una alteración cardíaca que se encuentra en el 25% de la población general. Se describe una asociación de hasta un 50% entre el accidente cerebrovascular (ACV) criptogénico, que es aquel ACV sin causa identificable, y FOP, pero permanece incierta la relación exacta, y asimismo el mejor tratamiento. **Presentación del Caso:** Hombre de 62 años, con antecedentes de Insuficiencia Venosa Severa, Tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda a repetición. El 2014 se estudia cefalea intensa con Tomografía Computada y se diagnostica ACV Isquémico. En búsqueda etiológica mediante ecocardiograma transesofágico (ETE) se detecta FOP. En junio de 2016 ingresa a Unidad Coronaria para resolución quirúrgica de FOP, que se desarrolla sin inconvenientes. Evoluciona favorablemente y es dado de alta al tercer día. **Discusión:** Existen muchos estudios que demuestran una clara asociación entre FOP y ACV, sin embargo, hay poca evidencia que el FOP sea causa directa de ACV criptogénico. Debido a la fuerte asociación entre FOP y ACV criptogénico se necesita identificar de mejor manera las características clínicas cuando se presentan estas dos entidades y así establecer el manejo más adecuado. Pese a lo anterior, el ETE con contraste sigue siendo la primera línea de investigación ante la sospecha. El tratamiento se basa en el cierre quirúrgico del FOP y terapia médica para reducir la formación de coágulos. Distintos estudios muestran que existe un leve beneficio al ofrecer el cierre percutáneo por sobre la terapia médica, sin embargo, aún faltan estudios que sustenten esta base.

**PALABRAS CLAVE:** Foramen oval permeable, Accidente cerebrovascular, Criptogénico

## ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN HOMBRE ADULTO INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eliseo Andrés Fuentes Foncea, Rodrigo Tomás Martínez Hernández, Kevin Gichen Lee Angulo, Eduardo Alejandro Chinchón González, Francisca Dayane Lavín Flores

**Introducción:** Listeria monocytogenes es un patógeno alimentario y zoonótico poco frecuente en la población general, pudiendo afectar diferentes sistemas y parénquimas, desarrollando infecciones graves en adultos mayores, diabéticos, embarazadas e inmunodeprimidos. Su manifestación inicial se superpone con múltiples infecciones, pudiendo desencadenar neumonías, bacteriemias, meningitis y romboencefalitis; las cuales repercuten en los síntomas finales, la urgencia terapéutica y el pronóstico individual. **Reporte de caso:** Paciente sexo masculino, 43 años y sin antecedentes mórbidos. Consulta en urgencia por cuadro de tres días de evolución con fiebre, cefalea y dolor lumbar progresivo; ingresando polipneico, normotenso y eucárdico, con exámenes, destacando únicamente parámetros inflamatorios elevados y hemocultivos periféricos pendientes. Ingresando a servicio de medicina, con compromiso progresivo de conciencia, ataxia, dismetría y rigidez de nuca; realizándose un test de ELISA para virus de inmunodeficiencia humana(-), una punción lumbar con glucosa: 5mg/dl, proteínas: 354mg/dl, leucocitos: 300(80% Mononucleares), con cocos y bacilos gram(+) y el hemocultivo con desarrollo de bacilos gram(+). El paciente mejora su estado de conciencia al 5to día de tratamiento sinérgico de ampicilina con gentamicina, presentando dismetría secuencial al momento del egreso. **Discusión:** La meningoencefalitis por listeriosis posee una mortalidad entre el 27-50% y la romboencefalitis es la de peor pronóstico. El último aumento de la incidencia de listeriosis, nos obliga a sospecharla en pacientes sin factores de riesgo, ni compromiso inmune, cuando presentan una clínica compatible. Finalmente, el inicio precoz de antimicrobianos adecuados, disminuye sustancialmente la mortalidad y las complicaciones, llegando a dejar mínimas secuelas clínicas en diferentes grupos de pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** Meningoencefalitis; Listeria monocytogenes; Inmunocompetencia

## SÍNDROME DE TAKO-TSUBO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Miranda Sotelo, Héctor Córdova Jadue, Gabriela Flores Balter, Alessandra Chiti Morales, Ricardo Villalobos Navarro

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Tako-Tsubo (STT) se caracteriza por dolor torácico agudo, alteraciones electrocardiográficas y elevación de biomarcadores; siendo así un importante diagnóstico diferencial de síndrome coronario agudo (SCA). Su principal diferencia radica en el estudio coronariográfico, donde no se observan lesiones evidentes en las arterias coronarias, describiéndose clásicamente balonamiento apical transitorio en ventriculografía. Se presenta caso de STT. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino de 59 años de edad, con antecedentes de menopausia y tabaquismo (IPA 12 paquete/año). Presenta cuadro de opresión retroesternal de gran intensidad, irradiado a mandíbula. Se solicitan exámenes donde destaca: Electrocardiograma con inversión simétrica de onda T en V4 - V6, aVL, DI y elevación de biomarcadores cardiacos. Se interpreta inicialmente como SCA sin elevación del segmento ST, y se comienza terapia médica. Durante hospitalización presenta nueva elevación de biomarcadores, por lo que se realiza coronariografía que no muestra lesiones significativas en arterias coronarias epicardicas, destacando en ventriculografía imagen de balonamiento apical con función sistólica levemente disminuida. Interpretándose como STT. Por buena evolución clínica, se da de alta. A los 6 meses se realiza ecocardiograma de control, que no muestra alteraciones en motilidad. **DISCUSIÓN:** El STT es un diagnóstico diferencial poco conocido de dolor torácico agudo, en la literatura no se han descrito hallazgos electrocardiográficos o de laboratorio que permitan diferenciarlo del SCA, por lo que el estudio coronariográfico y ecocardiográfico representa parte del estudio fundamental. Concordante a lo presentado en este caso, cabe señalar que el seguimiento apoyará al diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Tako-Tsubo, Síndrome Coronario Agudo, Dolor torácico.

## SÍNDROME PARANEOPLÁSICO (SP) EN PACIENTE CON CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS PEQUEÑAS (CPCP): REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Vicente Javier Parada Aguirre, María José Vergara de Caso, María Cristina Mayol Suárez, Martín Ignacio Vidal Castillo, Fernanda Valenzuela Iturriaga, Paulina Lorena Silva Toledo

**INTRODUCCIÓN:** El CPCP es un tumor neuroendocrino correspondiente al 15% de los cánceres de pulmón. Tiene mal pronóstico y se asocia con frecuencia a SP. SP son manifestaciones a distancia de un tumor, independientes de sus metástasis. Su presentación es variada. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 73 años con antecedentes de CPCP de diagnóstico reciente sin tratamiento, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y tabaquismo severo. Consulta por diarrea crónica sin características patológicas, epigastralgia y baja de peso no cuantificada. Al examen físico destaca afebril, deshidratación leve, sin adenopatías, alteraciones cardiopulmonares ni abdominales. En laboratorio destaca aumento de parámetros inflamatorios e hipernatremia. Se realiza Tomografía Computarizada, que muestra nódulos en pulmón derecho y lesiones de aspecto secundario en hígado, bazo y páncreas. Se hospitaliza, se inicia hidratación y analgesia. Se sospecha SP y se descartan otras causas, incluyendo infección por *Clostridium difficile*. Se solicita serotonina intraplaquetaria, con resultado elevado, sugerente de SP. Se inicia octreotide, loperamida, racecadotril, con respuesta parcial. Se inicia quimioterapia con intención paliativa, evolucionando con compromiso de consciencia, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria, falleciendo al 35º día de hospitalización. **DISCUSIÓN:** Los SP se presentan en 20-50% de los CPCP. El SP más frecuente en CPCP es el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, mientras que la presentación con diarrea e hipernatremia, como la de este caso, es excepcional. El SP es una entidad de descarte, que puede preceder al diagnóstico de neoplasia o ser signo de recurrencia, por lo que siempre se debe tener en cuenta, especialmente en CPCP.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome paraneoplásico, Carcinoma pulmonar de células pequeñas, Diarrea.

## ARTRITIS SÉPTICA DE MUÑECA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: REPORTE DE UN CASO

Alessandra Chiti Morales, Héctor Córdova Jadue, Gabriela Flores Balter, Felipe Miranda Sotelo, Montserrat Santander Navarro

**Introducción:** La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad de alta mortalidad, que tiene una baja incidencia en la población general. Se caracteriza por la colonización infecciosa del endocardio de las válvulas cardíacas secundario a una lesión previa de este. Las principales manifestaciones son fiebre, nuevo soplo cardíaco y lesiones embólicas, siendo una manifestación rara la artritis séptica (AS). Se presentará el caso clínico de un paciente con AS de muñeca como primera manifestación de una EI florida. **Reporte de Caso:** Paciente masculino, 67 años, con antecedentes de fibrilación auricular sin tratamiento y tabaquismo. Ingresa por artritis séptica de muñeca izquierda sin foco de entrada, con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus*. Evoluciona en la hospitalización con accidente cerebro vascular isquémico y nódulos de Osler en dedos de mano izquierda. Se realiza ecocardiografía transesofágica que destaca válvula mitral con vegetación 11x6 mm en velo anterior de válvula mitral y reflujo mitral moderado. Se diagnostica EI y se escala tratamiento antibiótico a cefazolina y gentamicina. Paciente evoluciona con nuevas lesiones cerebrales hemorrágicas y con abscesos hepáticos múltiples. Se realiza ecocardiografía de control con rotura de velo válvula mitral y aumento del reflujo mitral. Se decide realizar tratamiento quirúrgico con recambio de válvula mitral mecánica con buena evolución clínica. **Discusión:** Este es el primer reporte en la literatura de una AS de muñeca como primera manifestación de EI. Esto debe hacernos sospechar una EI cuando se presente algún tipo de artritis asociada a otros fenómenos embólicos o inmunológicos como los descritos.

**PALABRAS CLAVE:** Artritis, Muñeca, Endocarditis

## ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV) CONVERSIVO: SOSPECHA Y MANEJO A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.

Vicente Javier Parada Aguirre, Martín Vidal Castillo, María José Vergara De Caso, María Cristina Mayol Suárez, Jorge Moscoso Camacho, Rubén Nachar Hidalgo

**INTRODUCCIÓN:** Los Síndromes conversivos (SC) corresponden a alteraciones motoras y/o sensoriales que sugieren una enfermedad neurológica o médica, sin origen orgánico, secundaria a factores psiquiátricos. Este cuadro no es simulado y no posee carácter ganancial. El estrés o evento vital traumático suele estar asociados al inicio del cuadro. **PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente 43 años, sin antecedentes médicos, consulta por 4 días de cefalea parietal izquierda súbita intensa, asociado a hemiparesia e hipostesia Facio-braquio-crural izquierda, disartria, náuseas y vómitos. Examen físico destaca: pupilas isocóricas reactivas, fuerza M1 en hemicuerpo izquierdo, M5 derecho, sin otras alteraciones. Exámenes en rango fisiológico, Tomografía computarizada (TC) de cerebro sin hallazgos patológicos. Ingresa a medicina con sospecha de ACV y se realiza neuroprotección. TC de control a las 48hrs por neurología y estudio embólico, sin hallazgos patológicos. Destaca en anamnesis duelo no resuelto por fallecimiento de hija reciente. Se sospecha SC que se confirma con evaluación psiquiátrica. Se indica psicoterapia y antidepresivo con evolución favorable. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico del SC es por descarte, siendo un 4% de los diagnósticos hospitalarios. Se asocia en un 88% a depresión, es más frecuente en mujeres jóvenes, su sospecha es clínica, presentando síntomas que se agravan durante la evaluación y fluctúan al distraer al paciente. Las alteraciones neurológicas no siguen patrón característico. Siempre se debe descartar patología somática con neuroimágenes, ya que un 4 a 15% SC son mal diagnosticados, teniendo como base una patología orgánica. No existe tratamiento específico, respondiendo a psicoterapia y antidepresivos. Sin tratamiento adecuado las complicaciones son cercana 55%.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome conversivo, Accidente cerebro vascular, Hemiparesia.

## ASPERGILOSIS INVASIVA COMO HALLAZGO POST MORTEM EN PACIENTE CON DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Melissa Andrea Varas Monsalve, Marinka Ljubica Gladić Romero, Horacio Francisco Javier Zepeda Pérez, Rodrigo Andrés Bolados Vega, Miguel Angel Cerón Terán

**INTRODUCCIÓN:** La Aspergilosis es una enfermedad micótica causada por diversas cepas de *Aspergillus*. De acuerdo al mecanismo patogénico y respuesta inmune del huésped, posee tres formas clínicas de presentación: Aspergilosis invasiva (AI), broncopulmonar alérgica y crónica pulmonar. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 45 años, sin antecedentes mórbidos, cursa tres meses de poliuria, polidipsia y compromiso del estado general. Ingresa a urgencias por compromiso de conciencia. Al examen físico hemodinámicamente inestable con deshidratación severa y signos de hipoperfusión periférica. Se constata hiperglicemia (1.199 mg/dL), acidosis metabólica, cetonemia, cetonuria y linfopenia. Radiografía de tórax evidencia condensación en hemitórax derecho. Se inicia manejo de síndrome diabético agudo y, por sospecha de neumonía aspirativa, antibioterapia empírica (Ceftriaxona + Metronidazol). Evoluciona con drástico deterioro clínico, mala mecánica ventilatoria, requiriendo ventilación invasiva e ingreso a Cuidados Intensivos. Parámetros hemodinámicos compatibles con shock séptico refractario, por lo que se escala antibioterapia a Imipenem + Vancomicina. Desarrolla falla multiorgánica, falleciendo tras cinco días de evolución. Resultados post mortem: hifas en cultivo de secreción endotraqueal y levaduras en hemocultivos periféricos. Autopsia revela presencia de hifas septadas con ramificaciones en ángulo de 45 grados, abundante infiltrado inflamatorio, necrosis, trombosis e invasión vascular multiorgánica, cuadro compatible con AI. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico de AI es histopatológico. Para lograr un tratamiento específico precoz se requiere una alta sospecha clínica inicial, ya que las principales causas de micosis en paciente diabético son Candidiasis y Mucormicosis. Dada su elevada morbimortalidad, actualmente el manejo sigue siendo un reto, aceptándose la terapia con Triazoles como primera línea.

**PALABRAS CLAVE:** Aspergilosis, micosis invasiva, diabetes mellitus tipo 2.

## VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA SECUNDARIA A PROPRANOLOL. REPORTE DE UN CASO

Victor Mauricio Acevedo , Sebastián Oksenberg Sharim, Jean Pierre Pichón Moya, Isidora Flores Barros , Danny Oksenberg Reisberg, Lenka Franulic Castillo

**Introducción:** La vasculitis leucocitoclástica es el tipo de vasculitis más frecuente en el adulto. Afecta principalmente a pequeños vasos, y se manifiesta con mayor frecuencia como púrpura palpable en las extremidades inferiores. Dentro de las múltiples causas conocidas, las más frecuentes son las reacciones adversas medicamentosas. **Caso Clínico:** Mujer 54 años, obesa y resistente a la insulina, en tratamiento con metformina. Sin alergias conocidas. En chequeo médico, destaca anemia microcítica. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta, en la cual destacan várices esofágicas (VE) medianas no sangrantes. TAC: hígado cirrótico, esplenomegalia. Se indica propranolol como profilaxis primaria de Hemorragia Digestiva Alta por VE. Evoluciona asintomática. Cuatro meses después, destacan lesiones planas, levemente palpables, simétricas, algunas rojizas y otras violáceas, algo pruriginosas, no dolorosas, en ambas EEII y que alcanzan hipogastrio. Se sospecha vasculitis leucocitoclástica secundaria a fármacos por su aspecto macroscópico. Se realiza estudio serológico (ANA, AML, AMA, IgA, IgG e IgM en sangre) y se planifica tratamiento médico con corticoides junto con la suspensión de propranolol y eventual biopsia de lesiones según la evolución. Un mes después, evoluciona con total regresión de las lesiones y con negatividad del estudio autoinmune. **Discusión:** Se describe una reacción adversa poco conocida a un fármaco vastamente utilizado en cirróticos e interpone un conflicto clínico para con estos pacientes en los que es necesario terapia profiláctica. En esta situación, supone adoptar una nueva estrategia profiláctica de ruptura variceal dada la desconocida probabilidad de reacción cruzada con otros medicamentos de este grupo.

**PALABRAS CLAVE:** Vasculitis, Propranolol, Cirrosis

## COMPROMISO DE CONCIENCIA Y ALTERACIONES VISUALES COMO MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

GONZALO ULLOA VALENZUELA, PEDRO MORALES CÁCERES, DIEGO BARRUETO CATALÁN, LAURA CAMPOS DEPIX, KURT LIEBNER MARTÍNEZ, TOMÁS BARRUETO CATALÁN

**Introducción:** La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria, autoinmune y desmielinizante del sistema nervioso central, de etiología multifactorial y evolución crónica, con lesiones inflamatorias focales en sustancia blanca y pérdida de mielina. Entre los síntomas y signos comunes de presentación, destacan síntomas sensitivos, dolor radicular, neuritis óptica, alteración de la agudeza visual, síntomas motores, diplopía, ataxia, disimetría y vértigo. Usualmente los pacientes se presentan polisintomáticos. **Caso Clínico:** Paciente de 24 años, sexo masculino sin antecedentes mórbidos. Inicia cuadro confusional agudo, ingresando a servicio de urgencia psiquiátrico, estabilizándose farmacológicamente. Paciente refiere defecto altitudinal inferior en ojo izquierdo sin otros síntomas. Manchas algodinosas lateral a la salida del nervio óptico en el fondo de ojo. Se realizan exámenes de laboratorio general, con resultados sin alteraciones. Se solicita RNM de cerebro, informando múltiples lesiones focales intraxiales infra y supratentoriales con compromiso de la sustancia blanca, ganglionar y tronco encefálico de aspecto infeccioso – granulomatoso. Se realizan exámenes complementarios para descartar principales etiologías infecciosas y autoinmunes, resultando negativos. En la muestra de líquido cefalorraquídeo destaca aumento de proteínas. Descartado el compromiso infeccioso y apoyado por el resultado de la RNM, se diagnostica EM. **Discusión:** El caso muestra una presentación clínica inusual: compromiso de conciencia y afectación visual que no sigue patrones comunes (pérdida visual central, dentro de un cuadro de neuritis óptica). Gran porcentaje de pacientes sufre deterioro cognitivo durante la enfermedad, siendo clásico la inatención, alteraciones en funciones cognitivas superiores y memoria. Las lesiones cerebrales agudas pueden manifestarse como un estado confusional asociado a parálisis progresiva focal.

**PALABRAS CLAVE:** Esclerosis múltiple, Resonancia Magnética Nuclear, Sustancia blanca.

## COMA MIXEDEMATOSO: REPORTE DE UN CASO.

Gonzalo Ignacio Valenzuela Lantadilla, Miguel Andrés Tapia Laborda, María Ignacia Peñailillo Clavijo, Camila Lorena Opazo Pérez, Francisca Javiera Peña Bustamante, Lidia Angélica Clavijo Cortés

**Introducción:** El coma mixedematoso es la fase más severa del hipotiroidismo, se caracteriza por compromiso de conciencia, hipotermia y síntomas relacionados con la disminución de la función en diversos órganos (hipotensión, bradicardia, hiponatremia, hipoglicemia e hipoventilación). Puede ser gatillado por diversos factores, tales como eventos agudos en un hipotiroidismo mal controlado. Es una emergencia médica con alta mortalidad, por lo tanto, debe ser diagnosticada precozmente. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 56 años con antecedente de hipotiroidismo secundario a tratamiento de hipertiroidismo con radioyodo, sin terapia de sustitución. Consulta por debilidad progresiva de cintura escapular y pélvica, disartria y disfagia de 10 meses de evolución. Al ingreso presenta compromiso de conciencia, acidosis respiratoria, hipotermia, electrocardiograma (EGC) muestra Infarto Agudo al Miocardio (IAM), TSH 27, T4libre 1,4. Por compromiso hemodinámico y ventilatorio se ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos para manejo y decide ventilación mecánica invasiva. Se estudia debilidad muscular y se concluye causa metabólica: Miopatía secundaria a hipotiroidismo. Se inicia tratamiento sustitutivo presentando buena evolución hemodinámica y progresiva recuperación de la mecánica respiratoria y deglutoria luego de meses de tratamiento y rehabilitación. **Discusión:** Con este reporte de caso nuestra intención es recalcar cuán fundamental es una buena educación sobre el tratamiento a los pacientes hipotiroideos, ya que a pesar de que ésta sea una patología común, bien caracterizada, con un tratamiento estandarizado, por algo simple como mala adherencia al tratamiento se puede generar esta alteración, lo cual es una situación grave, con mal pronóstico y elevada mortalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Hipotiroidismo, Infarto del miocardio, Coma

## PÚRPURA DE SCHONLEIN HENOCH EN ADULTOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ignacio Arias Manzor, Kristian Grego Parra, Arturo Pinto Swiderski, Sebastián Blackburn Bersezio, Konstanze Bergholz Villafañe, Frank Salgado Pérez

**INTRODUCCIÓN:** Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. Afecta pequeños vasos, siendo sus manifestaciones principales en la piel, tracto digestivo y riñón. Generalmente autolimitada, pero puede conllevar morbilidad renal a largo plazo. Su debut en la adultez es infrecuente. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino 22 años, sin antecedentes, consulta por lesiones purpúricas ascendentes de extremidades inferiores, no dolorosas ni palpables, asociadas a artralgia asimétrica de rodilla y tobillo derecho, sin signos inflamatorios locales. Se maneja ambulatoriamente con prednisona 10mg/día. Al octavo día, se agregan vómitos alimentarios y epigastralgia urente EVA 10/10 que no cede a analgesia vía oral, se hospitaliza. Ingresa con lesiones tipo placa eritemato-violáceas en extremidades. Exámenes de laboratorio: Plaquetas 243.000 xmm<sup>3</sup>; leucocitos 18.000xmm<sup>3</sup>; PCR 30,85mg/L; BUN 15; Creatinina 0,68 mg/Dl; Perfil ANA, ENA (-), complemento en 120 mg/Dl. Se aumenta dosis de prednisona gradualmente hasta 60mg diarios. Se realiza biopsia rápida con inmunofluorescencia de piel: “depósitos de fibrina, IgM, IgG y depósitos algodonosos de IgA perivasculares”; sugerente de PSH estadio avanzado. Cuadro evoluciona tórpidamente con epigastralgia refractaria, lesiones aumentando en extensión y tamaño, con ulceración central. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta que evidencia púrpura duodenal. Se inician bolos de metilprednisolona 500mg/día por 3 días. Evoluciona favorablemente, se decide alta. 5 días después, reincide con epigastralgia EVA 8/10 por lo que requiere 2 bolos adicionales, respondiendo adecuadamente. **DISCUSIÓN:** Debemos conocer el PSH y su presentación clínica tanto en niños como adultos, considerando sus complicaciones y no excluirla de nuestros diagnósticos diferenciales de vasculitis en la adultez.

**PALABRAS CLAVE:** Púrpura no trombocitopénica, Púrpura de Schonlein-Henoch, Vasculitis por Hipersensibilidad.

## DOLOR LUMBOSACRO EN CONTEXTO DE MIELOMA MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gonzalo Ignacio Valenzuela Lantadilla, Francisca Javiera Peña Bustamante, María Ignacia Peñailillo Clavijo, Miguel Andrés Tapia Laborda, Camila Lorena Opazo Pérez, María Gabriela Cantó Sage

**Introducción:** El sacro es blanco de procesos patológicos tanto locales como sistémicos, infecciosos o no infecciosos. Es por esto, que se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales según contexto del paciente. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 57 años, antecedente de Mieloma Múltiple (MM), consulta por aumento de dolor sacro de un día de evolución, irradiado a cadera y muslo izquierdo asociado a paresia, fiebre de 39°C y síncope. Presenta hemocultivo (+) para *S. pneumoniae*, se administra antibioticoterapia empírica. Al estudio imagenológico con Tomografía Computada (TC) no se evidencia foco infeccioso, pero revela lesión lítica en S2-S5, compatible con infiltración tumoral por mieloma y discopatía regresiva L5-S1 con estenosis foraminal. En segundo estudio con Resonancia Magnética (RM) se observa lesión sugerente de absceso óseo. Debido a la discordancia imagenológica entre TC vs RM se realiza cultivo y biopsia de la lesión por punción: cultivo (-), biopsia: “material serohemático no concluyente para neoplasia”. Traumatología programa aseo quirúrgico, donde se evidencia lesión correspondiente a hematoma, descartándose causa infecciosa y oncológica. Se concluye que hernia lumbosacra explicaría el dolor. **Discusión:** Si bien tenemos una paciente con dolor sacro e imágenes correspondientes a lesión lítica a ese nivel, que podrían ser explicados por un plasmocitoma o por lesiones propias del MM, debemos tener en cuenta los distintos diagnósticos diferenciales para no pasar por alto otros cuadros que puedan perpetuar el dolor o generar complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Mieloma múltiple, región lumbosacra, hernia.



## TOXOPLASMOSIS CEREBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACION DE INFECCION POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA A PROPOSITO DE UN CASO

Fernando Javier Parraguez Araya, David Ignacio Cortés Parada, Francisco Javier López Valgívia, Adrian Alejandro Pérez Adasme, Julio Armando Moscoso Mateus

**INTRODUCCIÓN:** La Toxoplasmosis cerebral es la infección oportunista del sistema nervioso central más común en pacientes con Síndrome de inmunodeficiencia humana, especialmente con recuento de CD4 menor a 100 células/microL. Es producida por el parásito *Toxoplasma gondii*, un protozoo intracelular estricto. Las formas de presentación abarcan encefalitis, meningoencefalitis y clínica por efecto de masa. **PRESENTACION DEL CASO:** Hombre 49 años presenta hace un mes compromiso del estado general, hiporexia, baja de peso, vómitos, fiebre, desorientación y pérdida de fuerza progresiva en brazo y pierna derecha. Examen neurológico: desorientado en tiempo y espacio, paresia braquio-cubital derecha. Se realiza Tomografía cerebral que informa lesión hipodensa en núcleos basales, tálamo y occipital posterior con moderado efecto de masa. Se complementa estudio con serología VIH que resulta positiva, recuento de CD4: 89 cel/microL. En contexto de toxoplasmosis cerebral versus lesión tumoral, se solicita IgG e IgM para toxoplasmosis, se informa positivo, por lo que se inicia tratamiento con Cotrimoxazol. **DISCUSIÓN:** La Toxoplasmosis cerebral se puede presentar clínicamente como masa cerebral lo que nos obliga a realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como linfoma, abscesos o leucoencefalopatía multifocal progresiva. Habitualmente la terapia se inicia después de hacer un diagnóstico presuntivo, en pacientes con recuento de CD4 menor a 100 células/microL, con clínica compatible, serología positiva para *T. gondii* y neuroimágenes con manifestaciones radiológicas típicas, a la espera de mejoría clínica radiológica en aproximadamente 10 días.

**PALABRAS CLAVE:** Neurología, Toxoplasmosis, VIH

## VASCULITIS EN CHILE, CUANDO LA BIOPSIA NO ES POSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tamara Jiménez Fuentes, Mauricio Sandoval Saavedra, Nicolás Fernández Barra, Diego Carvajal Muñoz

**Introducción:** Las vasculitis son la inflamación de los vasos sanguíneos. Las asociadas a anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA) incluyen las vasculitis de pequeño vaso, la poliangeítis microscópica, la granulomatosis de Wegener, la enfermedad de Churg-Strauss y las formas limitadas al riñón. Su incidencia es baja. Desde el punto de vista diagnóstico, se considera fundamental la biopsia. **Presentación del caso:** Paciente de 32 años sin antecedentes, inicia cuadro de un mes, caracterizado por vómitos, dolor abdominal, orinas oscuras y en los últimos 2 días se agrega compromiso de conciencia y oliguria. Ingresando al servicio de urgencia del Hospital de Lautaro en anasarca, desaturando, con anemia severa, función renal alterada, requiriendo hemodiálisis de urgencia. Además, presenta convulsión tónico-clónica con relajación de esfínteres y hemoptisis. Se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax sin contraste, que evidencia infiltrado alveolar bilateral. TC de cerebro sin alteración. Se sospecha vasculitis y se decide indicar pulsos de corticoides. Se realiza ecografía renal: riñón de tamaño normal, grosor cortical disminuido con acentuado aumento en su ecogenicidad y diferenciación cortico-medular. Con serología viral negativas (-), ANCA – C (-) ANCA – P positivo, anticuerpo antinuclear (-), Complemento normal, Anti-membrana basal glomerular (-). Se envía a Hospital Regional Rancagua para completar estudio. Se solicita biopsia renal para diagnóstico, pero sin posibilidad de realizar. Completa tres pulsos de ciclofosfamida. Con buena evolución es dada de alta. **Discusión:** Actualmente en Chile persisten centros de referencia sin capacidad diagnóstica definitiva, dejando a pacientes sin diagnóstico y pronóstico.

**PALABRAS CLAVE:** Vasculitis, Biopsia renal, Síndrome riñón pulmón

## EMBOLÍA GRASA TRAS UNA FRACTURA TIBIO PERONEA.

Nicolás Eduardo Fernández Barra, Iván Osvaldo Roa Aravena, Tamara Cecilia Jiménez Sandoval, Mauricio Eduardo Sandoval Saavedra, Manuel Andrés Riquelme Retamal, Paulina Macarena Rojas Montoya

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de embolismo graso (SEG) se caracteriza por la liberación de grasa a la circulación sistémica después de un evento traumático o no. Se presenta con la tríada clásica de insuficiencia respiratoria aguda, compromiso de consciencia y petequias. La fisiopatología es mecánica e inflamatoria. El diagnóstico es clínico y de exclusión. El tratamiento es de soporte, no específico para el SEG y depende de la condición del paciente. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino de 24 años con antecedentes de consumo habitual de cocaína y fractura tibia peronea derecha hace dos semanas manejada con inmovilización. Comienza, posterior a evaluación durante hospitalización, con disnea súbita, dolor torácico y taquicardia, siendo manejado en UTI por posibilidad de apoyo ventilatorio. Se inició anticoagulación por sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP). La angiotomografía de tórax no evidenció trombosis. Evolucionó con fiebre y leucocitosis. Radiografía de tórax mostró infiltrado bilateral alveolar, iniciando tratamiento antibiótico empírico. Posteriormente presenta rash petequial en extremidades. Ante la alta probabilidad de embolismo graso sumado a la disminución de la fiebre y parámetros inflamatorios se suspendieron antibióticos y anticoagulación, evolucionando satisfactoriamente. **DISCUSIÓN:** Muchos aspectos del SEG aún no son completamente entendidos. La sospecha diagnóstica debe existir en todo paciente con fractura reciente de huesos largos, que inicia súbitamente con dificultad respiratoria. Clásicamente se presenta con un intervalo asintomático latente de 12 a 48 h, seguido de manifestaciones pulmonares y neurológicas, asociadas a rash. El tratamiento está basado en medidas de sostén, siendo prioritario corregir precozmente la hipoxemia.

**PALABRAS CLAVE:** Embolia grasa, embolismo pulmonar, fractura de hueso largo.

## EFICIENCIA DE LA TROMBOLISIS CONTRA ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÉMICO EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA: REPORTE DE UN CASO

Camila Nicole Márquez Ralil, Ramiro Fernández Calderón

El Accidente Vascular Encefálico (AVE) es un trastorno del suministro de sangre hacia el cerebro, por interrupción del flujo o por un sangrado anómalo al mismo nivel, constituyendo una de las primeras causas de muerte en Chile, estimándose la aparición de 69 nuevos casos por día, aproximadamente. Se presenta el caso de un hombre, 71 años, hipertenso, trasladado desde su domicilio en Punta Arenas hasta el Hospital Clínico Magallanes (HCM) tras volver de su trabajo presentando severa dificultad para comunicarse. Al examen neurológico está vigíl, capaz de obedecer órdenes simples —aunque sin responder nombre ni edad—, oculomotilidad con campo visual conservado, afasia mixta, sin paresia ni ataxia de extremidades, NIHSS= 4 puntos. Diagnóstico de ingreso: Infarto cerebral agudo. Se realiza protocolo STROKE y secuencias de RM DIFUSION y FLAIRE con resultados compatibles con AVE en territorio de división posterior de arteria cerebral media izquierda, menor a 4.5 horas de evolución. Se inicia trombolisis con Alteplase (rtPA). Control a las 24 horas, sin presentar déficit neurológico. El desarrollo y prueba de técnicas específicas para el tratamiento del AVE entrega mayores probabilidades de intervenir de forma significativa hacia un mejor pronóstico. La trombolisis es un procedimiento con excelentes resultados, pero que hoy en Chile está disponible en lugares limitados, siendo el HCM uno de los últimos en sumarse, entregando una posibilidad nueva a los habitantes del extremo austral del país, como lo es el presente caso, teniendo en cuenta las desventajas del paciente en función de su edad y antecedentes mórbidos.

**PALABRAS CLAVE:** AVE isquémico, trombolisis, infarto cerebral.

## NEFROPATÍA TUBULOINTERSTICIAL Y UVEÍTIS EN UN PACIENTE MASCULINO: REPORTE DE UN CASO.

Francisco Javier López Valdivia, David Ignacio Cortes Parada, Adrian Alejandro Perez Adasme, Fernando Javier Parraguez Araya, Felipe Alonso Mendoza Aravena

**INTRODUCCIÓN:** La nefritis túbulointersticial (NTI) es causa de hasta el 15 % de los casos de injuria renal aguda, requiriendo biopsia para su diagnóstico. Las etiologías de la NTI son muchas, incluyendo las asociadas a medicamentos, tóxicos, infecciosas, neoplásicas e inmunológicas. La nefritis túbulointersticial con uveítis (TINU) es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez en 1975 por Dobrin con 250 casos reportados desde entonces aproximadamente. Se presenta principalmente en mujeres (3:1) a edad promedio de 15 años. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 16 años, sin antecedentes previos, presenta cuadro de 2 meses caracterizado por fiebre de 3 días asociada a dolor abdominal difuso, anorexia, pérdida de peso, cefalea, náuseas y vómitos. Sin síntomas urinarios. Destacando creatinina 1,8mg/dl y BUN 11,3mg/dl. Evoluciona asintomático durante hospitalización hasta presentar purito leve y uveítis anterior bilateral (UAB) de forma súbita. En los exámenes destaca VHS, proteinuria y glucosuria (sin hiperglicemia) levemente aumentadas, anemia microcítica hipocromica y creatininas que bordean los 2mg/dl. Se realiza biopsia renal que informa NTI aguda. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico de TINU fue logrado mediante confirmación histológica de NTI aguda idiopática asociada a UAB. Paciente presentó casi todos los síntomas y resultados de exámenes descritos en la literatura. Se descartó etiologías infecciosas, alteraciones autoinmunes y afecciones inflamatorias crónicas así como el uso de fármacos. El tratamiento utilizado fue corticoides, con resultados efectivos, importantes para incluso lograr reversibilidad. TINU, un síndrome infrecuente, más aún en hombres, que sin embargo debe ser considerado, pudiendo así evitar progresión a insuficiencia renal.

**PALABRAS CLAVE:** Nefritis túbulo intersticial y uveítis, síndrome de Dobrin, nefritis intersticial

## ENFERMEDAD DE MENETRIER: CASO CLÍNICO

Adrian Alejandro Pérez Adasme, Luis Ramirez Alarcón, David Cortés Parada, Francisco Lopez Valdivia, Fernando Parraguez Araya, Cristian Curihuen Minieri

**Introducción:** La enfermedad de Menetrier es una rara enfermedad caracterizada por una gastropatía hiperplásica perdedora de proteínas. La etiología de la enfermedad es incierta, en adultos se presenta una sobreexpresión del gen transformador del crecimiento  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) y se considera una lesión premaligna. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de una mujer de 81 años, hipertensa sin otros antecedentes, con historia de 3 meses de evolución caracterizada por pérdida de peso, dolor abdominal y anemia. Como primera aproximación se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen donde destaca engrosamiento parietal gástrico de aspecto neoplásico. Posteriormente se realiza endoscopia digestiva alta donde se observa mucosa de cuerpo y fondo con pliegues gigantes de aspecto hipertrófico por lo que se realiza biopsia de lesiones descritas que se informa como hiperplasia foveolar con áreas quísticas focales, sugerentes de enfermedad de Menetrier. **Discusión:** El caso presentado corresponde a una mujer en la octava década de la vida, con un síndrome consuntivo y hallazgos sugerentes de neoplasia. El estudio dirigido a causas gastrointestinales con una aproximación imagenológica mediante TAC muestra engrosamiento gástrico, sin otros órganos con lesiones evidentes por lo que el estudio se enfoca en estómago. La endoscopia digestiva alta permite observar engrosamiento de los pliegues gástricos, que como diagnósticos diferenciales permite plantear gastritis linfocítica, síndrome de Zollinger-Edison y Enfermedad de Menetrier. Finalmente en la biopsia se observa hiperplasia foveolar, áreas quísticas focales e inflamación leve con lo que se realiza el diagnóstico de Enfermedad de Menetrier.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Menetrier, Gastritis hipertrófica, hipoproteinemia

## CAVERNOMATOSIS DE LA VENA PORTA EN UN ADULTO. REPORTE DE UN CASO.

Waldo Mauricio Fraelich Bascuñán , Camila Paz González Rodríguez , Cristián Alonso Curihuan Minieri , Ninosca Isabel Cariqueo Agüero , Luis Ramirez Alarcón

**Introducción:** La cavernomatosis de la vena porta (CVP) es considerada como la principal causa de Hipertensión Portal (HTP) en el niño, por lo que establecer su diagnóstico en edad adulta constituye un hallazgo muy poco frecuente. **Presentación del Caso:** Mujer de 51 años con antecedente de cirrosis hepática (DHC) CHILD B de etiología no precisada de larga data, con ligadura de várices esofágicas y con historia de múltiples hospitalizaciones por encefalopatía hepática. Consulta por compromiso cuali-cuantitativo de conciencia, asociado a incremento del perímetro abdominal y aumento de volumen bilateral de extremidades inferiores. Examen físico destaca por: somnolencia, desorientación temporo-espacial, piel y mucosas ictericas, matidez desplazable en ambos flancos y signo de Godet (+++) en ambas extremidades inferiores. Ingres a Servicio de Medicina con diagnóstico de DHC descompensado. Se realiza Ecotomografía abdominal, la que informa: esplenomegalia, DHC y ascitis. Se maneja con dosis máxima de terapia depletiva, evolucionando sin baja de peso significativa, por lo que se establece el diagnóstico de ascitis refractaria. Ante esto, es evaluada por equipo de gastroenterología, quienes solicitan Ecodoppler de vena porta por sospecha de trombosis portal. Informe impresiona por hallazgos compatibles con CVP. De esta forma, se plantea esta alteración vascular como etiología de HTP y DHC. **Discusión:** El desarrollo de CVP se correlaciona con condiciones que predispongan al desarrollo de un trombo portal, principalmente: cirugía abdominal y trombofilias. Nuestra paciente fue sometida a cirugía abdominal (hernioplastia e histerectomía), lo que asociado a los hallazgos de imágenes, podría explicar la causa del cavernoma.

**PALABRAS CLAVE:** Adulto, Vena porta, Trombosis

## ROL DEL ULTRASONIDO CLÍNICO EN LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON TRAUMA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Stefan Walkowiak Navas, Carolina Cevallos Bravo, Hans Clausdorff Fiedler

**Introducción:** El ultrasonido se ha posicionado como herramienta útil para evaluar al paciente politraumatizado, permitiendo tomar decisiones de manera rápida y no invasiva. En contexto de trauma se incluye en la evaluación primaria siguiendo la secuencia ABCUDE (A: vía aérea, B: respiración, C: hemorragias y estado circulatorio, U: ultrasonido, D: déficit neurológico, E: exposición). El protocolo "Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma" (e-FAST) permite detectar condiciones tiempo-dependientes que requieren intervención inmediata como líquido libre intraabdominal, taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión. **Presentación del caso:** Paciente de aproximadamente 40 años, ingresa por politraumatismo tras ser atropellado en vía pública, sin información sobre antecedentes inicialmente. Hipotenso, mal perfundido, comprometido de conciencia puntuando 5/15 Glasgow, con vía aérea permeable pero mala mecánica ventilatoria, presenta fractura expuesta en extremidad inferior. Se inicia manejo con reposición de fluidos y hemoderivados. Se complementa evaluación con estudio e-FAST, evidenciando imagen anecoica de bordes puntiagudos compatible con líquido libre abdominal en ventana hepatorenal. Se efectúa intubación orotraqueal bajo secuencia de intubación rápida y posteriormente laparotomía exploradora en pabellón que constata hemoperitoneo en 4 cuadrantes, lesión venosa sangrante en hilio esplénico, hematoma pélvico, 5 puntos de deserosamiento. Se decide packing abdominal y esplenectomía, reparación de zonas deserosadas, se deja laparotomía contenida para reintervención. Tras cirugía, ingresa estable a UCI para continuar manejo. **Discusión:** En pacientes hemodinámicamente inestables, el protocolo e-FAST permite seleccionar aquellos que requieren laparotomía inmediata, tal como en el caso expuesto. Por ello se desarrollaron flujogramas de manejo del paciente politraumatizado según hemodinamia y resultado del ultrasonido, incluidos también en la guía ministerial.

**PALABRAS CLAVE:** Ecografía, FAST, trauma.

## IMPORTANCIA PRONÓSTICA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ: ENDOFTALMITIS ENDÓGENA, UN REPORTE DE CASO

FRANCO ESTEBAN SCHETTINO ORELLANA , DIEGO FABIÁN MIRANDA CÓRDOVA, HENRÍQUEZ VILLOUTA RODRIGO ESTEBAN

**INTRODUCCIÓN:** La endoftalmitis endógena (EE) representa una forma de infección invasiva ocular resultante de la diseminación hematológica de microorganismos desde un foco distante, y que se asocia a pobre pronóstico visual, generalmente en contexto de diagnóstico tardío. Se presenta un caso de EE de rápida evolución secundaria a sepsis por catéter venoso central (CVC) con escasa respuesta a antibióticos. **REPORTE DE CASO:** Mujer de 74 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en diálisis por CVC, consulta por cuadro de mialgias y cefalea asociados a fiebre. La analítica sanguínea muestra elevación de parámetros inflamatorios y leucocitosis. No se evidencia foco infeccioso en análisis de orina o radiografía de tórax; se hospitaliza por sospecha de sepsis asociada a CVC. Hemocultivos y cultivo por arrastre de CVC resultan positivos para *Serratia marcescens*. Posteriormente la paciente evoluciona con ojo rojo profundo derecho asociado a proptosis, quemosis y oftalmoplejía. Se diagnostica EE y se inician antibióticos intraoculares. El análisis microbiológico de humor vítreo resulta positivo para *Serratia marcescens* con idéntica susceptibilidad antimicrobiana de anteriores cultivos. Debido al rápido deterioro de agudeza visual y escasa respuesta a antibióticos, se decide enucleación ocular. **DISCUSIÓN:** La EE es una patología poco prevalente pero grave. En contexto de bacteriemia, la presencia de signos inflamatorios oculares debe hacer sospechar EE. El diagnóstico precoz y el uso de terapia antimicrobiana ajustada a susceptibilidad se podrían asociar a mejoría en el mal pronóstico visual hasta ahora descrito en los reportes de caso publicados.

**PALABRAS CLAVE:** Endoftalmitis endógena, Sepsis, Pronóstico

CASOS CLÍNICOS  
*PEDIATRÍA*



## PILEFLEBITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Carlos Romero Encina, Konstanze Bergholz Villafaña , Sebastián Blackburn Bersezio , Kristian Grego Parra, Ignacio Arias Manzor, Arturo Pinto Swiderski

**INTRODUCCIÓN:** La Pileflebitis se define como la tromboflebitis séptica de la vena porta o en una de sus tributarias. Es una complicación rara, pero de alta mortalidad de procesos infecciosos abdominales. Actualmente la diverticulitis es la causa más frecuente. En un 88% se logra aislar microorganismos, el más frecuente es *Streptococcus viridans*. **PRESENTACIÓN DE CASO:** Escolar 10 años, con antecedentes de asma, es derivada por cuadro de 4 días de evolución de fiebre 41°C, calofríos, dolor abdominal en hipogastrio, intermitente, asociado a vómitos. Sin síntomas urinarios ni cambios en el hábito intestinal. PCR: 266 y ecografía abdominal (+) apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía con hallazgos de apendicitis gangrenosa. En post operatorio inmediato evoluciona febril hasta 39.9°C. Se realiza hemocultivo e inicio terapia antibiótica (ATB). Al tercer día persiste febril, se realiza ecografía abdominal que informa imagen sugerente de trombo en vena mesentérica superior. Se complementa con angiovenoso de abdomen que confirma trombosis de la unión portomesentérica. Hemocultivo (+) *Streptococcus viridans*. Se ajusta terapia antibiótica (Cefotaxima 130mg/kg/día, Clindamicina 25mg/kg/día, Penicilina 200.000 UI/kg/día) y comienza tratamiento anticoagulante. Evaluada por especialistas se decide completar 21 días de tratamiento antibiótico endovenoso + 21 vía oral; completar 2 meses con HBPM. Evoluciona favorablemente, con resolución clínica e imagenológica de su patología. **DISCUSIÓN:** La pileflebitis es una complicación poco frecuente, pero de alta mortalidad. Es necesario documentar los casos a modo que exista más evidencia del manejo con el fin de aportar a la decisión clínica de otros colegas y aumentar los datos para estudios posteriores.

**PALABRAS CLAVE:** Tromboflebitis, Vena Porta, Apendicitis

## OSTEOMIELITIS PÉLVICA EN NIÑOS: SOSPECHA EN UBICACIÓN INFRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Josefa Becker Uriarte, Paula Cortés Abarca , Álvaro Sóteres García , Lily Contreras Miranda

**Introducción:** La osteomielitis es una infección de hueso cuyo principal agente etiológico es el *Staphylococcus Aureus*. En niños la vía más frecuente es la hematogena, comprometiendo principalmente los huesos largos en un 80%, sobre todo fémur (27%) y tibia (26%). El compromiso en pelvis es infrecuente, alcanzando un 9%. Requiere un alto índice de sospecha. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 1 año 1 mes, con antecedentes de síndrome hipotónico, consultó en urgencia (SU) por cuadro de 3 días de dolor de cadera izquierda que le impedía caminar y fiebre de 38,3°C. Ingresó con sospecha de artritis séptica. Se realizó radiografía AP/L de fémur izquierdo, radiografía AP y ecotomografía de cadera izquierda sin hallazgos patológicos. Exámenes de sangre sin elevación de parámetros inflamatorios (EPI). Se diagnosticó sinovitis transitoria de cadera izquierda y se dio de alta. Reconsulta 11 días después por persistencia de dolor, fiebre e impotencia de extremidad. Se realiza radiografía de cadera izquierda que sugiere necrosis ósea. Se hospitaliza para estudio y manejo. Se realizan exámenes de sangre con EPI, TAC de pelvis con contraste que evidenció lesión osteolítica de 2,4 x 3 cm en rama isquítica y pubiana izquierda. Se realizó aseo quirúrgico con toma de muestra de tejido óseo. Cultivo corriente de muestra aísla *Staphylococcus Aureus* multisensible. Tratamiento EV con cloxacilina por 15 días y cefadroxilo VO al alta. **Discusión:** La osteomielitis en pelvis es una presentación infrecuente y potencialmente grave. Debe sospecharse ante dolor (95%), fiebre (47%) e incapacidad para cargar extremidad (48%).

**PALABRAS CLAVE:** Osteomielitis, dolor de pelvis, infección.

## HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO EN LACTANTES CON INFECCIÓN POR PARECHOVIRUS: SERIE CLÍNICA EN HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS (HEGC)

Leonardo Ignacio Montoya Ávila, María Cecilia Piñera Morel

**Introducción:** El Parechovirus humano (HPeV), es una causa de sepsis viral y meningoencefalitis en lactantes menores, sin embargo es poco conocido en nuestro país. Presentamos una serie clínica de 3 niños que presentaron infección por HPeV. **Casos Clínicos:** 1) Recién nacida (RN) de 24 días, ingresada por síndrome febril sin foco (SFSF) de un día de evolución, asociado a irritabilidad. Requiere reanimación con fluidos a su ingreso. Estudio bioquímico y etiológico sin hallazgos. PCR de aspirado nasofaríngeo (ANF) positivo para Parechovirus. Evoluciona favorablemente y egresa al tercer día de hospitalización. 2) RN varón de 11 días, ingresa por SFSF y convulsiones. Al laboratorio destaca discreta elevación de PCR, leucopenia, elevación de transaminasas, ácido láctico y enzimas cardíacas. Evoluciona grave, manejado en UCI (shock séptico, disfunción multiorgánica y síndrome convulsivo). Estudio etiológico sólo demuestra HPeV en ANF. Se maneja con antimicrobianos amplio espectro y terapia de soporte. Egresas tras 9 días de hospitalización en buenas condiciones. 3) RN varón de 21 días, ingresa por paro respiratorio y síndrome convulsivo. Evoluciona en UCI con shock séptico, miocarditis y síndrome convulsivo. PCR HPeV positiva en ANF, sangre y LCR. Se maneja con antimicrobianos amplio espectro y terapia de soporte, evolución posterior favorable. **Discusión:** El HPeV afecta principalmente a lactantes, pudiendo causar cuadros graves de sepsis viral y meningoencefalitis. La clínica puede ser de SFSF, pudiendo presentar también síntomas respiratorios, gastrointestinales cardíacos y neurológicos. No tiene tratamiento específico. Su estudio molecular debe ser considerado en sepsis viral en lactantes pequeños.

**PALABRAS CLAVE:** Parechovirus, síndrome sepsis-like, recién nacido febril

## TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL Y COLECCIÓN SUBDURAL COMO COMPLICACIONES DE MENINGITIS BACTERIANA EN LACTANTE MENOR: REPORTE DE UN CASO.

Rodrigo Andrés Bolados Vega, Marinka Ljubica Gladić Romero, Melissa Andrea Varas Monsalve, Tamara Alejandra Inostroza Cancino

**INTRODUCCIÓN:** La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) en pediatría es una patología infrecuente, con una incidencia que va de 0,34 a 0,67 casos por cada 100.000 niños al año. Tiene mayor prevalencia en neonatos, donde alcanza una alta morbimortalidad. Suele ser secundaria a estados de hipercoagulabilidad, alteraciones del flujo sanguíneo e infecciones. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Lactante menor de tres meses, nacido de término sin complicaciones, es hospitalizado para estudio de síndrome febril sin foco. Exámenes acusan leucopenia y líquido cefalorraquídeo (LCR) compatible con meningitis bacteriana. Inicia tratamiento antibiótico con Cefotaxima. Cultivo de LCR confirma infección por *Streptococcus agalactiae*. Se solicita Tomografía computada (TC) cerebral de control que acusa colección subdural parietal izquierda. Se realiza Resonancia nuclear magnética cerebral con contraste que evidencia además una trombosis del seno venoso transversal derecho. Drenaje neuroquirúrgico describe colección xantocrómica a alta presión. A los cinco días post cirugía, se inicia tratamiento anticoagulante con Deltaparina 150 UI/kg subcutánea cada 12 horas por 6 semanas. Completa 14 días de tratamiento antibiótico con Cefotaxima. Lactante evoluciona favorablemente, sin alteración neurológica, se da de alta y continúa controles en policlínico de neurología y hematología infantil. **DISCUSIÓN:** Los esquemas de tratamiento anticoagulante en pacientes pediátricos con TSVC no han variado mucho en los últimos años, aún hay pocos estudios a gran escala, siendo el objetivo la recanalización del vaso afectado demostrado por neuroimagen. El diagnóstico preciso y rápido de la TSVC es crucial, pues la terapia oportuna puede revertir los hallazgos clínicos y reducir significativamente complicaciones futuras.

**PALABRAS CLAVE:** Meningitis bacteriana, trombosis del seno venoso intracraneal, empiema subdural.



## ATRESIA ESOFÁGICA TIPO 1 CON MALFORMACIÓN AISLADA. ANASTOMOSIS TERMINOTERMINAL PRIMARIA DIFERIDA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

PEDRO MORALES CÁCERES, GONZALO ULLOA VALENZUELA, DIEGO BARRUETO CATALÁN, LAURA CAMPOS DEPIX, KURT LIEBNER MARTÍNEZ, EDUARDO JEREZ ARELLANO

**INTRODUCCIÓN:** La atresia esofágica (AE) es una malformación congénita incompatible con la vida si no se opera, de etiología no precisada, de frecuencia variable en el mundo, presentándose 1 caso entre 2500 y 4500 nacidos vivos, la gran mayoría presenta malformaciones asociadas, principalmente cardíacas, genitourinarias, musculoesqueléticas y digestivas. Si bien el pronóstico es bueno, la tasa de éxito del tratamiento quirúrgico va a depender principalmente de estabilidad del paciente, del tipo de AE y otras malformaciones asociadas. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 3 meses de edad con antecedentes intrauterinos de sospecha de atresia esofágica, que nace a las 39 semanas de gestación por cesárea sin complicaciones. Se realiza radiografía de tórax y abdomen que revela segmento esofágico proximal alto y ausencia de cámara gástrica, confirmando diagnóstico de sospecha prenatal, en base a lo anterior es considerado como long gap, realizándose gastrostomía inmediata para estudio y posterior tratamiento definitivo. Se estudian otras posibles malformaciones con ecocardiograma doppler, ecografía cerebral y abdominal y radiografía de columna con resultados normales. A los 2 meses de edad estudio endoscópico objetiva distancia entre cabos esofágicos de aproximadamente 2 cuerpos vertebrales, siendo factible realizar anastomosis esofágica, que se realiza a los 3 meses de edad sin incidentes. Paciente evoluciona con deglución normal, dándose el alta sin complicaciones. **DISCUSIÓN:** Se presenta un caso que resulta interesante debido a la baja prevalencia de este tipo de patología, que además se presenta en ausencia de otras malformaciones concomitantes. La resolución quirúrgica oportuna resulta fundamental en el pronóstico y calidad de vida del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Atresia esofágica, anastomosis esofágica, gastrostomía.

## HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR ASOCIADA A MACROCEFALIA: REPORTE DE UN CASO

Constanza Belén Vicencio Orellana, Jesus Alberto Armando Nelson García Godoy, Daniel Eduardo Zelada Barraza, Francisco Ulises Astudillo Lemus

**Introducción:** La holoprosencefalia (HPE) se caracteriza por un espectro de anomalías del sistema nervioso central provenientes de un fallo en la diferenciación y la división del prosencéfalo. Es una enfermedad rara en Chile. **Caso clínico:** Paciente masculino de 1 mes y 3 semanas de edad, de madre primípara de embarazo gemelar bicorial-biamniótico, gemelo I, con diagnóstico prenatal de HPE alobar. Obtenido por cesárea a las 37 semanas de gestación. Padre de 45 años con antecedentes de leucemia tratada. Presentó Apgar 6, el peso al nacimiento fue de 4,520 kg, mostró piel pálida, macrocefalia con un perímetro craneal de 53 centímetros, fontanelas abombadas, suturas craneales separadas, equimosis en frente, y acrocianosis en extremidades. El TAC cerebral mostró escaso parénquima cerebral, cerebelo parcialmente desarrollado, gran holovenículo supratentorial, sin evidencia de cuerpo calloso, septo pelúcido, ganglios basales ni fornix. Hallazgos compatibles con HPE alobar. Se define patología de mal pronóstico vital a corto plazo, indicándose alta. 1 semana después consulta en urgencia por vómitos en 3 oportunidades, apnea y aumento del perímetro craneano. Se instaló derivativa de líquido cefalo-raquídeo ventrículo peritoneal sin válvula como medida paliativa para mitigar crecimiento cefálico y mejorar manejo en domicilio. Debido a su pronóstico a corto plazo ominoso, y por no presentar criterio de reingreso a unidad de pacientes críticos, se sugirió no reanimar en caso de paro cardiorespiratorio, informándose situación a los padres. **Discusión del caso:** La HPE tiene mal pronóstico, su tratamiento es controversial, este caso está siendo evaluado por comité de ética por discrepancias en el futuro manejo del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Holoprosencefalia, macrocefalia, neonato.

CASOS CLÍNICOS  
*GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA*



## FLUTTER AURICULAR FETAL EN AUSENCIA DE CARDIOPATIA ESTRUCTURAL: REPORTE DE UN CASO CLINICO.

Marinka Ljubica Gladić Romero , Rodrigo Andrés Bolados Vega , Gustavo Andrés Kiekebusch Hurel , Melissa Andrea Varas Monsalve

**INTRODUCCIÓN:** Las taquiarritmias fetales se presentan en aproximadamente 1 a 2% de los embarazos, siendo el Flutter auricular fetal (FAF) un tercio de éstas. Esta taquiarritmia poco común se caracteriza por presentar un ritmo regular y frecuencia auricular extremadamente rápida, que va desde 400 a 500 latidos por minuto (lpm). En ausencia de malformaciones cardíacas, suele presentarse durante el tercer trimestre de embarazo. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Primigesta sana de 30 años, cursando embarazo de 33 semanas, en control en policlínico de alto riesgo obstétrico por fisura labiopalatina fetal y cultivo para Streptococo grupo B positivo. Ecografía de rutina pesquiza taquicardia fetal. Ecocardiograma fetal revela frecuencia auricular de 410 lpm, frecuencia ventricular de 205 lpm, sin malformaciones cardíacas ni insuficiencia cardíaca. Se diagnostica FAF con conducción 2:1. Se hospitaliza en Unidad Coronaria, se administra Lanatósido C 4 miligramos endovenoso, posteriormente Digoxina 0,25 miligramos cada 8 horas vía oral. 24 horas después se logra cardioversión farmacológica. Ecocardiograma fetal de control evidencia ritmo cardíaco sinusal, sin signos de insuficiencia cardíaca. Se mantiene manejo vía oral con Digoxina 0,25 miligramos diarios hasta finalizar el embarazo. No hubo recidivas y se logró parto de término sin complicaciones. **DISCUSIÓN:** Durante el tercer trimestre de embarazo, los atrios alcanzan un tamaño crítico para establecer un circuito de macroentrada atrial, predisponiendo la aparición de extrasístoles auriculares. El hidrops fetal, como consecuencia de la insuficiencia cardíaca, es la complicación más temida del FAF. Por lo tanto, la administración precoz de Digoxina, como tratamiento de primera línea, es primordial.

**PALABRAS CLAVE:** Flutter atrial, frecuencia cardíaca fetal, taquiarritmia.

## CÁNCER CERVICOUTERINO CON METÁSTASIS ANEXIAL, PRESENTACIÓN CLÍNICA INUSUAL

Catalina Javiera Leiva Gallardo, Óscar Matías Espinoza Castillo, Óscar Orlando Torres Durán, Silvana Francisca Bórquez Román

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer cervicouterino (CaCu) es el cuarto tipo de cáncer más común en mujeres. Es asintomático por sí mismo, pero puede manifestar síntomas cuando se convierte en cáncer invasivo. La presentación clínica usual es el sangrado uterino anormal (SUA) dentro o fuera del ciclo menstrual. Este cáncer se propaga hacia la pared pelviana, afectando comúnmente a vejiga y recto, pudiendo metastizar a ovario de manera más infrecuente (0,5% - 11%). **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta el caso de una paciente de 49 años, sin antecedentes mórbidos y con PAP negativo del 2015, quien presenta cuadro de un mes de evolución de SUA por cantidad asociado a anemia severa. La ecografía transvaginal evidencia lesión compleja anexial derecha, asociado a endometrio engrosado, adenomiosis y leiomioma intramural. Se indica histerectomía total con ooforectomía derecha y biopsia rápida intraoperatoria, la cual informa tumor de comportamiento benigno. En control de seguimiento con resultado de biopsia diferida, se diagnostica cáncer cervicouterino con metástasis ovárica. **DISCUSIÓN:** Es importante considerar las metástasis ováricas a la hora de enfrentarse a neoplasias uterinas, ya que, pese a su baja incidencia, se hace imprescindible su diagnóstico para un correcto enfoque terapéutico. Desafortunadamente, en la actualidad no existen métodos histopatológicos para el estudio de tumores anexiales en fase preoperatoria, por lo que podría considerarse el uso de exámenes complementarios como el PET CT para determinar el compromiso metastásico del CaCu y decidir un manejo quirúrgico adecuado que incluya o no la ooforectomía.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer cérvicouterino, Cáncer ovárico, PET scan.

## SÍNDROME DE MALLORY WEISS SECUNDARIO A HIPERÉMESIS GRAVÍDICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Héctor Córdova Jadue , Felipe Miranda Sotelo , Alessandra Chiti Morales, Gabriela Flores Balter, Ricardo Villalobos Navarro

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome emético se presenta en un 50 - 70% de los embarazos. Su manifestación más severa, la Hiperémesis gravídica (HG), afecta un 0.3 – 2% de los embarazos, y se caracteriza por deshidratación, baja de peso (>5%), cetonuria, alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas. Dentro de sus complicaciones poco frecuentes se ha descrito el Síndrome de Mallory Weiss (SMW), que corresponde a laceraciones de la mucosa esofágica secundarias a esfuerzo. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 28 años, múltipara de 2, cursando embarazo de 14 + 3 semanas, sin antecedentes mórbidos ni patologías en embarazos previos. Presenta cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por vómitos alimentarios (6 - 7 episodios/día), asociado a náuseas y dolor abdominal. El día de consulta se agrega 3 episodios de hematemesis de cuantía moderada. Además refiere haber presentado 2 - 3 episodios de melena los días previos. Al ingreso destaca paciente normotensa, mucosas pálidas y secas. En exámenes destaca anemia leve, cetonuria, hiponatremia hipocloremica, hipokalemia y alcalosis metabólica. Se realiza endoscopia digestiva alta observándose lesiones longitudinales en unión gastroesofágica, restos hemáticos, sin sangrado activo. Se interpreta cuadro como HG asociado a SMW, iniciándose manejo con piridoxina, doxilamina y ranitidina, evolucionando con cese de sintomatología. **DISCUSIÓN:** Los vómitos en el embarazo representan una condición frecuente, siendo la HG una grave complicación. Es importante educar a la paciente acerca de los síntomas patológicos en el embarazo, así lograr el diagnóstico y tratamiento oportuno de las complicaciones, y evitar complicaciones como el SMW presentado en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Mallory-Weiss, Hiperemesis Gravídica, Embarazo

## MANEJO DE EXTRUSIÓN INTRAVESICAL DE MALLA VAGINAL PRESENTADA COMO LITIASIS VESICAL Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: REPORTE DE UN CASO

**Introducción:** La instalación de cinta suburetral transobturatriz (TOT) se ha convertido en un procedimiento popular para el tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzos (IOE). Este procedimiento es simple y mínimamente invasivo, aunque no exento de complicaciones como erosión de la malla, descrita en 1-6% de los casos. La formación de cistolitiasis debido a la erosión de la malla TOT es aún más infrecuente. Se cree que la alta presión intraabdominal y la cercanía del paso de la malla a la vejiga podrían facilitar su erosión. Clínicamente se presenta como persistencia de IOE, síntomas irritativos o infecciones urinarias (ITU) recurrentes. **Caso Clínico:** Paciente sexo femenino de 70 años. Con antecedente de promontofijación e instalación de TOT, hace 3 años que evoluciona con algia pélvica crónica e (ITU) a repetición. Se realizó cistoscopia que evidencia presencia de malla intravesical y litiasis de 2,5cm libre y otra de 5mm fija en sitio de inserción de malla en proximidad a orificio ureteral derecho. Se descarta obstrucción ureteral con cintigrafía renal dinámica. Se realizó cistolitotomía endoscópica láser Holmium, se logra fragmentación completa de litiasis, se observa extrusión de malla de 1cm, resecada vía vaginal en segundo tiempo quirúrgico, sin incidentes. Paciente evoluciona en buenas condiciones, sin algia pélvica, IOE leve, sin ITU. **Conclusión:** No existe un gold standard para manejo de malla erosionada en vejiga. La primera elección debiese ser manejo endoscópico, dada su alta tasa de éxito y menor invasividad. El abordaje abierto o laparoscópico deberían considerarse en caso de no tener éxito con un procedimiento endoscópico.

**PALABRAS CLAVE:** Erosión vesical, Cinta suburetral transobturatriz, Cistolitiasis

CASOS CLÍNICOS

*OTRAS  
ESPECIALIDADES*



## OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA (OACR) EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Diego Barrueto Catalán, Kurt Liebner Martínez, Gonzalo Ulloa Valenzuela, Pedro Morales Cáceres, Laura Campos Depix, Tomás Barrueto Catalán

**INTRODUCCIÓN:** La OACR consiste en el bloqueo del flujo arterial de la retina, que conlleva a la isquemia retinal o infarto de la misma, provocando pérdida de visión, transitoria o permanente. Es un cuadro infrecuente (1/10,000 personas por año) y ocurre usualmente en hombres mayores de 60 años. La causa más común es la embólica, ya sea por estenosis carotídea o cardioembólica. Dentro de las causas menos comunes se encuentran trombofilias, vasoespasmos y otros desórdenes vasculíticos o inflamatorios. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 63 años, con antecedente de Enfermedad de Crohn (EC). Consulta por cuadro de fotopsias y pérdida de visión en ojo derecho (OD) de forma indolora. En el fondo de ojo del OD destaca un nervio óptico de aspecto pálido, con opacificación de la retina predominantemente a nivel del polo posterior, vasos arteriales atenuados y visualización de mancha rojo cereza a nivel de la mácula. No se observaron émbolos retinales. Se solicitó una angiografía retinal con fluoresceína destacando en el ojo derecho un retraso en el llene arterial con enlentecimiento y fragmentación de la circulación arterial a nivel del polo posterior. El estudio cardioembólico fue negativo. Debido al retraso del motivo de consulta y en base a los hallazgos previamente descritos en el OD no se realizó ningún tratamiento en dicho ojo, evolucionando con una pérdida permanente de la visión. **DISCUSIÓN:** La OACR es una urgencia oftalmológica, cuya principal etiología es cardioembólica. Se ha descrito el compromiso ocular como manifestación extraintestinal de la EC, etiología que se plantea como principal causa en el caso actual, habiéndose descartado la causa cardioembólica como primera opción.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Crohn, Retina, Obstrucción.

## RESONANCIA MAGNÉTICA Y CARDIOMIOPATIA PERIPARTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Ignacia Fauré Rodríguez, Constanza Bachelet Ramos, Valentina Cerda Riquelme, Alberto Rojas Astorga, Veruska De Luccas, Cristián Varela Ubilla

La miocardiopatía del embarazo es una enfermedad caracterizada por una falla cardíaca que aparece entre el final del embarazo y los primeros meses post parto. Un 78% se manifiesta durante los primeros meses y debutan con deterioro significativo de la capacidad funcional. Esta falla cardíaca puede ser cuantificada mediante métodos de imagen como la ecocardiografía y posteriormente resonancia magnética (RM) cardíaca. Se presenta el caso de paciente femenino de 22 años de edad, puerpera de 4 meses, ingresada por cuadro clínico de dolor abdominal, fiebre y disnea; Los exámenes de laboratorio de ingreso revelan elevación de transaminasas y una ecografía abdominal con signos sugerentes de hepatitis aguda. La ausencia de causa hepática directa y una RM abdominal que revela signos de congestión hepática, hace necesario complementar el estudio buscando una causa cardíaca. La ecocardiografía muestra una fracción de eyección de 20%, con dilatación global de cavidades, hallazgos sugerentes de una miocardiopatía periparto. Por esto se decide complementar el estudio con RM cardíaca, reafirmando el diagnóstico. El diagnóstico de la miocardiopatía periparto es de exclusión. Este puede pasar desapercibido debido a sus síntomas inespecíficos y “esperables” en el periodo en que se manifiesta, resolviéndose muchas veces de manera espontánea (~40%); Es por esto que actualmente se desconoce la incidencia exacta de esta enfermedad. El diagnóstico por imágenes, especialmente por RM cardíaca, comienza a tener especial relevancia en este tipo de patologías, ya que además de un diagnóstico funcional permite sugerir diversas etiologías que pueden ser parte del diagnóstico diferencial.

**PALABRAS CLAVE:** Cardiomiopatía dilatada, Periodo periparto, Imagen por Resonancia Magnética

## TRATAMIENTO DE UNA CORIORRETINOPATIA SEROSA CENTRAL RECURRENTE CON BEVACIZUMAB INTRAVITREO

Deborah Andrea Feldman Fuentes, Ignacio Andrés Moreno Sarmiento, José Pablo Mayorga Silva, Marcos Alfredo Feldman Dueñas

**INTRODUCCION:** La coriorretinopatía serosa central (CSC) es una acumulación de líquido subretiniano en la zona macular, caracterizada por desprendimiento de retina neurosensorial localizado, causado por filtración de fluido a nivel del epitelio pigmentario. Su patogenia es probablemente una alteración de la circulación coroidea por stress. Se presenta principalmente en hombres de mediana edad, habitualmente es benigna y se resuelve sin tratamiento en dos meses con recuperación de la agudeza visual. Sin embargo, existen casos en que persiste la filtración y otros en que estas crisis se hacen recurrentes. En estos casos se realizaba fotocoagulación con laser argón del o los puntos filtrantes alejados de la fovea. **PRESENTACION DEL CASO:** Paciente de sexo masculino, de 35 años de edad, sin otros antecedentes generales, quien ya recibió tratamiento fotocoagulación laser de un punto filtrante en su retina derecha hace cuatro años. Actualmente, en el mismo ojo presenta caída de agudeza visual de tres meses de duración y al OCT se aprecia el aspecto de CSC. Se aplica Bevacizumab intravítreo y revierte la situación al tercer día. **DISCUSION:** El Bevacizumab en oftalmología tiene usos en patologías en las cuales hay aumento del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y líquido sub o intrarretinal. En el caso presentado tendría una acción probablemente a nivel de coroides y bajo el epitelio pigmentario.

**PALABRAS CLAVE:** Factor de crecimiento endotelial vascular, Bevacizumab, Coriorretinopatía serosa central

## CRISIS DE MENIERE EN URGENCIA: CONSIDERACIONES BASICAS Y ERRORES FRECUENTES ANTE SU MANEJO

Felipe Aguirre Correa, Leonardo Hernandez Escobar, Rodrigo Venegas Torres, Pedro Matamala Santibañez

**Introducción:** la enfermedad de meniere, corresponde a una causa frecuente de consulta por vertigos en la unidades de urgencia despues del vertigo postural paroxistico (vpp); las crisis asociadas a la enfermedad corresponen a vertigos paroxisticos e intermitentes de manejo conservador simple, mas bien no se debe olvidar algunas consideraciones basicas ante la fisiopatologia de la enfermedad, que nos hacen caer en errores que pueden mermar la evolucion de las crisis, de especial consideracion es la poca utilidad de algunos farmacos clasicos contra el vertigo, la terapia rehidratante y el manejo de la ansiedad. **Caso clínico:** mujer de 49 años diagnosticada con enfermedad de meniere presenta cuadro de vertigo paroxistico subjetivo, vomitos profusos, cefalea, sin tinnitus ni hipoacusia, muy ansiosa y con compromiso del estado general notorio. Es llevada al servicio de urgencia por parientes. Es tratada como un sindrome vertiginoso simple, con rehidratacion con suero fisiologico 0.9%, ondansetron y posteriormente con metoclopramida y paracetamol. Evoluciona de manera torpida con mucha ansiedad, disminucion de los vomitos y con sensacion vertiginosa por horas antes de ser dada de alta e indicacion de posterior interconsulta para otorrinolaringologia. **Discusión:** la paciente es manejada con las alternativas disponibles para un simple vertigo y no se toma en consideracion que este es producido por una enfermedad de meniere, la eleccion del antiemeticos como la terapia de hidratacion parenteral no fueron los mejores, y la falta de uso de benzodiazepinas agrava el cuadro ansioso. Analizaremos las opciones de tratamiento, sus beneficios y desventajas mas adelante. Las opciones de tratamiento y sus beneficios y desventajas mas adelante.

**PALABRAS CLAVE:** VERTIGO, ENFERMEDAD DE MENIERE, SINDROME VESTIBULAR PERIFERICO.

## CORTICOESTROPEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gabriela Flores Balter, Héctor Córdova Jadue, Alessandra Chiti Morales, Felipe Miranda Sotelo, Constanza Ullrich Gaona

**INTRODUCCIÓN:** Los corticoides son un pilar fundamental en el tratamiento de lesiones dermatológicas de distinta etiología, sin embargo, su uso continuo y sin supervisión médica está fuertemente asociado a la aparición de efectos secundarios. Las corticoidermias son clasificadas como primarias o secundarias, dependiendo si existe o no una dermatosis previa. En la literatura se describen lesiones como atrofia cutánea, eritema, telagectasias, entre otras. Se presenta caso clínico de paciente con uso prolongado, no supervisado, de corticoides tópicos. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino de 39 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 5 años de evolución caracterizado por prurito en dorso de manos, antebrazos, región cervical y rostro, sin otros síntomas acompañantes. Sintomatología no cede con antihistamínicos por lo que desde hace 4 años se aplica diariamente Clobetasol en crema al 0.05% tópico y de manera automedicada. Al examen físico destacan pápulas eritematosas excoriadas en superficie extensora de brazos, antebrazos y manos; atrofia cutánea y telagectasias en tórax anterior y en región facial pápulas monomorfas asociadas a macrocomedones. Se interpreta como corticoestropeo, indicándose suspensión de medicamento. **DISCUSIÓN:** Los glucocorticoides representan parte fundamental del tratamiento de diferentes dermatosis, sin embargo, su uso prolongado y sin supervisión está asociado a múltiples expresiones de daño. El desconocimiento de estas lesiones puede llevar incluso a escalar el tratamiento con corticoterapia de mayor potencia. Por esto es fundamental para el médico general conocer las diferentes potencias de corticoides tópicos, su adecuado uso y así evitar efectos secundarios como los descritos en esta paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Corticoides, Atrofia, Dermatología

## TRICODISPLASIA ESPINULOSA ASOCIADO A PANCITOPENIA AUTOINMUNE: REPORTE DE UN CASO

Carolina Cevallos Bravo, Stefan Walkowiak Navas, Cristián Navarrete Dechent

**Introducción:** La Tricodisplasia espinulosa (TS) es una entidad clinicopatológica emergente, en contexto de inmunosupresión por trasplante de órganos sólidos y neoplasias hematológicas. Clínicamente presenta aparición de pápulas eritematosas centofaciales con espícula queratinocítica central, con grado variable de alopecia. La histología es característica y a la microscopía electrónica se observa el poliomavirus asociado a TS, el cual fue secuenciado el año 2010 y cuyo mecanismo patogénico aún se desconoce. El tratamiento de esta enfermedad sigue siendo materia de estudio. **Caso clínico:** Mujer de 47 años, con antecedente de pancitopenia autoinmune idiopática refractaria a múltiples esquemas inmunosupresores. Consulta por lesiones asintomáticas en cara de 3 meses de evolución. Al examen físico, presentaba múltiples pápulas foliculares, eritematosas, en región centro-facial y pabellones auriculares. En sus exámenes destacaba: ANA y anti-DNA negativos. Serologías VIH, virus Hepatitis B y C negativas. Se sospechó síndrome carcinoide, se solicitó Ácido 5-hidroxi-indol acético con valor normal. PET-CT descarta lesiones que sobreexpresen receptores de somatostatina, destacando inflamación etmoidal y maxilar. El estudio histológico evidenció alteración folicular, con dilatación a nivel de infundíbulo, hiperqueratosis y bulbos pilosos ausentes, exceso de gránulos de tricohialina y desorganización de la vaina folicular. Paciente fallece a las 36 horas post biopsia por mucormicosis invasora. **Conclusión:** La TS es una enfermedad descrita recientemente, en contexto de pacientes inmunosuprimidos, con tendencia al aumento de reportes en el último tiempo, probablemente debido a la creación de nuevas terapias inmunosupresoras. No existe un tratamiento estandarizado, aunque algunos antivirales han mostrado buena respuesta. También podría ser efectivo el ajuste de esquema inmunosupresor.

**PALABRAS CLAVE:** Inmunosupresión, Poliomavirus, Tricodisplasia espinulosa.



## EPISTAXIS RECURRENTE COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD RENDU-OSLER-WEBER: REPORTE DE UN CASO

Deborah Andrea Feldman Fuentes, Ignacio Andrés Moreno Sarmiento, Daniel Sotomayor Jamett

**INTRODUCCION:** La enfermedad de Rendu-Osler-Weber, también conocida como telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH), corresponde a una displasia vascular multisistémica de herencia autosómica dominante, caracterizada por telangiectasias mucocutáneas y malformaciones arteriovenosas viscerales. La manifestación más frecuente es la epistaxis recurrente observándose un 90% de los pacientes. Este caso presenta el diagnóstico de THH en paciente con episodios recurrentes de epistaxis y telangiectasias nasales. **PRESENTACION DEL CASO:** Paciente de sexo masculino, 46 años, con antecedentes de HTA y familiares de primer grado con epistaxis recurrente, presenta episodios repetidos de epistaxis en fosa nasal derecha. Estas son manejadas en dos ocasiones con cauterización de nitrato de plata y en otras dos ocasiones con taponamiento anterior. Se realiza nasofibrobroncoscopia con evidencia de múltiples telangiectasias en rinofaringe. En el quinto episodio se debe realizar taponamiento anteroposterior con sonda foley donde requiere transfusión de glóbulos rojos. Se decide manejo quirúrgico con cauterización de arteria esfenopalatina derecha, de donde se obtiene biopsia de mucosa septal y cornetes compatible con enfermedad de Rendu-Osler-Weber. **DISCUSION:** La enfermedad Rendu-Osler-Weber es una patología de difícil manejo cuyo diagnóstico requiere de alta sospecha. Este caso ilustra la dificultad del diagnóstico de un paciente sin antecedentes de sangrado que presenta a una edad tardía, epistaxis recurrentes que no responde a taponamiento, con telangiectasias nasales.

**PALABRAS CLAVE:** Rendu-Osler-Weber, Epistaxis, Telangiectasia

## ANGIOMA EN PENACHO: REPORTE DE UN CASO

Carolina Cevallos Bravo, Stefan Walkowiak Navas, Rocio Rubio Lopetegui

**Introducción:** El angioma en penacho (TA) es un tumor vascular benigno infrecuente que puede ser congénito o adquirido, ocurriendo principalmente durante el primer año de vida. Clínicamente se observa una placa indurada eritematoviolácea, de bordes mal definidos, localizada principalmente en extremidades, a veces asociado a hiperhidrosis o hipertrichosis. La histología muestra penachos de capilares asociados a vasos linfáticos dilatados dispersos en la dermis. La principal complicación es el fenómeno de Kasabach-Merritt observado en 10% de los casos, caracterizado por trombocitopenia marcada y coagulopatía de consumo. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 4 meses de edad. Consulta por lesiones cara posterior de pierna izquierda de 2 meses de evolución con aumento de tamaño. Al examen físico se observa placa violácea, indurada con hipertrichosis localizada. Dado sospecha de malformación vascular versus hamartoma se realiza ecografía Doppler que muestra aumento de ecogenicidad dérmica y subcutánea, extendiéndose 3,8 cm en eje longitudinal, 0,9 cm de espesor y 3,2 cm en eje transversal. Prominente vascularización al Doppler en plano dérmico y subcutáneo. Biopsia compatible con TA. Se realiza estudio con hemograma, fibrinógeno, dímero-D y pruebas de coagulación, todos en rango normal. Al año siguiente, destaca marcada involución de la lesión, sin induración, sólo leve hiperpigmentación. **Conclusión:** La historia natural del TA es una fase de crecimiento lento inicial seguida por una fase de estabilización y en pocos casos, existe regresión espontánea. El manejo de esta patología no está estandarizado, siendo una opción la conducta expectante como en el caso descrito, escisión quirúrgica o terapia farmacológica con resultados variables.

## CUTIS MARMORATA TELANGIECTÁSICO CONGÉNITO ASOCIADO A HEMANGIOMA CONGÉNITO NO INVOLUTIVO.

Claudia Constanzo Valdebenito, Bárbara González Oyarzún, Daniela Santana Fierro, Josefa Romo Bujes, Rosario Alarcón Cabrera

**INTRODUCCIÓN:** Se han descrito alrededor de 300 casos de Cutis Marmorata Telangiectásico Congénito (CMTC) el que se asocia infrecuentemente a Hemangioma Congénito no Involutivo (NICH), siendo este un raro tumor vascular caracterizado por su fase proliferativa intrauterina, que tiende a aumentar de tamaño después del nacimiento, con alto riesgo de sangrado. Se presenta un caso inusual y atípico, con buena respuesta a tratamiento quirúrgico. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Lactante menor de sexo femenino de 5 meses de edad, que nació con cutis de tipo marmóreo generalizado asociado a un aumento de volumen vascular en codo izquierdo que aumentó de tamaño desde el nacimiento. Ecografía doppler informó un hemangioma de la infancia, tratándose con propranolol por un mes. La lesión creció alcanzando 4-6 cm de diámetro, de coloración violácea, diagnosticándose NICH. Se decidió manejo quirúrgico, donde se extirpó lesión de 3 cm de diámetro, vascularizada, ubicada en el plano celular subcutáneo. La evolución fue favorable, evidenciándose persistencia de cutis marmóreo, con parches eritematosos en cara, tronco y extremidades, diagnosticándose CMTC. **DISCUSIÓN:** El CMTC es una enfermedad benigna, poco frecuente, de buen pronóstico, y de diagnóstico eminentemente clínico, asociándose en un 18,8% a otras anomalías cutáneas, por lo que éstas se deben buscar activamente. En nuestro caso era un NICH, para el cual se recomienda la cirugía precoz para mejores resultados funcionales y estéticos.

**PALABRAS CLAVE:** Hemangioma, Malformaciones Vasculares, Telangiectasia

## ENCEFALITIS AGUDA COMO CAUSA ORGÁNICA DE CATATONÍA: REPORTE DE UN CASO.

Stefan Walkowiak Navas, Carolina Cevallos Bravo, Diego Bartlett González

**Introducción:** El comportamiento catatónico corresponde a un síndrome neuropsiquiátrico marcado por disminución de reactividad al entorno, manifestado por postura fija, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, entre otros. Posee incidencia del 10% en pacientes hospitalizados psiquiátricos, particularmente patologías psicóticas avanzadas o del estado de ánimo. Sin embargo se describen más de 100 causas médicas que pueden cursar con catatonía, presentación subdiagnosticada que sin tratamiento oportuno puede progresar a catatonía maligna, de riesgo vital. **Presentación del caso:** Paciente sano de 50 años, con diagnóstico reciente de estatus convulsivo sin causa conocida, desarrolla irritabilidad, conductas e ideas bizarras, agitación nocturna y movimiento frecuente de extremidades inferiores. Se hospitaliza para ajuste farmacológico y estudio, tras ingreso evoluciona con nuevas crisis convulsivas pese a terapia con ácido valproico y clobazam, junto con alteraciones cualitativas motoras: almohada psíquica, mitgehen, paratonía, además de inestabilidad autonómica y estupor. En escala de Catatonía Bush-Francis puntúa 15/59 puntos. Se realiza Electroencefalograma sin actividad epileptiforme, punción lumbar normal, Tomografía Computada y Resonancia Magnética de cerebro sin hallazgos agudos, estudio infectológico y reumatológico normal, Tomografía por Emisión de Positrones-Tomografía Computada sin lesiones hipermetabólicas. Inicia terapia como encefalitis autoinmune con inmunosupresores, plasmaféresis y Rituximab, evolucionando favorablemente. Al alta con examen neurológico con mínima inatención y crisis distónicas facio-braquiales infrecuentes, con resultado pendiente de anticuerpos anti-neuronales. **Discusión:** Se presenta un caso de catatonía de causa orgánica, representando una forma de manifestación clínica subdiagnosticada y cuyo manejo, basado en resolución de la causa subyacente sumado a benzodiazepinas y/o terapia electroconvulsiva, puede impedir la progresión a catatonía maligna, condición de alta letalidad.

**PALABRAS CLAVE:** Catatonía, Encefalitis autoinmune, Neuropsiquiatría.

*TRABAJOS DE  
INVESTIGACIÓN*



## MANEJO SUB OPTIMO DE FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA 2015-2016.

Francisco Samuel Alberto Leppes Jenkin, Juan Ignacio Alvarado Villarroel, Antonio Maximiliano Zapata Pizarro

**INTRODUCCIÓN:** La osteoporosis es una enfermedad esquelética caracterizada por baja densidad ósea y deterioro de su microarquitectura, con el consecuente aumento de susceptibilidad para aparición de fracturas por fragilidad. **OBJETIVO:** Describir la epidemiología, aproximación diagnóstica y manejo realizado a pacientes hospitalizados por fractura por fragilidad (muñeca, cadera, columna) que ingresaron al Servicio de Traumatología (ST) del Hospital Regional de Antofagasta (HRA). **MÉTODO:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisó registros de los pacientes hospitalizados en el ST y se identificó a los pacientes que presentaron fractura por fragilidad. Se revisó sus fichas clínicas (período Enero 2015- Diciembre 2016). Se analizaron factores de riesgos, exámenes realizados, terapias y controles con especialistas por sus fracturas. **RESULTADO:** Se analizaron 971 ingresos al ST, de ellos 100 correspondieron a fractura por fragilidad. 88% fueron mujeres cuya edad promedio fue 73,1 años. El factor de riesgo más común fue la insuficiencia renal crónica y el uso de anticonvulsivantes. Las fracturas se distribuyeron en cadera 64%, muñeca 35% y columna 1%. A solo 3 pacientes se le pidió densitometría ósea. En ninguno fue evaluada vitamina D ni PTH. Al 7% se indicó calcio y vitamina D post fractura, a 4% se indicó antiresortivos (Bifosfonatos u otros). En ningún paciente se especificó ni se promovió el consumo de lácteos. **DISCUSIÓN:** Osteoporosis es un problema de salud pública cada vez más frecuente, con alta morbimortalidad, por lo que es importante realizar un tamizaje acucioso en pacientes fracturados con factores de riesgos presentes, para un temprano y adecuado manejo.

**PALABRAS CLAVE:** Traumatología, Osteoporosis, Hueso.

## ROL DEL FACTOR DE CRECIMIENTO FIBROBLÁSTICO-23 Y KLOTHO COMO INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD EN INJURIA RENAL AGUDA. DATOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE PROSPECTIVA

César Bascuñán Moreno, Katherine Arcos Lemus, Carlos Fuentealba Gutiérrez, Luis Toro Cabrera, Carlos Romero Patiño, Luis Michea Acevedo

La Injuria Renal Aguda (AKI) es frecuente en Unidades de Pacientes Críticos (UPC), asociándose a morbimortalidad y desarrollo de enfermedad renal (ERC). En pacientes críticos sépticos, la concentración plasmática del Factor de Crecimiento fibroblástico-23 (FGF23) se asocia al desarrollo y severidad de AKI. FGF23 es una hormona peptídica ósea, hipofosfatemiante-hiperfosfatúrica. Requiere como cofactor la proteína renal Klotho. La regulación de ambas se desconoce. **Objetivo:** Determinar cambios de [Klotho]<sub>p</sub> en AKI, relación entre [FGF23]<sub>p</sub> y mortalidad a mediano/largo plazo en pacientes e incidencia de ERC al año. **Cohorte prospectiva de pacientes de la UPC del HCUCh con diagnóstico de sepsis severa/shock séptico.** Se midió [Klotho]<sub>p</sub> y [FGF23]<sub>p</sub> al ingreso. Se evaluó desarrollo y severidad de AKI, letalidad a 30/180/365 días y desarrollo de ERC. **Análisis:** ANOVA, Kaplan Meier y Hazard Ratios (HR). **Análisis de 35 pacientes.** AKI(+): 57%. Mortalidad intrahospitalaria: 16%. [Klotho]<sub>p</sub> disminuyó en AKI(+) versus AKI(-) (131,0±84,6 vs 455,8±193,1 pg/mL; p<0,001), proporcionalmente a severidad. [FGF23]<sub>p</sub> al ingreso 3,8 veces mayor en pacientes AKI(+) versus AKI (-) (p<0,001). Pacientes [FGF23]<sub>p</sub> ≥ 36 pg/ml presentaron mayor letalidad a 30 días (24% vs 0%; HR:6,3; p=0,01), 180 días (32% vs 0%; HR: 8,3; p=0,01) y 365 días (40% vs 7%; HR:3,8; p=0,03). Alza de [FGF23]<sub>p</sub> asociada a mayor incidencia de ERC al año de hospitalización (40% vs 8% en pacientes con [FGF23]<sub>p</sub> ≥36 pg/mL, versus <36 pg/mL). En pacientes críticos sépticos, [Klotho]<sub>p</sub> disminuye en AKI, proporcionalmente al daño renal. Alza de [FGF23]<sub>p</sub> al ingreso es un indicador de mayor mortalidad a mediano/largo plazo y desarrollo de ERC.

**PALABRAS CLAVE:** Injuria Renal Aguda, factor de crecimiento fibroblástico 23, klotho

## COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN EN EMBARAZO NO DESEADO DEL GRAN CONCEPCIÓN.

CRISTIAN ALMONACID MONFIL, JAVIERA GONZÁLEZ PÉREZ, PABLO GUERRERO GUERRERO, MILENKA GUTIÉRREZ BASTÍAS, CLEMENCIA CABRERA FAJARDO

**INTRODUCCIÓN:** El embarazo no deseado (END) es toda gestación producida en un momento poco favorable, inoportuno o sin deseo reproductivo. En Chile el 52% de los embarazos son no planificados, de los cuales un pequeño porcentaje corresponde a END. Este tema reviste interés puesto que en madres con END aumentaría la incidencia de estrés psicológico y síntomas depresivos. Además se ha estudiado la relación de END con hiperémesis gravídica (HEG), sin embargo esto aún es controversial. **OBJETIVOS:** Identificar complicaciones durante la gestación en mujeres con END de 15-45 años del Gran Concepción. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal realizado en embarazadas de 15-43 años de centros de salud pública del Gran Concepción, durante el mes de mayo del 2017. La recolección de datos se hizo a través de una encuesta adaptada con preguntas abiertas y cerradas. El análisis de datos se hizo con frecuencias absolutas y relativas. **RESULTADOS:** De las 207 embarazadas encuestadas el 5% vive un END, con edad gestacional media de 29 semanas. Los síntomas más frecuentes fueron cansancio (80%) y náuseas (60%), los vómitos recurrentes tuvieron una frecuencia del 10%. El 60% relató incontinencia emocional, 10% presentó ideación suicida, 20% intentó abortar y el 40% consultó con psicólogo o psiquiatra. **DISCUSIÓN:** El END se asocia frecuentemente a sintomatología depresiva, la incontinencia emocional y la ideación suicida estuvieron 9 puntos sobre la población general (PG). Los otros síntomas si bien son más frecuentes, muestran márgenes más estrechos al compararlos con la PG.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo no deseado, Depresión, Hiperémesis Gravídica.

## CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) QUE SE CONTROLA EN POLICLÍNICO DE PARKINSON DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Arturo Eduardo Guerra Martínez, Leonardo Ignacio Montoya Ávila, José Alfredo González Peñaloza, Pablo Salinas Carrizo

**Introducción:** La EP es una afección cerebral multisistémica, crónica y progresiva con una prevalencia de 1-2% de la población mayor de 65 años con una mortalidad de 3 por 100.000 habitantes en Chile. En Chile no existen estudios que caractericen a la población con EP. **Objetivo:** Caracterizar a la población con EP que se controla en el policlínico de Parkinson del HCSBA. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, analizando las fichas clínicas de 191 pacientes con diagnóstico de EP para la recopilación de datos. Se utilizaron las escalas UPDRS y Hoehn y Yahr (HyY) para valoración clínica. El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** Del total de pacientes analizados un 46% corresponde a sexo femenino, la edad promedio de diagnóstico fue de 67 años. Un 64% presentaba morbilidades asociadas siendo la más frecuente HTA (41%). A un 17% se le realizó algún examen imagenológico. El 92% se encontraba en tratamiento farmacológico. El 85% presentaba UPDRS (promedio: 25 puntos). En la escala HyY, un 60% presenta un estadio de 2 o menor (afectación bilateral con buen control del equilibrio y bajo grado de incapacidad). **Discusión:** La EP se presenta en una población vulnerable, tanto por la edad de inicio como por el alto porcentaje de comorbilidades asociadas, lo que dificulta el manejo de estos pacientes. El progresivo envejecimiento poblacional generará un aumento de la EP por lo que son necesarios más estudios que describan con mayor precisión la realidad epidemiológica nacional.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Parkinson, Caracterización, Chile

## CARACTERIZACIÓN DE LOS MÉDICOS INCORPORADOS AL PROGRAMA DE ANESTESIOLOGÍA POR “CONCURSO DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD”. AÑO 2017

JOSÉ MIGUEL CASTELLÓN VALDIVIESO, DIEGO MERINO VÁSQUEZ, MATIAS CARREÑO OSORIO, SEBASTIAN MERINO VÁSQUEZ

**Introducción:** El “Concurso Nacional de Ingreso al Sistema Nacional de Servicios de Salud” (CONISS), permite a los Médicos de última promoción elegir e incorporarse a distintas especialidades médicas según un ranking de puntaje. Entre las especialidades calificadas como de interés nacional destaca Anestesiología y Reanimación. **Objetivo:** Caracterizar el desempeño durante el pregrado, según rubros definidos, del médico recién egresado que se incorpora a Anestesiología mediante el CONISS. **Método:** Estudio bibliométrico descriptivo. Se analizaron las bases del concurso CONISS 2017 y las listas de puntajes definitivos, plazas ofrecidas y resultados de becas tomadas; publicadas en la página web del Ministerio de Salud. Los datos fueron almacenados y analizados con Microsoft Excel© 2011. **Resultados:** De 1287 médicos inscritos en CONISS y 48 cupos para Anestesiología, fueron tomados 39 (81,25%). 29 (74,36%) de sexo masculino. Respecto al rubro 1 (Calificación Médica Nacional), 19 egresaron con promedio entre 6,00 y 6,49 (48,72%). De ayudantías, 21 (53,85%) realizaron el máximo de meses. Del rubro de investigación, 16 (41,03%) alcanzaron el máximo puntaje a través de posters y/o presentaciones en congresos. De la Práctica Abierta, 29 (74,36%) realizaron las 160 horas. 38 (94,87%) cumplieron el máximo de horas de cursos extra programáticos. **Discusión:** Los Médicos que ingresaron a Anestesiología el año 2017 son mayormente hombres, que realizaron en su totalidad las horas de cursos extra programáticos y de práctica abierta. Por otro lado, menos de la mitad logró cumplir con el máximo de investigaciones evaluables.

**PALABRAS CLAVE:** Anestesiología, educación médica postgrado, Salud pública

## CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR METANEUMOVIRUS.

Paulina Lorena Silva Toledo, Angélica Belén Patiño Palma, María Ignacia Poblete Vargas, Carolina Andrea Ramos Sánchez, Sebastián Matías Soto Monsalve, Felipe Eduardo Vera Araya

**INTRODUCCIÓN:** El metapneumovirus humano es un virus de reciente diagnóstico y no pesquisado en todos los centros hospitalarios. Se asocia con infecciones respiratorias agudas altas y bajas de distintas gravedades, por lo que se debe conocer su epidemiología. **OBJETIVOS:** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados por cuadro respiratorio por metaneumovirus en el servicio de pediatría del Hospital El Carmen. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron todos los pacientes hospitalizados por infección por metaneumovirus desde el 3 de Febrero del 2014 al 31 de Agosto del 2016, evaluando edad, sexo, días de estadía hospitalaria, origen del paciente, lugar de egreso. Los datos fueron analizados mediante pruebas de promedio, desviación estándar y T student. **RESULTADOS:** Se analizaron 60 pacientes, 32 el año 2014, 20 el 2015 y 12 el 2016. 50 % hombres y 50% mujeres. El promedio de edad en los respectivos años fue de: 1,29 años, 1,42 años y 0,49 años, con una diferencia estadísticamente significativa de edad entre el 2015 y 2016. La estadía promedio según año fue: 2014: 5 días (DS + 2,49), 2015 : 4 días (DS + 1,74 ) y 2016 5,41 días (DS + 3,92), fue significativa la diferencia entre los años 2014 y 2015 . Un 85,93% de los pacientes provenían de urgencias y 14% de la Unidad de cuidados intensivos (UPC), solo un 4,68 % requirió ingresar a UPC. **DISCUSIÓN:** La edad promedio de presentación mostró una importante disminución con igual frecuencia en ambos sexos. La mayoría de pacientes consultó en urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** Metapneumovirus, infecciones respiratorias, servicio de pediatría

## ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): NIVEL DE DEPENDENCIA Y ESTIMACIÓN DEL GASTO ASOCIADO

Arturo Eduardo Guerra Martínez, Leonardo Ignacio Montoya Ávila, José Alfredo González Peñaloza, Pablo Salinas Carrizo

**Introducción:** La EP presenta una prevalencia de 1-2% en la población > 65 años. La escala Hoehn y Yahr mide de manera clínica el grado de discapacidad de los pacientes con EP (etapas I-V). Requiere un manejo interdisciplinario e implica un importante gasto personal y familiar por el grado de dependencia progresivo de la enfermedad. **Objetivo:** Estimar el gasto familiar en relación al grado de discapacidad. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, se analizaron 191 pacientes con EP del Hospital San Borja-Arriarán, los datos se recopilaron a través de entrevistas y revisión de fichas clínicas. Se utilizó la escala Hoehn y Yahr (HyY) para establecer el grado de discapacidad y la necesidad de ayudas técnicas. El costo de las prestaciones (ayudas técnicas, cuidadores) se estimó según valor promedio del mercado. **Resultados:** Del total un 80% es mayor de 65 años. De estos un 43% presento HyY  $\geq$  a 3 y un 10%  $\geq$  a 4, un 2% se encuentra postrado. De los pacientes con HyY  $\geq$  3 un 83% requiere ayuda técnica para desplazarse y un 55% cuidador al menos dos veces por semana. Gasto promedio mensual \$160.000. **Discusión:** El ingreso promedio en los mayores de 65 años es de \$ 173.244, los pacientes con HyY  $\geq$  a 3 tienen necesidades que sobrepasan su capacidad financiera. El progresivo envejecimiento poblacional generará un aumento de la EP con grados de discapacidad mayores que requerirán de un esfuerzo social mayor para poder entregarles una adecuada calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Parkinson, Financiamiento, escala Hoehn y Yahr

## POLIFARMACIA Y COMORBILIDADES EN PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA EN POBLACIÓN RURAL

Pablo Ignacio Sandoval González, Javiera Monserrat Díaz Martínez, Andrés Torrealba Aránguiz, Fernanda Valenzuela Iturriaga, María Cristina Mayol Suarez, Paulina Silva Toledo

**INTRODUCCIÓN:** La transición epidemiológica y el envejecimiento de la población en Chile ha aumentado la prevalencia de patologías crónicas y de polifarmacia. La menor capacidad para mantener la homeostasis como resultado de la disminución de la funcionalidad orgánica (homeostenosis), sumada a otros factores sociales, educacionales y de acceso a salud aumentan el riesgo de interacciones y reacciones adversas de medicamentos. **OBJETIVOS:** Describir la polifarmacia y comorbilidades en una población rural en condición de dependencia severa. **MÉTODO:** Revisión de fichas clínicas y visitas domiciliarias de los pacientes pertenecientes al programa de dependencia del CESFAM de la comuna de Hijuelas durante febrero y marzo del año 2017. Se evaluaron la cantidad de fármacos y comorbilidades. Se realizó análisis descriptivo mediante programa Microsoft Excel. **RESULTADOS:** De 47 pacientes pertenecientes al programa de dependencia, el 61% correspondía a adultos mayores, 75% utilizaba 3 o más fármacos y el 41% 5 o más. Las principales comorbilidades correspondían a factores de riesgo cardiovascular como hipertensión y diabetes y la mayoría presentaban factores que podían influir en un adecuado manejo de sus patologías. **DISCUSIÓN:** Existe una alta prevalencia de polifarmacia en población adulta mayor con dependencia severa. La polifarmacia debe ser identificada en forma activa por el equipo médico ya que se asocia a mayor morbilidad y mortalidad debido a factores propios del envejecimiento fisiológico o derivados de la interacción entre fármacos.

**PALABRAS CLAVE:** Polifarmacia, adulto mayor, morbilidad

## MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPÁTICA, TENDENCIAS Y SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE Y SUS REGIONES PERIODO 1990-2014.

Juan Pablo Carvajal Yáñez, Samuel Verdugo Silva, Guillermo Jaque Parraguez, Francisca Sanhueza, Ana María Moraga Palacios

**INTRODUCCIÓN:** Cirrosis Hepática (CH) es importante problema de salud pública mundial, dentro de las 10 primeras causas de muerte. En Chile la mortalidad por CH (MCH) ha disminuido, conociendo estudios hasta 2007. No existen publicaciones de tendencias regionales. **OBJETIVO:** Analizar tendencia en MCH en Chile y regiones en período 1990-2014. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, ecológico. Se revisaron defunciones código K70-K74 CIE-10 entre 1997-2014 y 570, 571, 572.2, 573.8 y 576.1 CIE-9 entre 1990-1996. Se utilizaron bases de defunciones DEIS/MINSAL y bases de población INE. Excel para obtener tasas brutas por 100 mil habitantes. **RESULTADOS:** En Chile 1990-2014 ocurrieron 80.998 defunciones por CH, 73% en hombres. En 1990 la MCH fue 30,3. Biobío presentó la tasa más alta con 54,4, solo 3 regiones presentaron tasas superiores al país. En 2014 MCH de 15,4, registrándose 49% de disminución, 7 regiones por sobre país. En periodo estudiado y todas las regiones MCH mayor en hombres. En 1990 los hombres presentaron tasa de 44,7 y mujeres de 16,3. Luego de 25 años tasa masculina disminuyó a 24,3 y femenina a 6,7. La situación actual de Chile, trienio 2012-2014, muestra MCH de 15,9, región con tasa más alta Magallanes con 24,1, 8 regiones presentan tasas por sobre Chile. En este periodo la tasa MCH masculina fue 3,2 veces superior a tasa femenina. **DISCUSIÓN:** La MCH ha presentado importante disminución en Chile, regiones, y ambos sexos, sin embargo se mantiene importante diferencial según sexo. Actualmente regiones del sur presentan tasas más altas, destacando Magallanes con mayor MCH.

**PALABRAS CLAVE:** Cirrosis Hepática, Mortalidad, Chile.

## CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE SEVERA, CONTROLADA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA COMUNA RURAL DE HIJUELAS.

Javiera Monserrat Díaz Martínez, Andrés Torrealba Aránguiz, Pablo Ignacio Sandoval González, Jorge Eduardo Moscoso Camacho, Bayron Valenzuela Cecchi, Paulina Silva Toledo

**INTRODUCCIÓN:** Con los avances en medicina y el desarrollo de un país, la población se va volviendo cada vez más longeva. En Chile se estiman poco más de 400.000 personas se encuentran en condición de Dependencia Severa (DS), lo que corresponde al 2,5% de la población, y se estima que este número seguirá aumentando con el tiempo. Por lo anterior es de vital importancia conocer cómo son las características epidemiológicas de esta población para optimizar su atención en salud. **OBJETIVOS:** Realizar una caracterización de la población en el programa de DS en la comuna de Hijuelas. **MÉTODO:** Se revisan las fichas electrónicas de los pacientes en programa de DS entre Septiembre 2016- Febrero 2017 y se obtienen sus datos médicos. Se realiza un análisis descriptivo con programa Microsoft Excel 2011. **RESULTADOS:** El total de pacientes en programa DS son 47 (n=47). 68% corresponden a mujeres y 32% a hombres. La edad promedio es de 64,4 +- 25,3 años. 57% son hipertensos, 34% son diabéticos, 21% en curaciones por escaras y 34% de la población con diagnóstico de polifarmacia. En promedio tienen 3,8 +- 1,9 controles por médico durante el periodo estudiado. 1 paciente fallece durante periodo estudiado. **DISCUSIÓN:** La población del programa DS presenta una elevada prevalencia de patologías crónicas, lo que los convierte en una población vulnerable, por lo que requieren atención en salud de manera más frecuente y personalizada.

**PALABRAS CLAVE:** Epidemiología, población rural, humanos.



## MORTALIDAD POR CÁNCER HEPÁTICO, TENDENCIAS Y SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE Y SUS REGIONES PERIODO 1990-2014.

Samuel Verdugo Silva, Juan Pablo Carvajal Yáñez, Guillermo Jaque Parraguez, Francisca Sanhueza Medina, Ana María Moraga Palacios

**Introducción:** Cáncer Hepático (CH), como tumor primario, es importante problema de salud pública mundial siendo el segundo más mortal luego del cáncer de pulmón. En Chile la mortalidad por CH ocupa el 7° lugar entre los tumores malignos. **Objetivo:** Analizar tendencia en MCH en Chile y regiones en período 1990-2014. **Método:** Estudio descriptivo, ecológico. Se revisaron defunciones código C22 CIE-10 entre 1997-2014 y 155 CIE-9 entre 1990-1996. Se utilizaron bases de defunciones DEIS/MINSAL y bases de población INE. Excel para obtener tasas brutas por 100 mil habitantes. **Resultados:** En Chile 1990-2014 ocurrieron 19.919 defunciones por CH, 53,4% en hombres. En 1990 la MCH fue 4,7, Antofagasta presentó la tasa más alta con 6,9, 11 regiones presentaron tasas superiores al país. En 2014 MCH de 6,9, registrándose 46% de aumento, 6 regiones por sobre país. Para Chile en periodo estudiado MCH levemente mayor en hombres, en regiones no se observa una diferencia importante según sexo. En 1990 los hombres presentaron tasa de 4,8 y mujeres de 4,6. Luego de 25 años tasa masculina aumentó 51% y femenina 42%. La situación actual de Chile, trienio 2012-2014, muestra MCH de 6,6, región con tasa más alta Magallanes con 24,1, 5 regiones presentan tasas por sobre Chile. En este periodo la tasa MCH masculina fue 1,1 veces superior a tasa femenina. **Discusión:** La MCH ha presentado importante aumento en Chile, regiones, y ambos sexos, se mantienen tasas levemente mayores en hombres. Actualmente regiones del sur presentan tasas más altas, destacando Magallanes con mayor MCH.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer Hepático, Mortalidad, Tendencias en Cáncer

## CAUSA DE INGRESO DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UNA POSTA DE ATENCIÓN RURAL.

Javiera Monserrat Díaz Martínez, María Cristina Mayol Suarez, Pablo Ignacio Sandoval González, Andrés Torrealba Aránguiz, Vicente Parada Aguirre, Paulina Silva Toledo

**INTRODUCCIÓN:** En Chile el 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia. Para su atención, existe el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Discapacidad Severa, estrategia implementada el 2006 en los establecimientos de Atención Primaria. Conocer el motivo de ingreso al programa, permitirá enfocar recursos para mantener la funcionalidad en aquellos aún autovalentes y mejorarla si está perdida. **OBJETIVO:** Caracterizar epidemiológicamente y determinar las causas principales de dependencia severa de los pacientes en el programa de visita domiciliaria de una posta rural. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se evaluaron las fichas de todos los pacientes dependientes severos de la Posta Rural de Hijuelas. Las variables consideradas fueron: sexo, edad, causa de dependencia. Se realizó estadística descriptiva. **RESULTADOS:** De 47 pacientes, 68% eran mujeres y 32% hombres, la edad promedio 64,4 años. Las causas más frecuentes de dependencia severa fueron: 60,9% neurológicas, entre ellas 21,7% accidente cerebrovascular (ACV), 19,56% demencia y parálisis cerebral, 4,3 % retraso mental; A su vez 17,4% por artrosis y 4,3 % fractura. 13% presentaba ceguera asociada. **DISCUSIÓN:** Chile vive un proceso de transición epidemiológica y la dependencia se torna un tema importante. El ACV, es la primera causa específica de carga de enfermedad en Chile y una causa frecuente y prevenible de dependencia severa, por lo que los programas de salud debiesen enfocarse en la prevención de estos. Destaca mayor porcentaje de mujeres, igual que cifras nacionales, siendo primordial enfocar las estrategias en este segmento de la población.

**PALABRAS CLAVE:** Epidemiología, Servicio de salud rural, Servicios de Salud para Personas con Discapacidad

## AUTORÍA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA EN CUATRO REVISTAS MÉDICAS HISPANOAMERICANAS DE ALTO IMPACTO CIENTÍFICO, 2012 – 2015.

Edgardo Nicolás Alvarado Carrasco, Pablo César Burgos Villanueva, Sebastián Antonio Peñaloza Castillo, Khristhofer Alejandro Quezada Suazo, Carolina Natali Arévalo Linfati, Adelqui Raúl Esteban Sanhueza Mardones

**INTRODUCCIÓN:** Anteriores estudios en Hispanoamérica que han evaluado la producción científica de los estudiantes de medicina, han mencionado la posibilidad de “infravaloración de resultados” debido a deficiente consignación de los datos de afiliación. **OBJETIVO:** Cuantificar las publicaciones con autoría de estudiantes de medicina (PAEM) entre 2012 y 2015 en revistas médicas de alto impacto científico, editadas en países hispanoamericanos, con indicación explícita de consignar el grado académico en las afiliaciones. **MÉTODO:** Estudio bibliométrico descriptivo. Se revisaron los volúmenes publicados entre 2012 y 2015 de Archivos Argentinos de Pediatría, Revista Médica de Chile (RMC), Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (RPMESP) y Salud Pública de México. Estas revistas indican explícitamente consignar el grado académico, están indizadas en Scopus y su indicador SCImago Journal Rank es mayor a 0,2 (2015). Se calificaron como PAEM, las publicaciones donde algún autor se identificase en las afiliaciones como estudiante, alumno o interno de medicina. Para cada PAEM, se recopilaron los siguientes datos: tipo de publicación, primer autor, universidad y país de procedencia. Tabulación de datos y análisis estadístico en Microsoft Excel 2014®. **RESULTADOS:** Se revisaron 1998 artículos. PAEM equivalieron a 190 (9,5%). Las universidades chilenas (102) y peruanas (73) reportaron la mayor producción. Las revistas con mayor producción fueron RPMESP (17%) y RMC (12,7%). **DISCUSIÓN:** A diferencia de estudios previos, la autoría estudiantil resultó ser mayor. El diseño metodológico implica una mayor validez interna de los resultados, en contraste a anteriores estudios, que posiblemente han considerado revistas que solamente consignan las instituciones laborales o académicas de los autores.

**PALABRAS CLAVE:** Bibliometría, estudiantes de medicina, publicaciones científicas y técnicas.

## EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN MEDIANTE EL USO DE ÍNDICES OCUPACIONALES EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA.

Carolina Andrea Ramos Sanchez, Maria Ignacia Poblete Vargas, Angélica Belen Patiño Palma, Sebastian Matias Soto Monsalve, Felipe Eduardo Vera Araya , Paulina Silva

**INTRODUCCIÓN:** Es relevante evaluar la eficiencia en la gestión de las distintas unidades a través del índice ocupacional, para así hacer una mejor distribución de los recursos disponibles. **OBJETIVOS:** Evaluar y comparar la eficiencia de la gestión de una unidad de hospitalización infantil mediante los indicadores de índice ocupacional y de rotación de camas, durante los tres años de funcionamiento. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Mediante el registro de pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización infantil del Hospital El Carmen, incluyendo pacientes ingresados desde 3 de Febrero del 2014 al 31 de Agosto del 2016, se analizaron mensualmente los índices de ocupación y sustitución de camas, en base a los días camas (DC) por paciente, número de egresos y DC en trabajo. Los datos fueron analizados mediante el programa Análize It ,con las pruebas de promedio, T de Student y Chi cuadrado. **RESULTADOS:** El promedio de índice ocupacional durante los años fue: 57,12 % (2014), 57,37% (2015) y 67,91% (2016). Los índices de sustitución de camas promedio fueron respectivamente: 4,82 (2014), 4,56 (2015) y 4,91 (2016). El mes con mayor índice ocupacional fue Agosto 2016 con un 99,71%, con un  $p < 0,05$  entre Campaña de invierno 2015 y 2016. (Junio-Julio). Sin diferencias en temporada de baja demanda los tres años, como tampoco en los índices de sustitución en temporada baja e invierno durante los tres años. **DISCUSIÓN:** La eficiencia debe ser un indicador constantemente monitorizado, mediante indicadores de notificación obligatoria podemos evaluar la gestión de una unidad con cifras tangibles.

**PALABRAS CLAVE:** Administración de Recursos de Salud, Ocupación de Camas, Capacidad Hospitalaria.

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD FISICA Y SU CAPACIDAD DE DISCRIMINACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE PUERTO AYSÉN

María Ignacia Faure Rodriguez, Cinthya Urquidi Bellota, Francisco Bustamante Volpi

El suicidio ha incrementado en adolescentes chilenos. En adultos, el deterioro de la calidad de vida relacionado a salud física es un factor relacionado a suicidio; no obstante, no se ha estudiado esta dimensión en adolescentes. **Objetivo:** Evaluar la capacidad de discriminación de riesgo suicida del cuestionario de calidad de vida relacionado a salud física (EQ-5D-5L) en adolescentes. **Método:** 128 jóvenes (15-19 años) de Puerto Aysén respondieron transversalmente el EQ-5D-5L, la escala de suicidalidad de Okasha y dos preguntas de anclaje de riesgo inminente de suicidio. Se consideró como caso de riesgo suicida a un puntaje Okasha >5 en la escala Okasha o la respuesta afirmativa a una de las preguntas de anclaje. Se estimaron Odds Ratios (OR) con regresión logística, considerando como significativo a valores-p <0,05; y se calcularon áreas bajo la curva ROC (AUC-ROC) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). **Resultados:** 21 (16,4%) adolescentes fueron clasificados como casos de riesgo suicida. El 16,3%, 40,7% y 35,5% reportaron algún grado de dificultad en las dimensiones que se asociaron con riesgo suicida fueron de actividades usuales, dolor/disconfort y angustia/depresión de la EQ-5D-5L, respectivamente. Las dimensiones que se asociaron significativamente con riesgo suicida fueron dolor/disconfort (OR:2,29 p=0,002; AUC-ROC:0,71 IC95%:0,58-0,84) y depresión/angustia (OR:1,92 p<0,001; AUC-ROC: 0,83 IC95%: 0,75-0,91). **Conclusiones:** El EQ-5D-5L podrían ayudar a pesquisar indirectamente un potencial riesgo suicida en adolescentes y, por lo tanto, alertar su búsqueda.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescentes, Suicidio, Calidad de vida

## CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN PEDIATRÍA DURANTE SU PRIMER AÑO DE TRABAJO A CAPACIDAD PLENA EN EL HOSPITAL DE MAIPÚ.

Paulina Lorena Silva Toledo, María Ignacia Poblete Vargas, Angélica Belén Patiño Palma, Carolina Andrea Ramos Sanchez, Sebastián Matías Soto Monsalve, Felipe Eduardo Vera Araya

**INTRODUCCION:** Las poblaciones si bien en el servicio público son similares, cada comuna tiene sus peculiaridades, de acuerdo a factores sociales, ambientales, etc. Por lo cual es importante conocer las características individuales de cada población. **OBJETIVOS:** Caracterizar la población que se hospitaliza en el servicio de Pediatría del Hospital de Maipú, durante el primer año de trabajo a capacidad plena. **MATERIALES Y METODOS:** Se reviso la base de datos anual del servicio de pediatría de todo el año 2015, se evaluaron las variables: genero, estadía hospitalaria, previsión, tipo de hospitalización y tipo de patología. Los datos fueron analizados mediante Excell y prueba de T student. **RESULTADOS:** Se hospitalizaron 2138 pacientes, 56 % hombres y 44 % mujeres, el promedio de edad fue de 4,79 años sin diferencias significativas. La estadía hospitalaria promedio fue de 4 días, sin diferencias entre hombres y mujeres. Un 87% fue patología pediátrica y un 13 % quirúrgica. La previsión de los pacientes fue: Fonasa: 43% A, 16,94%, B, 17,72 % C, 21,52% D, 0,15% Particular y 0,34% Isapre. Dentro de la patología pediátrica un 54% fue respiratoria, 13,2 % neurológica y 12% infectológica. **DISCUSION:** De los pacientes hospitalizados durante el año 2015, predominó el sexo masculino y el motivo de consulta mas frecuente fue la patología respiratoria. La mayoría de los usuarios accedió mediante FONASA A. Es primordial conocer como se distribuye los pacientes que se hospitalizan en una unidad para así poder priorizar los recursos y realizar la planificación estratégica cada año.

**PALABRAS CLAVE:** Servicio de pediatría, Estrategias de salud, Descripción poblacional.

*True science is the key to wise practice*

(La ciencia verdadera es la clave para la práctica sabia)

**George Harley**



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA  
ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE