

**I COMPETENCIA CIENTÍFICA**

**V CONGRESO CHIILENO  
DE ESTUDIANTES DE  
MEDICINA**



**COCEM**

***LIBRO DE RESÚMENES 2020***



ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE  
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Fundada en 1984*

**DIRECTORIO 2018-2019**

**PRESIDENTE** Ximena Andrea Aguilera Correa

**SECRETARIO** Matías Montecinos Montecino

**TESORERO** Raúl Sebastián Castillo Astorga

**COMITÉ DE ÉTICA**

Natalia Olivares Garrido



*ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE*

*Fundada en 1984*

## **DIRECTORIO 2020**

**PRESIDENCIA** Rocío Alejandra Seguel Betancur

**VICEPRESIDENCIA INTERNA** Francisca Alexandra Castillo Amulef

**VICEPRESIDENCIA EXTERNA** Diego Andrés Aguayo Escobar

**SECRETARÍA** Esteban Godoy Zumaeta

**TESORERIA** Vicente Araya Canales



CONGRESO CHILENO DE ESTUDIANTES DE  
MEDICINA

*Desde el año 2016*

**COMITÉ ORGANIZADOR 2020**

**PRESIDENTE** Nicolás Ignacio Sarzosa Adaos

**VICEPRESIDENTE** Javier Ignacio ToroPérez

**SECRETARIA** Patricia Dölz

**TESORERO** Catalina Biénzobas

**DIRECTOR ACADÉMICO** Pablo Araya Tapia

**DIRECTOR CIENTÍFICO** Rodrigo Rivera Martínez

**DIRECTOR LOGÍSTICO** Jesús Cornejo Reyes

**DIRECTOR SOCIOCULTURAL** Camilo Laprida Acuña

**DIRECTOR DE IMAGEN Y MEDIOS** Joaquín Silva Serrano

**DIRECTOR INFORMÁTICO** Daniel Ignacio Saavedra Astudillo



CONGRESO CHILENO DE ESTUDIANTES DE  
MEDICINA

*Desde el año 2016*

**DIRECCIÓN CIENTÍFICA**

**DIRECTOR** Rodrigo Rivera Martínez

**SUBDIRECTOR** Diego Berrezueta Ocaranza

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN** Maximiliano Robles

# Casos Clínicos

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“FRACTURA DE CABEZA FEMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO”**

**Código del trabajo: CC002**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Camila Vargas Muñoz, Josefina Castro Penna, Antonia García Huidobro Harcha.

Nombre Tutor: Francesca Moller Macherone, Felipe Sandoval Gallardo

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La fractura de la cabeza femoral es una condición traumática poco frecuente, usualmente asociada a luxación de la cadera. Entre el 5-15% de las luxaciones se acompañan de este tipo de fractura. Son generalmente causados por trauma de alta energía, frecuentemente en personas jóvenes en contexto de politraumatismo. Existen numerosas clasificaciones para las fracturas de cabeza femoral, siendo la más utilizada la clasificación de Pipkin. Se presenta un caso de un paciente con luxofractura de cadera Thompson- Epstein V, Pipkin II.

**Caso clínico:** Hombre de 64 años, acude con dolor, limitación funcional, acortamiento y rotación interna de EEII derecha post accidente de tránsito. Sin alteraciones neurológicas y vasculares.

**Radiografía de pelvis** muestra luxación de cadera, que se reduce bajo sedación. **TAC de pelvis de control** evidencia luxofractura de cadera derecha Thompson- Epstein V, Pipkin II. Dada edad de paciente, se decide realizar artroplastia total de cadera derecha versus osteosíntesis, con recuperación de funcionalidad completa.

**Discusión:** La fractura de cabeza femoral es una condición poco común que ha aumentado su incidencia (3,4). La complicación más frecuente de este tipo de lesiones es la necrosis avascular (NAV) de la cabeza femoral, que depende del tiempo y tipo de reducción de la articulación, así como la artrosis post traumática dada por el daño primario de la cabeza femoral. En la literatura se encuentran pocas series de casos que permitan estandarizar un tratamiento ideal para pacientes mayores y abordaje quirúrgico que permita disminuir estas complicaciones. En pacientes jóvenes, la realización de osteosíntesis como manejo de este tipo de fracturas es lo más habitual donde la prioridad es salvar la cabeza femoral, sin embargo, en este caso en particular dada la edad del paciente y mayor riesgo de complicaciones se decidió efectuar una artroplastia de forma primaria.

**PALABRAS CLAVE:** *hip fracture, femoral head fracture, Arthroplasty.*

**Autor Responsable:** Camila Vargas Muñoz. cdvargas2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Escarlatina en adulto: a propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC003

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Natalia Pía Crisóstomo Toro, Francisca Alejandra Orellana Medina, Diego Ismael Verdugo Contreras.

Nombre Tutor: Eduardo Abott Caceres

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La escarlatina corresponde a una enfermedad infecto-contagiosa caracterizada por exantema producido como reacción de hipersensibilidad a toxinas de *Streptococcus pyogenes*. La escarlatina se considera una enfermedad pediátrica dado que gran parte de la población adulta adquiere anti-toxinas. A continuación reportamos el caso de un adulto que se presenta con escarlatina.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer 38 años, consulta por cuadro de 9 días de evolución de disfagia, odinofagia, otalgia, fiebre, mialgias, cefalea y exudación amigdalina, agregándose rash pruriginoso el día de la consulta. Con antecedente de alergia a sulfas, sin exposición a nuevos medicamentos. Al examen físico destaca amígdalas eritematosas sin exudado actual, lengua saburral con papilas prominentes, sin adenopatías. Al segundo día de hospitalización examen dermatológico muestra extensión del exantema papuloeritematoso blanqueable en cuello, abdomen, dorso, extremidades y zona inguinal. Cultivo faríngeo para *Streptococcus pyogenes* resultó positivo. Tras el diagnóstico de faringitis estreptocócica aguda junto a rash difuso se determina diagnóstico de escarlatina. La paciente fue tratada con Penicilina Benzatina 1.2 millones U, con lo que se logró resolución de síntomas en una semana junto con la descamación del exantema.

**DISCUSIÓN:** La escarlatina es una enfermedad diagnosticada principalmente en población pediátrica que ocurre en contexto de una faringitis estreptocócica. Su incidencia ha ido en disminución, sin embargo aun ocurren brotes en varios países. La enfermedad se caracteriza por odinofagia, lengua aframbuesada, fiebre seguida de la aparición de exantema papuloeritematoso áspero más intenso en pliegues (líneas de Pastia) que inicia en rostro (sin comprometer región perioral) y luego se extiende de forma cefalo-caudal. Tras una semana ocurre descamación del exantema. El diagnóstico es clínico, pudiendo complementarse con cultivo faríngeo o test pack para SBGA.

**CONCLUSIÓN:** La detección y tratamiento oportuno de escarlatina cobra importancia al evitar de esta manera complicaciones a largo plazo como la fiebre reumática y la endocarditis.

**PALABRAS CLAVE:** *Scarlet Fever, Streptococcus pyogenes, pharyngitis, desquamation*

---

**Autor Responsable:** Natalia Pía Crisóstomo Toro. npricristomo@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL A PROPÓSITO DE UN CASO.”

**Código del trabajo:** CC005

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Cassandra Numi Malermo, Valeska Peric Padilla, Natacha Frias Cumsille.

Nombre Tutor: Julián García

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El embarazo cornual es una variedad poco frecuente del embarazo ectópico, caracterizado por una elevada mortalidad si no se diagnostica precozmente por su alto riesgo de rotura y hemorragia masiva. Debe sospecharse una gestación ectópica ante la tríada clásica de amenorrea, dolor abdominal y sangrado genital, asociado a la ausencia de embarazo intrauterino en la ecografía transvaginal con elevación de subunidad beta sanguínea por sobre 5000 mUI/ml.

Se presenta un caso clínico referente a una paciente sexo femenino de 30 años, sin antecedentes mórbidos o ginecológicos de relevancia, quien se presenta al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal intenso, localizado en fosa iliaca derecha y presencia de escaso sangrado vaginal rojizo intenso, sin flujo vaginales de mal olor; ante cuestionario dirigido niega fiebre u otra sintomatología asociada. Se realiza exámenes de laboratorio cuantificando BHCG elevada e imagenología (ecografía Transvaginal) para llegar al diagnóstico de embarazo cornual, ante lo que se realiza manejo quirúrgico no conservador. La principal discusión se enfrentará en el manejo de este tipo de patología.

En la actualidad no existe consenso en cuanto a cuál es el tratamiento más aconsejable, este dependerá de cada caso; considerando diagnóstico precoz, embrión con o sin latidos, signos de complicación y la hemodinamia de la paciente. Se podrá plantear un manejo conservador bajo condiciones más estrictas como paciente hemodinámicamente estable, sin evidencia de rotura/complicaciones, tumor anexial menor a 4 cm, menos de 50 cc de líquido libre y subunidad beta (BHCG) menor a 2.000mUI/ml. Un manejo quirúrgico será necesario si presenta cualquiera de los hallazgos clínicos, de imágenes y laboratorio mencionados previamente. Respecto a esto mismo, se presenta en la discusión cómo realizar el diagnóstico de un embarazo ectópico y frente a este diagnóstico cómo manejarlo según cada paciente.

**PALABRAS CLAVE:** *Ectopic pregnancy, cornual, beta subunit, infeasibility, management*

---

**Autor Responsable:** Cassandra Numi Malermo. cassnm@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de X frágil y patología psiquiátrica: a proposito de un caso”**

**Código del trabajo: CC006**

**Área: Medicina Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Josefina Castro Penna, Camila Vargas Muñoz, Antonia Garcia-Huidobro Harcha.

Nombre Tutor: Álvaro Araya Araya

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El síndrome de X frágil (SXF) es una condición genética en la que existe una mutación en el cromosoma X. Se presenta en aproximadamente 1 de cada 4000 hombres y corresponde a la causa más frecuente de discapacidad intelectual hereditaria en dicho grupo (1). Se suele manifestar con una variedad de síntomas neuropsiquiátricos, tales como trastorno por déficit atencional e hiperactividad, autismo, mayor riesgo de agresión y convulsiones (2,3). A continuación se presenta un paciente con SXF y heteroagresividad.

**Caso clínico:** paciente de 36 años con síndrome de X frágil y antecedente de comportamiento agresivo, en manejo con clozapina. Debido a trasplante de médula ósea por linfoma de Hodgkin, se decide suspender transitoriamente el fármaco hasta resolución de patología hematológica. Posteriormente el equipo de hematología autoriza el reinicio de clozapina pero, por motivos desconocidos, se prolonga la suspensión del tratamiento por 10 meses. Durante este período, el paciente vuelve a presentar conductas de heteroagresión de alta gravedad contra cuidadores. Al ingreso, no se pesquisan síntomas psicóticos y se descartan otras causas médicas que explicaran el cuadro. Se decide reiniciar clozapina hasta alcanzar 300 mg con buena respuesta. Una vez alcanzada dosis objetivo y remisión de agresividad, sin alteraciones en el hemograma, es dado de alta.

**Discusión:** Debido a la alta prevalencia de trastornos de conducta, el manejo de una comorbilidad médica en un paciente con SXF puede ser un desafío para el médico. La realización de procedimientos que requieren de una suspensión del tratamiento psiquiátrico deben ser realizadas con especial precaución, dado el alto riesgo de heteroagresión. Según la literatura, la prevalencia de agresión en individuos con X frágil alcanza un 52% (4). Por lo tanto, es importante mantener comunicación fluida entre los equipos tratantes para reiniciar el manejo psiquiátrico a la brevedad, una vez compensada la patología médica.

**PALABRAS CLAVE:** *Fragile X syndrome, heteroagresion, clozapine*

**Autor Responsable:** Josefina Castro Penna. jcastro4@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Síndrome de Turner y patología psiquiátrica: a propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC007

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Camila Vargas Muñoz, Josefina Castro Penna, Antonia García-Huidobro Harcha.

Nombre Tutor: Álvaro Araya Araya

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El síndrome de Turner es una alteración genética en la cual existe una monosomía del cromosoma X. Mientras que se suelen describir rasgos somáticos característicos, las alteraciones neuropsiquiátricas son raras, destacando la presencia de trastornos afectivos y ansiosos (1,2). A continuación se presenta el caso de una mujer con síndrome de Turner, trastorno depresivo mayor y psicosis.

Caso clínico: Mujer de 37 años con síndrome de Turner y déficit cognitivo leve-moderado, es ingresada por agitación psicomotora en relación al cese de uso de antipsicóticos y un episodio depresivo mayor concomitante. Destaca bradipsiquia, sintomatología depresiva, ideas delirantes, fenómenos de alteración del yo, pseudoalucinaciones auditivas comandativas e ideas de auto y heteroagresión pasivas. Se plantean las hipótesis diagnósticas de psicosis reactiva esquizomorfa versus esquizofrenia. Durante la hospitalización se manejó con escitalopram, olanzapina y lorazepam. Por alteraciones de pruebas hepáticas, se cambió olanzapina por aripiprazol.

Discusión: Existe una vulnerabilidad genética asociada al cromosoma X para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, tales como psicosis, trastornos del ánimo y alteraciones conductuales(3). En relación a la psicosis, es infrecuente y es más bien de tipo esquizomorfa, sin ser una esquizofrenia propiamente tal (4). El déficit cognitivo basal de la paciente dificulta en gran medida la precisión de la sintomatología psiquiátrica, entorpeciendo el diagnóstico. Una situación de una paciente con sintomatología similar, pero sin déficit cognitivo, fue manejada con un esquema semejante al utilizado en este caso, con buenos resultados (5).

**PALABRAS CLAVE:** *Turner Syndrome, Psychotic Disorders, mental disorders, comorbidity*

**Autor Responsable:** Camila Vargas Muñoz. cdvargas2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Miasis cutánea foruncular: presentación de un caso”

**Código del trabajo: CC008**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Laura Vergara Merino, Matías Antonio Kirmayr Zamorano, Cecilia Andrea Retamal Narbona.

Nombre Tutor: Sebastian Pineda Bordali

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La miasis es la infestación de vertebrados vivos por larvas de moscas pertenecientes al orden Diptera de artrópodos. Su forma foruncular, causada por *Dermatobia hominis* en nuestro continente, tiene una mayor incidencia en trópicos, por lo que hay pocos casos reportados en Chile. Sin embargo, los viajes a localidades endémicas han aumentado, por lo que debemos conocer la presentación, evolución natural y manejo de esta infestación.

**Presentación del caso:** Mujer de 22 años, viajó a selva boliviana un mes previo a consultar por 4 pápulas eritematosas de 8 mm de diámetro, con orificio central en cara interna de muslo izquierdo de dos semanas de evolución. Asociadas a prurito intenso y a sensación de movimiento. A la dermatoscopia se evidenció collarete escamoso, vasos dilatados rodeando orificio central móvil y emergencia de la parte final de la larva. Se trató con ivermectina oral 200 mcg/kg y control en una semana. Tras manejo, hubo disminución del prurito y larvas emergieron sin necesidad de resorte quirúrgico. Un estudio anatomopatológico de la larva confirmó a *Dermatobia hominis* como causante.

**Discusión:** Si bien el diagnóstico es principalmente clínico, el antecedente epidemiológico suele orientar el diagnóstico. La ivermectina oral es una alternativa de tratamiento cuando el paciente no solicita la extracción más pronta posible. Otras opciones más usadas son el desbridamiento quirúrgico y la oclusión y asfixia de la larva.

**Conclusiones:** Es importante tener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedente de viaje a zonas endémicas con lesiones características y ponderar siempre las preferencias del paciente en la elección del mejor tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** *Myiasis, Ivermectin, Furunculosis myiasis [Supplementary Concept], Arthropods*

**Autor Responsable:** Laura Vergara Merino. lauravmerino@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Abatacept y Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Presentación de un caso.”**

**Código del trabajo: CC010**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Cecilia Andrea Retamal Narbona, Matias Antonio Kirmayr Zamorano, Laura Vergara Merino.

Nombre Tutor: Gustavo Vallejo Herrera

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Abatacept es un fármaco biológico utilizado en el tratamiento de artritis reumatoide (AR), que actúa interrumpiendo la coestimulación necesaria para la activación de los linfocitos T helpers e inhibiendo la respuesta inflamatoria. Considerando la fisiopatología de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), Abatacept ha sido estudiado para el manejo de éstas, sin eficacia demostrada.

**Presentación del caso:** Mujer, 62 años, con antecedentes de diabetes mellitus, cáncer cervicouterino tratado y AR en tratamiento con Abatacept. Consultó en hospital por síndrome diarreico crónico, de hasta 15 deposiciones diarias. con PCR >100, estudio negativo para Clostridium difficile, coprocultivo y coproparasitológico negativos, VDRL y VIH negativos, sin hallazgos imagenológicos de relevancia y con colonoscopia sugerente de EII. Se decide suspender Abatacept, como posible causante de EII, con cese de síndrome diarreico. Se consulta con reumatóloga tratante y define cambio de Abatacept a Adalimumab para control de AR, siendo además opción terapéutica probada para EII.

**Discusión:** La coexistencia de AR y EII es rara, con pocos casos descritos en la literatura. Aun así, existen reporte de casos similares a éste. Estudios previos, han demostrado que el uso de Abatacept en EII se asoció a mayor riesgo de falla terapéutica, mayor proporción de eventos adversos serios en pacientes con colitis ulcerosa (CU), con mayor incidencia de exacerbaciones y necesidad de colectomía. Incluso se propone a Abatacept como un posible desencadenante de CU dado la proximidad temporal de los casos.

**Conclusión:** Debido a lo anterior proponemos a Abatacept como posible causante del cuadro de la paciente, sin embargo, se requieren más estudios que determinen asociación entre Abatacept y CU. Se establece como primordial el reporte de efectos adversos a nuevos tratamientos para dilucidar indicaciones y contraindicaciones futuras de estos.

**PALABRAS CLAVE:** *Diarrhea, Inflammatory Bowel Diseases, Abatacept, Biological Therapy*

---

**Autor Responsable:** Cecilia Andrea Retamal Narbona. [ceciliaretamaln@gmail.com](mailto:ceciliaretamaln@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Eritrodermia como presentación de linfoma de células T cutáneo:  
Presentación de un caso”**

**Código del trabajo: CC011**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Cecilia Andrea Retamal Narbona, Matias Antonio Kirmayr Zamorano, Laura Vergara Merino.

Nombre Tutor: Joseernigui Rodríguez Rojas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Los linfomas cutáneos primarios son un grupo heterogéneo de linfomas no Hodgkin extranodales que se limitan a la piel al momento del diagnóstico. Aproximadamente el 75% de estos son derivados de células T. Tienen una prevalencia de 6,4 personas en un millón.

**Presentación del Caso:** Mujer de 66 años, consulta por cuadro de tres meses de mialgias, artralgias, sudoración nocturna, baja de peso de 15 kg, anorexia y astenia que progresó a la postración. Se le indicó, en distintos tiempos, escitalopram, celecoxib, pregabalina, duloxetina e hidroxiclороquina. Luego, presentó eritema cutáneo progresivo, con descamación en más del 90% de la superficie corporal, sin comprometer mucosas, palmas ni plantas. A su ingreso destacó una leucocitosis de predominio polimorfonuclear, PCR y transaminasas elevadas y una tomografía computada sin contraste que informó esplenomegalia y linfonodos retroperitoneales múltiples. Se descartó patología autoinmune y mieloma múltiple. Evolucionó con elevación de eosinófilos, transaminasas y lactato deshidrogenasa. Se inició prednisona 1 mg/kg con regresión del cuadro. Posteriormente, dos biopsias cutáneas y una biopsia de médula ósea informaron infiltración de linfocitos atípicos, con estudio inmunohistoquímico compatible con linfoma T cutáneo.

**Discusión:** Por su baja prevalencia los linfomas cutáneos son de muy difícil diagnóstico. En este caso, se presentó como eritrodermia luego del inicio de diversos fármacos, por lo que se sospechó reacción adversa a medicamentos en primera instancia. Fue necesario descartar diversas patologías y realizar múltiples biopsias para finalmente llegar al diagnóstico.

**Conclusión:** Casos complejos como este presentan un abanico de diagnósticos diferenciales, por lo que se hace indispensable un estudio exhaustivo de cada uno, con el apoyo de especialistas en distintas áreas, para llegar a un diagnóstico oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** *Lymphoma, T-Cell, Cutaneous; Dermatitis, Exfoliative; Drug Hypersensitivity*

**Autor Responsable:** Cecilia Andrea Retamal Narbona. [ceciliaretamaln@gmail.com](mailto:ceciliaretamaln@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Micosis fungoide hipopigmentada: a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC012**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Pablo Ignacio Valenzuela Leiva, Constanza Isabel Vargas Castro, Rocío Pilar Astudillo Goic.

Nombre Tutor: Carlos Rodrigo Reyes Vivanco

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La micosis fungoide constituye el tipo más común de linfomas cutáneos de células T. Su incidencia es de 6 casos por millón de habitantes al año. Afecta típicamente a adultos de 55-60 años. Es menos frecuente en niños, siendo la variante hipopigmentada la más común en este subgrupo. Se presenta como placas o parches generalizados lentamente progresivos y que varían en forma o tamaño, comprometiendo principalmente al tronco. Su etiología es incierta y requiere estudio histopatológico para establecer el diagnóstico. El pronóstico depende del estadio de la enfermedad y del grupo etáreo, siendo la sobrevida a 10 años mayor al 85% en etapas iniciales o en menores de 30 años.

#### Caso clínico:

Paciente de sexo masculino de 9 años sin antecedentes previos, consulta por cuadro de meses de evolución, progresivo, consistente en máculas y parches hipopigmentados, de bordes difusos, no pruriginosos. Al examen físico, las lesiones se aprecian en las cuatro extremidades, tórax, abdomen, zona lumbar y regiones glúteas, comprometiendo el 45% de la superficie corporal. Sin eritema, signos de grataje ni adenopatías palpables. Se obtiene biopsia de piel cuyo análisis es concordante con micosis fungoide hipopigmentada, con estudio inmunohistoquímico que revela reacción positiva para CD3 y CD8 en 80% de los linfocitos. Ingres a protocolo de 12 sesiones de fototerapia UvB-NB. Evoluciona con remisión de las lesiones.

#### Discusión:

Las lesiones de la micosis fungoide hipopigmentada son usualmente asintomáticas, y simulan condiciones benignas como pitiriasis alba, vitiligo y dermatitis crónica, por lo que se requiere una alta sospecha. Cuando no existen evidencias de compromiso linfático o sistémico, las terapias dirigidas a la piel constituyen la principal indicación, siendo preferible la fototerapia en cuadros más extensos, dado sus menores efectos adversos al comparar con tratamientos tópicos como corticoides de alta potencia o mecloretamina.

**PALABRAS CLAVE:** *Mycosis Fungoides, Cutaneous T-cell Lymphoma, Phototherapy, Child*

**Autor Responsable:** Pablo Ignacio Valenzuela Leiva. [pcvalenzuela@uc.cl](mailto:pcvalenzuela@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hemorragia submacular traumática manejada con vitrectomía pars plana y retinopexia neumática sin activador del plasminógeno tisular recombinante (r-TPA): reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC013**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Joaquín Oporto Caroca, Antonia Mori Sánchez, Rafael Velasco Retamal.

Nombre Tutor: Jorge Oporto Caroca

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El trauma ocular contuso puede acarrear diversas complicaciones incluyendo conmoción retiniana, rotura coroidea, agujero macular, hemorragia subretinal, entre otras. La hemorragia submacular es la acumulación de sangre entre la retina neurosensorial y el epitelio pigmentario de la retina. Es una condición grave que amenaza la vista y que requiere de una rápida resolución para evitar consecuencias funcionales.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 30 años, sin antecedentes, consulta tras golpe con luma en el ojo izquierdo. Al ingreso, su mejor agudeza visual corregida fue de 0.8 en el ojo derecho y 0.1 en el ojo izquierdo. Los reflejos fotomotores estaban presentes bilateralmente y no presentó alteraciones en la oculomotilidad. El fondo del ojo izquierdo destacó por la presencia de un hematoma subretina inferior y otro en el borde de las arcadas temporales, el primero de ellos con compromiso macular. La tomografía de coherencia óptica demostró engrosamiento retinal temporal y el hematoma con compromiso foveal. El paciente fue sometido a vitrectomía pars plana más retinopexia neumática sin uso de activador del plasminógeno tisular recombinante (r-TPA). A los cinco meses de seguimiento, su agudeza visual mejoró a 0.8 en el ojo izquierdo y en el fondo de ojo solo se identifican bandas fibróticas oblicuas a temporal. A los tres años de seguimiento no presentó neovascularización coroidea, por lo que no hubo necesidad de inyecciones intravítreas de antiangiogénicos.

**DISCUSIÓN:** La hemorragia submacular traumática debe ser prontamente tratada para evitar consecuencias funcionales. Los factores pronósticos más importantes son la agudeza visual basal, el tamaño y la localización del hematoma, y el intervalo entre el inicio del cuadro y el inicio del tratamiento. El tratamiento óptimo para esta entidad sigue siendo un tema de controversia, existiendo la posibilidad de tratamiento con o sin vitrectomía y con o sin el uso de r-TPA.

**PALABRAS CLAVE:** *Tissue plasminogen activator, eye injuries, hemorrhage, vitrectomy*

---

**Autor Responsable:** Joaquín Oporto Caroca. jnoporto@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Neurorretinitis por Bartonella henselae: reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC014**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Joaquín Oporto Caroca, Florencia Valenzuela, Antonia Mori.

Nombre Tutor: Jorge Oporto Caroca

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCION:** La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección generalmente provocada por *Bartonella henselae*. 5-10% de los pacientes con EAG desarrolla compromiso ocular, siendo el síndrome oculoglandular de Parinaud y la neurorretinitis las principales manifestaciones. La neurorretinitis es la inflamación del nervio óptico, que suele manifestarse con disminución de agudeza visual (AV), edema de papila y estrella macular por depósito de exudados lipídicos.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 45 años consultó por disminución de agudeza visual en el ojo izquierdo (OI) de un mes de evolución, sin otros síntomas. El examen físico general fue normal. Al examen oftalmológico, su agudeza visual mejor corregida fue de 0.6 en el ojo derecho (OD) y 0.05 en el OI. La presión intraocular, los reflejos fotomotores y la oculomotilidad se encontraron normales, al igual que la biomicroscopía de cámara anterior. El fondo del OI reveló esclerosis de vasos y exudados estrellados formando una estrella macular completa. Bajo la sospecha de secuela de neurorretinitis, se solicitaron exámenes de sangre, entre los que destacó la positividad de IgG e IgM para *B. henselae*. El paciente fue tratado con ciprofloxacino por 14 días.

**DISCUSIÓN:** La EAG se adquiere por mordeduras o arañazos de gatos, siendo sus manifestaciones más comunes las pápulas en el sitio de inoculación, adenopatías regionales y fiebre, aunque existen manifestaciones atípicas como la de nuestro paciente en que solo hubo compromiso ocular. El diagnóstico se basa en la presencia de un cuadro clínico sugerente y la positividad de serología IgG e IgM. Entre los diagnósticos diferenciales de neurorretinitis se encuentran entidades infecciosas e inflamatorias, como *Treponema pallidum*, *Toxoplasma gondii*, *Toxocara sp*, *Mycobacterium sp*, *Rickettsia*, citomegalovirus, virus Epstein Barr y sarcoidosis. El tratamiento para neurorretinitis por *B. henselae* es controversial, ya que no ha demostrado ayudar en la mejoría de AV.

**PALABRAS CLAVE:** *Bartonella henselae*, neuritis, retinitis

**Autor Responsable:** Joaquín Oporto Caroca. fivalenzuela@miuandes.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Enfermedad de Coats del adulto: reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC015**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Joaquín Oporto Caroca, Josefina Sandoval Chakiel, Daniella Sacco Ponce.

Nombre Tutor: Jorge Oporto Caroca

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Coats es un trastorno vascular retinal idiopático que se presenta generalmente en las primeras dos décadas de vida. Se caracteriza por la presencia de telangiectasias retinales y exudados intrarretinales o subretinales. Es una entidad esporádica no asociada a otras manifestaciones sistémicas y que suele afectar un solo ojo.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por historia de 4 años de entopsias en el ojo izquierdo (OI). Al examen físico, su agudeza visual fue 20/20 en ambos ojos. La presión intraocular, los reflejos fotomotores y la oculomotilidad eran normales. La biomicroscopía mostró dos nevos conjuntivales pequeños en el OI. El fondo del ojo derecho (OD) no presentó alteraciones, mientras que el OI reveló mácula plana con desprendimiento de retina inferior y exudados subretinales, además de alteraciones vasculares y una lesión de aspecto angiomaso a inferonasal. Bajo la sospecha de enfermedad de Coats, se solicitó angiografía con fluoresceína (AGF) y tomografía de coherencia óptica (OCT). La AGF demostró dilataciones vasculares aneurismáticas en periferia y la OCT fue normal. Se decidió tratamiento con fotocoagulación láser en el OI.

**DISCUSIÓN:** Aunque la enfermedad de Coats suele diagnosticarse tempranamente, nuestro paciente inició con síntomas de forma tardía, obteniendo un diagnóstico cerca de la tercera década de vida. Se ha descrito que la edad se correlaciona inversamente con la severidad del cuadro y mientras más tardíos sean los síntomas, mejor pronóstico visual tendrá el paciente. El manejo de la enfermedad de Coats depende de la etapa en que se presente. En este caso, se decidió el uso de fotocoagulación con láser, obteniéndose resultados satisfactorios. El uso de antiangiogénicos como terapia adyuvante ha sido considerado en el último tiempo. Hasta el momento, el paciente no ha requerido de su uso.

**PALABRAS CLAVE:** *retinal telangiectasis, retinal diseases, vascular diseases*

---

**Autor Responsable:** Joaquín Oporto Caroca. [jdsandoval1@uc.cl](mailto:jdsandoval1@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Osteoma coroideo con membrana neovascular coroidea inactiva: reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC016**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Joaquín Oporto Caroca, Francisco Goffard Bahamonde, Rafael Velasco Retamal.

Nombre Tutor: Jorge Oporto Caroca

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El osteoma coroideo (OC) es un tumor osificante benigno de etiología incierta. Característicamente se presenta como una lesión blanquecina-amarilla de bordes irregulares en mujeres entre los 20 y 40 años. El 80% de los casos son unilaterales y se presentan en el polo posterior. Las complicaciones más frecuentes son la neovascularización coroidea (NVC) y la hemorragia subretinal.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 38 años, con antecedente de ojo único izquierdo por catarata congénita derecha, en tratamiento con bevacizumab intravítreo por osteoma coroideo en el ojo izquierdo (OI), consultó por disminución de agudeza visual rápidamente progresiva de cinco meses de evolución. No refirió otros síntomas. Al examen oftalmológico, su agudeza visual mejor corregida fue de 20/200 (anterior 20/25). La biomicroscopía del OI fue completamente normal. El fondo del OI reveló la presencia de alteraciones pigmentarias en la fóvea y una extensa placa blanquecina desde la mácula hacia la arcada temporal inferior con extensión nasal. La tomografía de coherencia óptica demostró una membrana neovascular coroidea inactiva secundaria a osteoma coroideo.

**DISCUSIÓN:** Si bien el OC es un tumor benigno, las complicaciones de este pueden provocar pérdida absoluta de la visión. Actualmente no existe consenso sobre el tratamiento definitivo de esta entidad, aunque estudios recientes han demostrado que el uso de antiangiogénicos (bevacizumab) servirían para el manejo de la NVC y la mejoría de AV. Los predictores de buen pronóstico serían la localización de la lesión, la ausencia de calcificaciones y la presencia de NVC. Otros tratamientos como la escisión quirúrgica, fotocoagulación láser, termoterapia transpupilar, terapia fotodinámica han demostrado resultados mixtos, por lo que se requiere de mejores estudios para definir su utilidad.

**PALABRAS CLAVE:** *osteoma, choroidal neovascularization, choroid diseases*

---

**Autor Responsable:** Joaquín Oporto Caroca. [fjgoffard@miuandes.cl](mailto:fjgoffard@miuandes.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de hipotensión intracraneal espontáneo sin hallazgo de fistula: reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC017**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Felipe Andrés Sancho Tapia, Javiera Francisca Arribas del Campo, Joaquín Andrés Sñiga Tomasevic.

Nombre Tutor: Raquel Retamal

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El síndrome de hipotensión intracraneal es una entidad neurológica infrecuente de presentación variable, causado por una disminución de la presión del líquido cerebro espinal, generalmente dada por la presencia de una fuga de éste en la región espinal. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de cefalea ortostática, asociándose distintos síntomas según la afectación de estructuras encefálicas o espinales.

**Caso clínico:** Mujer de 36 años, con antecedente de hipertensión arterial consulta en servicio de urgencia por cuadro de 6 días de evolución de cefalea holocraneana de inicio insidioso y progresivo hasta llegar a ser invalidante en días, asociada a sensación de taponamiento timpánico y mareos. Destaca relación a cambios posturales, intensificándose en bipedestación y disminuyendo en decúbito. Sin antecedente de fiebre ni trauma. Sin déficit neurológico al examen físico. Se solicita TAC de cerebro que evidencia aumento de espacio subaracnoideo, descenso de tronco encefálico y estructuras basales cerebrales (sagging). Se complementa con RNM contrastada que evidencia engrosamiento paquimeningeo a nivel cerebral y medular, sin evidencia de fuga de LCR. Se realiza además estudio extenso con PL: LCR no inflamatorio, PCR panel meníngeo (-), PCR TBC (-). VDRL (-). Inmunoglobulinas normales, ANCA (-). VIH (-). Dada regular evolución y respuesta parcial a manejo conservador con analgesia, se decide realizar parche hemático epidural a nivel T9-T10. Posteriormente evoluciona favorablemente cediendo la cefalea ortostática y los mareos.

**Conclusión:** Existe limitada evidencia con respecto al manejo del síndrome de hipotensión intracraneal sin hallazgo de fistula con parche de sangre. Sin embargo, tanto en este caso como en otros descritos en la literatura, resulta eficaz para controlar los síntomas al menos a corto plazo.

**PALABRAS CLAVE:** *Headache. Intracranial hypotension. Blood patch.*

---

**Autor Responsable:** Felipe Andrés Sancho Tapia. [fasancho@miauandes.cl](mailto:fasancho@miauandes.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### **Título del trabajo: “SÍNDROME DE HUESO HAMBRIENTO POST-PARATIROIDECTOMÍA EN HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO RECURRENTE EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL.”**

**Código del trabajo: CC018**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Magdalena Antonia Fuenzalida Palacios, Sofía Alejandra Kutscher Campero, Dalay Teresa Purto Hoffmann.

Nombre Tutor: Rodrigo Tagle Vargas, Aquiles Jara Contreras

## RESUMEN

### **CUERPO DEL RESUMEN:**

**INTRODUCCIÓN:** El hiperparatiroidismo secundario (HPTS) es una complicación de la enfermedad renal crónica terminal (ERCT). En HPTS refractarios a terapia médica, la paratiroidectomía (PTX) continúa siendo necesaria. Habitualmente se desarrolla hipocalcemia leve posterior al procedimiento, que suele resolverse en pocos días. El Síndrome de Hueso Hambriento (SHH) consiste en hipocalcemia severa y prolongada e hipofosfatemia, a consecuencia de una rápida remineralización ósea. El objetivo de este trabajo es señalar los importantes aportes de calcio y fósforo que pueden requerir estos pacientes.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 35 años, con ERCT (causa desconocida), HPTS, PTX parcial y luego de 4 años PTX total con implante de glándulas en antebrazo. Nueve años después, presentó ascenso de la parathormona (PTH) refractaria a calciomiméticos y calcitriol. Cintigrama MIBI SPECT/CT® evidenció implante hiperfuncionante, indicándose PTX del injerto. Exámenes preoperatorios: calcemia 8.6 mg/dL, fosfatemia 7.3 mg/dL, fosfatasas alcalinas 1115 UI/L (valor normal <100) y PTH 3509 pg/ml (valor normal = 65). Biopsia: hiperplasia paratiroidea. Evolucionó con marcada hiperkalemia, hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia. Tras 4 semanas con infusiones de calcio, hemodiálisis con calcio iónico alto (4 mg/dL), elevados aportes de calcio elemental (12 gr/día), fósforo (19 gr/día), y calcitriol (4 ug/día), normalizó parámetros.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El SHH aumenta morbilidad, puede coexistir hiperkalemia grave y prolonga la hospitalización. Aunque niveles preoperatorios elevados de PTH y fosfatasas alcalinas predicen esta complicación, no se han establecido puntos de corte. Puede incluso aparecer post PTX del autotrasplante de paratiroides. En este caso destacan los altísimos requerimientos de calcio y fósforo versus un sujeto sano (ambos 1 gr/día), y 8 veces más calcitriol que la producción normal. Actualmente, la suplementación de calcio se realiza empíricamente. Sin embargo, estos pacientes presentan grados variables de hipocalcemia. Es tarea pendiente desarrollar protocolos de suplementación de calcio óptimos e individualizados para pacientes con SHH por HPTS.

**PALABRAS CLAVE:** *Chronic renal insufficiency, hypocalcemia, secondary hyperparathyroidism.*

**Autor Responsable:** Magdalena Antonia Fuenzalida Placios. mtfuenzalida@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Ictericia precoz por anemia hemolítica: Esferocitosis Hereditaria”**

**Código del trabajo: CC021**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: PAULA DANIELA ALMEIDA ABARCIA, MARTÍN NICOLÁS CÉSPEDA NUÑEZ, .

Nombre Tutor: Bernardo Almeida Araneda

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La esferocitosis hereditaria (EH) es la anemia congénita más frecuente en pediatría. Se debe a una alteración de la membrana eritrocitaria que produce disminución de la superficie del glóbulo rojo (GR), afectando su vida media. Tiene transmisión autosómica dominante con penetrancia incompleta y algunos casos de novo. Su presentación clínica va desde un paciente asintomático a hemólisis severa, y suele manifestarse en el periodo neonatal con ictericia. El tratamiento es mediante soporte con transfusiones, suplementación de ácido fólico, y en casos severos esplenectomía.

**CASO:** Lactante de 5 meses, producto de segundo embarazo controlado. RNT (37 semanas), AEG, presenta ictericia precoz, con bilirrubina 18 mg/dL a las 26 horas iniciando tratamiento de fototerapia con el diagnóstico de enfermedad hemolítica por incompatibilidad de grupo clásico OA con test de coombs directo(+). Se controla la bilirrubina, pero al cuarto día se eleva a 21 mg/dL con hematocrito de 17,5%. Evoluciona sin necesidad de exanguinotransfusión, solo con fototerapia y dos dosis de inmunoglobulina. Es dado de alta con bilirrubina 13 mg/dL y hematocrito 25%, y continúa con lactancia materna exclusiva. A los dos meses presenta un hematocrito de 17% por lo que se indica transfusión GR logrando recuperar nivel hematológico. Su desarrollo y crecimiento han sido normales para su edad persistiendo una anemia hemolítica requiriendo transfusiones de GR y suplementación con ácido fólico y hierro. Los últimos frotis presentan alteración de los GR orientando hacia una EH.

**DISCUSIÓN:** A pesar de ser la anemia congénita más frecuente, de presentación generalmente en el periodo neonatal, su diagnóstico es difícil, ya que no siempre se presentan antecedentes familiares, y las pruebas de fragilidad osmótica y examen morfológico a menudo tienen baja sensibilidad y especificidad sobretodo en recién nacidos, siendo la única opción realizar un diagnóstico diferencial y seguimiento ante la sospecha.

**PALABRAS CLAVE:** *hemolytic anemia, jaundice, hereditary spherocytosis, neonatal anemia.*

**Autor Responsable:** PAULA DANIELA ALMEIDA ABARCIA. paulita.almeida@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de Vena Cava Superior secundario a masa mediastínica: un desafío anestésico”**

**Código del trabajo: CC022**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Pablo Ignacio Valenzuela Leiva, Constanza Isabel Vargas Castro, Héctor Alonso Leng-Hou Fuenzalida Wong.

Nombre Tutor: Maximiliano Alonso Robles Bello

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Las masas mediastínicas constituyen un desafío para el anestesiólogo. La anestesia general produce pérdida de la permeabilidad de vía aérea y de los mecanismos compensatorios del paciente. En este contexto, estos tumores favorecen la obstrucción traqueobronquial y la compresión de grandes vasos. El Síndrome de Vena Cava Superior (VCS) puede ser secundario a la masa mediastínica y es una condición que aumenta el riesgo de colapso de este vaso durante la anestesia. La evaluación preanestésica estima el riesgo de estas complicaciones y debe incluir una imagen de tórax. Si hay sospecha de compromiso cardiovascular, se complementa con ecocardiografía.

**Caso clínico:** Hombre de 64 años, con antecedentes de EPOC tabáquico y masa de hilio pulmonar derecho con compromiso mediastínico en estudio. Ingresa para mediastinoscopia. Durante evaluación preanestésica, refiere presentar ocasionalmente edema facial y de extremidades superiores. La TAC de tórax impresiona sin compresión de estructuras mediastínicas, y el ecocardiograma descarta derrame pericárdico. Se realiza procedimiento sin incidentes, sin embargo, el paciente presenta dificultad respiratoria y taquicardia en el post operatorio inmediato. Es manejado inicialmente con salbutamol más adrenalina racémica, con respuesta parcial. Se interpreta finalmente como obstrucción de vía aérea secundaria a congestión vascular generada por síndrome de VCS y se administra furosemida endovenosa, con óptima respuesta. Evoluciona sin dificultad respiratoria y se decide continuar estudio ambulatoriamente.

**Discusión del caso:** Las complicaciones en la anestesia de pacientes con masa mediastínica y síndrome de VCS asociado suelen ocurrir durante la inducción. Con menor frecuencia pueden ocurrir en el post operatorio inmediato, principalmente secundarias a hemorragia del sitio operatorio o compromiso de vía aérea. En este contexto, se requiere manejo de emergencia, con un alto índice de sospecha y un tratamiento orientado a la fisiopatología de las complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Mediastinal Mass, Superior Vena Cava Syndrome (SVCS), Postoperative complications.*

**Autor Responsable:** Pablo Ignacio Valenzuela Leiva. hafuenzalida@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “ÍLEO BILIAR: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO EN EL ADULTO MAYOR”

**Código del trabajo: CC024**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: PAULA DANIELA ALMEIDA ABARCIA, JOSÉ IGNACIO MAGNA AGUIRRE.

Nombre Tutor: Dr. Manuel Figueroa

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El íleo biliar (IB) es una causa infrecuente (1-4%) de obstrucción intestinal alta mecánica, que aumenta su incidencia en los mayores de 65 años, representando hasta un 25% de las causas. Se origina por el tránsito de un cálculo a través de una fístula bilio-digestiva, el cual se impacta en el íleon terminal. Su importancia radica en su alta morbimortalidad, debida a la edad avanzada de presentación y al difícil diagnóstico temprano. Aún es controversial si realizar la resolución quirúrgica de la obstrucción intestinal (OI) y colecistolitiasis en un tiempo quirúrgico o diferir la segunda.

**CASO:** Paciente masculino, 77 años, con antecedente de HTA y colectomía total por diverticulitis. Consulta por cuadro de 3 días de dolor hipogástrico, intensidad 6/10 EVS, anorexia, vómitos biliosos, baja de peso de 5 kg y ausencia de expulsión de gases por ano. Examen físico: levemente deshidratado, abdomen distendido y bazuqueo. Laboratorio: PCR 26 mg/dL, leucocitos 12.310/mm<sup>3</sup>, bilirrubina total, lipasa y transaminasas normales. TC de abdomen y pelvis (TC-AP): dilatación patológica de asas de intestino delgado con cambio de calibre a nivel de íleon distal, con elemento hiperdenso en lumen. Vía biliar con neumobilia y fina imagen de trayecto biliodigestivo, sugerente de fístula. Con el diagnóstico clínico-radiológico de IB se decide resolución quirúrgica vía laparotomía. Se realiza enterolitotomía en íleon distal, colecistectomía parcial y fistulectomía. En control a los 3 meses se encuentra asintomático y sin complicaciones.

**DISCUSIÓN:** Si bien la clínica del IB es inespecífica, debe sospecharse en un paciente añoso con OI y colecistolitiasis no tratada. El TC-AP puede presentar dilatación de asas secundario a cálculo endoluminal y neumobilia. Estos datos permiten un diagnóstico y preparación preoperatoria oportuna, mejorando el pronóstico. La resolución en un tiempo quirúrgico de ambas patologías debe reservarse para pacientes hemodinámicamente estables y con un equipo experimentado.

**PALABRAS CLAVE:** *Intestinal obstruction, gallstone ileus, fistula, cholecystolithiasis.*

---

**Autor Responsable:** PAULA DANIELA ALMEIDA ABARCIA. paulita.almeida@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Enfermedad de Darier-White: Reporte de un caso atípico”

**Código del trabajo:** CC025

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Andrea Cristina Saba Atuez, Valentina Belén Pardo Fredes, Valentina Paz Milla Almonte.

Nombre Tutor: Elizabeth García Bermudéz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La enfermedad de Darier es una genodermatosis folicular, de herencia autosómica dominante, de muy baja prevalencia. Clínicamente se caracteriza por presentar pápulas foliculares y perifoliculares, que pueden confluir en placas queratósicas, ubicadas predominantemente en zonas de pliegues y áreas seboreicas. Se manifiesta en la adolescencia generalmente y tiene un curso crónico con exacerbaciones inducidas por exposición al sol, calor, fricción o infecciones entre otros. La alteración genética ocurre en el gen *ATP2A2* ubicado en el brazo largo del cromosoma 12 que codifica la isoforma 2 de la bomba de calcio-ATP del retículo sarco-endoplasmático. El manejo es sintomático, siendo muy importante el rol de la educación, evitar los desencadenantes, utilizar cremas hidratantes con queratolíticos y retinoides tópicos. En casos más graves considerar los retinoides orales y si hay sobreinfecciones antibióticos sistémicos. Se presenta el caso de una presentación atípica de la enfermedad de Darier en una mujer de 62 años, la cual acude al servicio de urgencia del Hospital Caudío Vicuña en San Antonio, Chile.

**PALABRAS CLAVE:** *ATP2A2 protein human, Darier Disease, Genetic Skin Diseases*

---

**Autor Responsable:** Andrea Cristina Saba Atuez. [andrea.saba8@gmail.com](mailto:andrea.saba8@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “SÍNDROME POST-POLIPECTOMÍA: REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo: CC026**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Francisca Nicole Sepúlveda Concha, Josefina Castro Penna, Javier Ignacio Gonzalez de la Vega Gonzalez.

Nombre Tutor: Manuel Cabrerías Segura

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La colonoscopia es un procedimiento de uso frecuente en la práctica clínica que posee complicaciones asociadas(1). Entre ellas se encuentra el síndrome postpolipectomía (SPP) causado por una lesión por quemadura eléctrica de todo el espesor de la pared intestinal con compromiso de la serosa, sin perforación libre (2). El cuadro clínico se presenta varias horas después del procedimiento e incluye dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Tiene un curso benigno y es de manejo conservador. Es importante diferenciarlo de una perforación colónica para evitar exploraciones quirúrgicas innecesarias.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 58 años se realiza colonoscopia total que muestra pólipos de colon derecho. Estos se extirpan con electrobisturí vía endoscópica. A las 24 horas evoluciona con dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha, con parcial respuesta a antiespasmódicos, distensión abdominal, sin eliminación de gases, fiebre ni otros síntomas asociados. Ingresa afebril, hemodinámicamente estable, abdomen blando, distendido, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Exámenes con leucocitosis, PCR 3.36. TAC muestra engrosamiento parietal de aspecto inflamatorio del polo cecal, sin áreas de disrupción parietal, neumoperitoneo libre ni colecciones asociadas. Recibe tratamiento con cefotaxima y metronidazol. Debido a buena respuesta clínica y disminución de parámetros inflamatorios se decide alta.

**DISCUSIÓN:** En pacientes con dolor abdominal y fiebre 12-24 horas post-polipectomía se debe considerar perforación o SPP. Son factores de riesgo para SPP la resección endoscópica con compromiso de submucosa, hipertensión, lesión >2 cm, morfología no polipoidea y resecciones en colon derecho (3, 4). El caso expuesto posee factores de riesgo como la ubicación y morfología de la lesión. Es importante la sospecha clínica para evitar intervención quirúrgica innecesaria. El SPP tiene un muy buen pronóstico con manejo conservador. Los síntomas se resuelven en 2-5 días. Si el cuadro persiste se debe considerar perforación como diagnóstico diferencial.

**PALABRAS CLAVE:** *postpolypectomy electrocoagulation syndrome, colonoscopy, adverse effects, colonic perforation*

---

**Autor Responsable:** Francisca Nicole Sepúlveda Concha. fisepulveda@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Miopatía Necrotizante Inmunomediada, asociada al uso de estatinas”

**Código del trabajo:** CC027

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Sebastián Andrés Larraín Castellón, María Jesús Irrarázaval Mainguyague, Catalina Sofía Kychenthal Loyola.

Nombre Tutor: Simón de la Maza Fontecilla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Mujer de 58 años con antecedentes de DM2, HTA y un AVE secuelado en 2018 con disartria y hemiparesia FBC izquierda, usuaria de estatinas, se presenta al SU relatando historia de paraparesia progresiva de 1 mes de evolución, evolucionando a tetraparesia de predominio proximal, disfagia progresiva y disnea de reposo. Niega cefalea, fiebre, incontinencia fecal o urinaria. Al examen físico destaca disartria moderada, tetraparesia con fuerza proximal M2, distal M5, mal control de tronco, cefaloparesia. En el laboratorio de urgencias destaca una CK Total en 24000 y una creatinina en 0.42, sin otras alteraciones. En las imágenes, TC de cerebro sin lesiones agudas y AngioTC de cabeza y cuello no sugerente de estenosis significativa. Se realiza EMG que evidencia miopatía difusa con abundante actividad irritativa sarcolemal, que impresiona Miopatía Necrotizante Inmunomediada asociada al uso de estatinas. Se profundiza estudio en donde destacan Anticuerpos anti-HMGCoAR (+) >200, y FR, Ac. AntiDNA, ANA, ANCA, marcadores tumorales y panel de miopatías negativo. VRDL, VHB, VHC y VIH no reactivos. TC TAP sin hallazgos compatibles con lesiones neoplásicas. Dado el cuadro clínico con anticuerpos anti HMG CoAR (+), se diagnostica una miopatía necrotizante inmunomediada, asociada al uso de estatinas, y se difiere realización de biopsia muscular. Como manejo inicial, se utilizaron inmunoglobulinas y pulsos de corticoides sistémicos.

**PALABRAS CLAVE:** *myositis, necrosis, Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors, autoimmune.*

**Autor Responsable:** Sebastián Andrés Larraín Castellón. salarrain@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“PIELONEFRITIS COMPLICADA EN PACIENTE JOVEN SIN COMORBILIDADES:  
DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ABSCESO RENAL.”**

**Código del trabajo: CC029**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Vanessa Belén Carrasco Valenzuela, Jean Carlo Fuentes Ramírez, Simonvalentina Roa Soto.

Nombre Tutor:

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Los abscesos renales corresponden a infecciones supuradas que comprometen el riñón. Los principales factores de riesgo son: urolitiasis, reflujo vesico-ureteral, uso de drogas endovenosas e inmunosupresión. Complicación infrecuente dentro de las infecciones del tracto urinario (ITU), con presentación clínica inespecífica que dificulta su diagnóstico temprano, siendo potencialmente letal. A continuación, se presenta un caso donde se observa la importancia del diagnóstico precoz y cómo impacta en la duración de la terapia.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Mujer, 26 años, antecedente de 3 ITUs bajas durante 2019, consulta por cuadro de 3 días de calofríos, mialgias, compromiso del estado general, dolor sordo intenso en fosa lumbar derecha irradiado a flanco ipsilateral y fiebre hasta 38.8 °C axilar. Sin síntomas irritativos bajos. Abdomen sensible en flanco derecho, Blumberg (-), puño percusión derecha (+). Se hospitaliza con diagnóstico de Pielonefritis Aguda (PNA) y se inicia ampicilina/sulbactam. Dada evolución tórpida, pese a tratamiento antibiótico adecuado, se solicita TAC de abdomen y pelvis, que evidencia nefritis bilateral y cambios flegmonosos en riñón derecho. Por urocultivo (+) E. coli MS, se modifica tratamiento antibiótico a ceftriaxona. Por persistencia de parámetros inflamatorios elevados y flegmon evidenciado en imagen anterior, se realiza control con imagen a los 5 días, evidenciando tres pequeñas colecciones en riñón derecho, compatibles con abscesos en formación. Sin indicación quirúrgica, se prolonga duración de antibióticos endovenoso. Paciente evoluciona favorablemente, dada de alta indicando 4 semanas de ciprofloxacino vía oral.

**DISCUSIÓN:** Los abscesos renales son potencialmente letales. La clínica es inespecífica y se debe sospechar ante ITU que no responde a tratamiento antimicrobiano adecuado o frente a la presencia de factores de riesgo. En el caso, paciente joven, sin factores de riesgo, la sospecha inicial de complicaciones es baja. Sin embargo, la evolución clínica tórpida instó realizar imagen, permitiendo un diagnóstico precoz y tratamiento preciso.

**PALABRAS CLAVE:** *Abscess, Kidney, Female, Urinary tract infection*

**Autor Responsable:** Vanessa Belén Carrasco Valenzuela. [vbcarrasco@uc.cl](mailto:vbcarrasco@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Carcinoma papilar de tiroides con metástasis orofaríngea: presentación atípica”**

**Código del trabajo: CC031**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Catalina Sofía Kychenthal Loyola, María Jesús Irarrázaval Mainguyague, Sebastián Andrés Larraín Castellón.

Nombre Tutor: Manuel Barrera Oñate

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Paciente femenino de 42 años con antecedentes de resistencia a la insulina, amigdalitis recurrente e hipoacusia izquierda de larga data. Consulta por cuadro de una semana de evolución de odinofagia, disfagia lórica y disnea progresiva asociado a rinorrea y tos. Al examen físico destaca eritema y abombamiento del pilar anterior izquierdo, y al laboratorio leucocitosis (GB totales 14500 con 78% neutrófilos). Se realiza TC de cuello que reporta una masa sólida centrada de 4x2.9x1.9 cm con áreas de necrosis en espacio faringomucoso a nivel de la amígdala palatina izquierda, compatible con tumor primario, además de adenopatía de grupo II izquierdo de 1.8x1.5 cm, obliteración del espacio parafaríngeo izquierdo por efecto de masa y glándula tiroides sin alteraciones. Se realizó amigdalectomía parcial izquierda y biopsia de la masa la cual mostró lesión folicular de origen tiroideo. En la ecografía cervical se describe tiroides de tamaño normal con parénquima discretamente heterogéneo, nódulo coloideo derecho y ausencia de nódulos sospechosos de neoplasia primaria. Se tomaron pruebas tiroideas que resultaron normales, y PET-CT que reporta masa tenuemente metabólica vascularizada y de bordes bien definidos en el mismo lugar previamente descrito en el TC de cuello, compatible con tejido tiroideo ectópico. Se describe glándula tiroides de tamaño y morfología normal sin nódulos hipermetabólicos, sin signos de diseminación a distancia. Se realiza cirugía con resección de masa orofaríngea, disección ganglionar izquierda y tiroidectomía total. La biopsia de estas muestras revela carcinoma papilar de tiroides en variante folicular de 0.7 cm en el lóbulo izquierdo de la tiroides y un nódulo metastásico en la mucosa parafaríngea, sin compromiso ganglionar.

**PALABRAS CLAVE:** *thyroid neoplasms, ectopic thyroid, dysphagia, tonsillitis*

**Autor Responsable:** Catalina Sofía Kychenthal Loyola. cskychenthal@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Glomerulonefritis rápidamente progresiva asociado a anticuerpos anti-membrana basal: A propósito de un caso.”

**Código del trabajo:** CC032

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Javier Ignacio González de la Vega González, Javier Alexis González Lucero, Felipe Ignacio Rojas Briones.

Nombre Tutor: Ximena Monsalve Valenzuela

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La glomerulonefritis por Anticuerpos Antimembrana Basal (AAMB) es una patología donde existe producción de autoanticuerpos contra epítopes del colágeno tipo IV presentes en la membrana basal glomerular. Es una causa poco frecuente, tanto de glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) como de Enfermedad Renal Crónica.

**Caso Clínico:** Hombre de 61 años, hipertenso, dislipidémico presenta cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por elevación de creatinina 2.3 (previa: 0.7), sedimento urinario microhematúrico, albuminuria. ANA (+) 1:80 patrón moteado. Evoluciona con emergencia hipertensiva asociada a daño renal agudo. Exámenes: creatinina 3.6, BUN 40, SOC 2% acantocitos, ANA 1:320 patrón moteado. IPC 0.43. Ecografía renal: hiperecogenicidad difusa. Pérdida parcial de diferenciación parénquima-seno renal. Biopsia: glomerulopatía por AAMB, predominio de lesiones esclerosantes y crecénticas fibrosas, con potencial actividad focal; daño tubular agudo y nefritis intersticial linfo-plasmocitaria y mononuclear. Ingresa con diagnóstico de GNRP por AAMB. Creatinina 2,74, BUN 42, ELP 141/5.45/112 IPC 1.1 SOC GR: 100, 4% Acantocitos. Niveles de AAMB: 34. Se inicia pulso de corticoides y se decide agregar plasmaféresis. Evoluciona con creatininas fluctuantes estabilizándose en 3.7. Nuevo control de AAMB en 3.3. Dado respuesta, se traslapa a ciclofosfamida mensual.

**Discusión:** La GN se caracteriza por HTA, edema y hematuria dismórfica. Se define GNRP cuando, asociado, hay duplicación de creatinina en menos de 3 meses. La histopatología muestra crecénticas que pueden ser celulares o fibrosas. A su vez, cumple rol pronóstico y predictivo puesto que aquellos con menos de 50% de crecénticas y con menos fibrosis tendrán mejor respuesta al tratamiento. El tratamiento consiste en inmunosupresión con pulsos de metilprednisolona seguido por prednisona, ciclofosfamida y/o Rituximab. La plasmaféresis es un elemento central dado por el retiro de AAMB circulantes. Hemos visto cómo en este paciente se ha aplicado el manejo descrito de una GNRP por AAMB con éxito.

**PALABRAS CLAVE:** *Glomerulonephritis. Anti-Glomerular Basement Membrane Disease. Renal Insufficiency, Chronic. Plasmapheresis. Cyclophosphamide.*

**Autor Responsable:** Javier Ignacio González de la Vega González. jigonzalezdelavega@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Insuficiencia cardíaca por instalación de marcapasos, reporte de un caso.”**

**Código del trabajo: CC033**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Alexandra Lee Elimelech Fookes, María Josefina Lorenzoni Gaete, María José González Figueroa.

Nombre Tutor:

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología caracterizada por la incapacidad de suplir los requerimientos corporales y/o hacerlo con presiones intracardíacas elevadas, generando disnea, edema de extremidades inferiores (EEII), entre otros. Su prevalencia en Chile asciende a un 3% con altos costos asociados. Dentro las principales causas destacan infartos e hipertensión, sin embargo, en algunos pacientes puede presentarse luego de la instalación de marcapasos, secundaria a asincronía cardíaca.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, usuario de marcapasos VVI desde hace 1 año luego de ablación del nodo atrioventricular por fibrilación auricular refractaria, con fracción de eyección (FE) post-instalación de 45%. Consulta por 4 meses de edema de EEII, lumbar y escrotal, asociado a úlceras de EEII refractarias a tratamiento médico durante los últimos 2 meses, sin otros síntomas. Ingresó estable, destacando edema de EEII asociado a úlceras profundas, y crépitos bibasales, sin otros hallazgos. Para estudio etiológico se solicitan exámenes destacando estudio reumatológico negativo, creatininemia de 1,62(mg/dL) y proteína C reactiva de 8,2(mg/dL). Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral y congestión pulmonar, y electrocardiograma con actividad de marcapasos normal. Se realizan cultivos de lesiones que resultan polimicrobianos y biopsia que informa origen vascular. Dada la congestión global y hallazgos en biopsia, se diagnostica IC descompensada con nefrosarca, iniciándose terapia depleitiva con respuesta parcial. Se solicita ecocardiograma, que informa FE 25% atribuyéndose descompensación a asincronía de marcapasos. Se realiza upgrade a marcapasos con resincronización, presentando franca resolución de lesiones, sin signos de congestión y mejoría de función renal.

**DISCUSIÓN:** Dentro del diagnóstico diferencial de pacientes con IC descompensada y marcapaso VVI es importante destacar la posibilidad de desincronización ventricular. La estimulación biventricular proporciona en comparación a la apical en pacientes con bloqueo auriculoventricular, IC leve a moderada y FE anormal, menor incidencia descompensación, muerte o progresión de IC.

**PALABRAS CLAVE:** *leg ulcer, heart failure, artificial pacemaker.*

**Autor Responsable:** Alexandra Lee Elimelech Fookes. alelimelech@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “COARTACIÓN AÓRTICA DUCTUS DEPENDIENTE: UNA CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA NEONATAL”

**Código del trabajo:** CC034

**Área:** Otras Especialidades

Autores: José Ignacio Magna Aguirre, Paula Daniela Almeida Abarcia, Maureen Chellew Von Wachold.

Nombre Tutor: Bernardo Almeida Araneda

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Las cardiopatías congénitas son las malformaciones congénitas mayores más frecuentes, con una prevalencia de 6 a 8 por 1.000 recién nacidos vivos. Dentro de ellas, la coartación aórtica (CoA) representa entre el 6 y el 8%. En recién nacidos la CoA se puede manifestar como insuficiencia cardíaca (IC), dependiendo de la persistencia del ductus arterioso para asegurar la perfusión sistémica.

**CASO:** RNPT masculino de 36 semanas, AEG, nacido por parto vaginal con APGAR 8 y 9, al minuto y 5 minutos respectivamente. A los dos días de vida presenta taquipnea, cianosis peribucal y piel reticulada. Al examen físico destaca presión arterial normal en todas las extremidades, frecuencia cardíaca 160 lpm, frecuencia respiratoria 62 rpm, SatO<sub>2</sub> 88% a FiO<sub>2</sub> 21%. Piel reticulada y palidez cutánea mucosa, pulsos periféricos disminuidos, RR2T sin soplos, polipnea, leve retracción intercostal y murmullo pulmonar normal sin ruidos agregados. Examen abdominal destaca borde hepático a 5 cm por debajo del reborde costal. En el examen neurológico se encuentra activo, hipotónico, reflejos normales. Se realiza Rx tórax AP, que muestra cardiomegalia con índice cardiorácico 0.77, con leve congestión venocapilar. Es evaluado por cardiología infantil con ecocardiografía. Se diagnostica CoA ductus-dependiente asociada a IC. Se indica hospitalización en intensivo neonatal, administración de prostaglandina E1 (PGE1), soporte inotrópico y gestionar traslado a centro de referencia.

**DISCUSIÓN:** La severidad clínica de la CoA en el recién nacido dependerá del grado de obstrucción. Si este es alto, se puede presentar como insuficiencia cardíaca en los primeros días de vida, la cual tiene una importante morbimortalidad si no es tratada adecuadamente. Es por esto que resulta fundamental un diagnóstico y manejo precoz, que incluye la mantención de un ductus arterioso persistente mediante PGE1, un soporte hemodinámico riguroso y una posterior evaluación quirúrgica.

**PALABRAS CLAVE:** *congenital heart defect, aortic coarctation, ductus arteriosus, heart failure.*

**Autor Responsable:** José Ignacio Magna Aguirre. joseignaciomagna@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Melanoma etapa IV con metástasis cerebrales, con sobrevida prolongada y adecuada calidad de vida: A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC035**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: María Josefina Lorenzoni Gaete, Alexandra Lee Elimelech Fookes, Natalia Patricia Molina Espinoza.

Nombre Tutor: José Guillermo Lorenzoni Santos

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El melanoma etapa IV con metástasis cerebrales, ha sido considerado una enfermedad grave y con una reducida expectativa de vida, reportándose en distintas series, una sobrevida de 4-6 meses en promedio (1).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 74 años con antecedente de hábito tabáquico suspendido en 2006. En febrero del 2010 presentó lesión dorsal infiltrante ulcerada, compatible con melanoma, que fue resecado quirúrgicamente. Biopsia fue informada como melanoma, con linfonodos axilares bilaterales y dorsal izquierdo negativos. Luego de 6 meses, presentó primera progresión cerebral. Se realizó resonancia magnética, que mostró lesión metastásica temporal derecha de 2 cm de diámetro. Se realizó resección quirúrgica completa, con buena evolución. La biopsia confirmó metástasis de melanoma. Luego se trató con radioterapia focal en lecho quirúrgico. Un año después, presentó crisis epilépticas focales simples en 3 oportunidades, diagnosticándose una nueva lesión hemorrágica del lóbulo parietal derecho mediante resonancia magnética de cerebro. Se realizó cirugía, lográndose extirpación completa del tumor, sin complicaciones. Biopsia nuevamente compatible con metástasis de melanoma. Se realizó nuevamente radioterapia focalizada en lecho quirúrgico 2 años después, estando en buenas condiciones, recibió tratamiento con vacuna de células dendríticas, sin complicaciones. Finalmente, al día de hoy (10 años más tarde), persiste en tratamiento por epilepsia focal, presentando crisis aisladas. Realiza una vida normal y no hay evidencia de enfermedad cancerosa.

**DISCUSIÓN:** A diferencia de la concepción que se tenía en el pasado, se ha visto que el comportamiento clínico del melanoma puede ser muy variable, incluso con enfermedad metastásica. Nuevas terapias han permitido tener sobrevida importante en estos pacientes (2). Además, la nueva estrategia de radiación post quirúrgica al cerebro, en forma local, ha permitido evitar el deterioro cognitivo que generaba en el pasado la radioterapia encefálica total (3).

**PALABRAS CLAVE:** *Melanoma, Neoplasm Metastasis, Brain Neoplasms, Survival*

**Autor Responsable:** María Josefina Lorenzoni Gaete. [mjlorenzoni@uc.cl](mailto:mjlorenzoni@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Perforación esofágica en paciente con acalasia: reporte de un caso”

**Código del trabajo:** CC036

**Área:** Medicina Adultos

Autores: María José González Figueroa, Alexandra Lee Elimelech Fookes, Natalia Patricia Molina Espinoza.

Nombre Tutor: Vicente Joaquín González Isla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: La perforación esofágica tiene una mortalidad de hasta 40%, donde el tiempo de presentación tiene un impacto significativo en el pronóstico. Sus principales causas son iatrogénica, vómitos, y trauma torácico. Su diagnóstico es un desafío clínico que requiere alto índice de sospecha, en pacientes con la triada clásica de fiebre, dolor, y presencia de aire subcutáneo o mediastínico.

Presentación del caso clínico: Hombre de 54 años con acalasia primaria operada hace 3 años mediante esofagotomía de Heller. En controles médicos por persistencia de sintomatología. Consulta por dolor torácico intenso irradiado a hombro izquierdo, 12 horas posterior a ingesta alimentaria y auto-inducción de vómitos alimentario-sanguinolentos por obstrucción esofágica. En urgencias se constata en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, febril. ECG en límites normales. Del laboratorio destaca elevación de la PCR y leucocitosis. Dado antecedente de emesis se realiza TC de tórax: “Antecedente acalasia con dilatación del esófago mediastínico y contenido heterogéneo. Signos de perforación focal pequeña en la pared anterior del segmento distal del esófago, con presencia de gas extraluminal y discretos signos inflamatorios.” Se decide manejo médico en UCI con antibióticos de amplio espectro, régimen cero e inicio de nutrición parenteral total. Evoluciona con disminución de la sintomatología y normalización de parámetros inflamatorios. Al séptimo día se realiza control imagenológico con contraste del tubo digestivo superior que descarta filtración. Reinicia aporte oral, sin repercusión clínica o de laboratorio. Es dado de alta en buenas condiciones, con indicación de manejar su patología de base.

Discusión: La perforación esofágica significa un desafío pues se presenta con síntomas inespecíficos que dificultan y retrasan su diagnóstico. Esto es determinante en el pronóstico, el cual depende mayoritariamente de un diagnóstico oportuno y un inicio precoz de tratamiento efectivo. El diagnóstico temprano, dentro de las primeras 24 horas de iniciado el cuadro, se asocia a menor morbimortalidad.

**PALABRAS CLAVE:** *esophageal achalasia, esophageal perforation, mortality, prognosis*

**Autor Responsable:** María José González Figueroa. mjgonzalez11@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Enfrentamiento diagnóstico de fibrosis hepática congénita con hipertensión portal en paciente pediátrico: a propósito de un caso clínico”**

**Código del trabajo: CC037**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Javiera Ignacia Gassmann Poniachik, María José González Figueroa, Natalia Patricia Molina Espinoza.

Nombre Tutor: Vicente Joaquín González Isla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Fibrosis hepática congénita (FHC) es una condición infrecuente, parte del grupo de trastornos congénitos fibro-poliquisticos. Tiene un amplio espectro clínico según el momento de presentación y grado de afectación hepática.

Presentación del caso clínico: Paciente de 4 años es traída por epistaxis recurrente y múltiples equimosis. Estudios revelan hiperesplenismo, hepatomegalia moderada y plaquetopenia de 80.000 U/mcL; función hepática y renal conservadas. En estudio etiológico se descarta: VHB, VHC, VEB, CMV, Déficit de alfa-1-antitripsina, Hemocromatosis, Enfermedad de Wilson, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Niemann-Pick, y defectos de la glicosilación. Dado persistencia de síntomas se realiza biopsia hepática que informa “alteración difusa de la arquitectura hepática, con islotes de parénquima hepático rodeado por bandas de tejido conectivo denso con presencia de innumerables formaciones ductulares biliares sin atipías. Estos hallazgos histopatológicos corresponden a fibrosis hepática congénita”. Se maneja como FHC, con cirugía de shunt mesentérico-cavo a los 10 años tras presentar complicaciones de hipertensión portal (HTP).

Discusión: La FHC es una enfermedad donde existe HTP sin compromiso significativo de la función hepática ni renal. Hay varias formas clínicas descritas según predominio de colangitis o HTP. Los pacientes son asintomáticos hasta los 5-7 años donde comienzan las manifestaciones de HTP o colangitis. El diagnóstico se basa en función hepática habitualmente conservada, hiperesplenismo, elevación de la FA y GGT. El sello distintivo del diagnóstico es la biopsia hepática, que muestra bandas de tejido fibroso que a menudo contienen espacios lineales o circulares revestidos por epitelio cuboidal. Hay fibrosis difusa portal y perilobular que varía en grosor, sin distorsionar las estructuras lobulares. No hay cambios inflamatorios y los nódulos regenerativos son mínimos o ausentes. El manejo depende de la presencia de complicaciones secundarias a HTP. El pronóstico puede mejorar enormemente con la cirugía de derivación porto-sistémica. El diagnóstico preciso es esencial para ofrecer un manejo adecuado.

**PALABRAS CLAVE:** *Liver Cirrhosis, congenital, portal hypertension*

**Autor Responsable:** Javiera Ignacia Gassmann Poniachik. [jgassmann@uc.cl](mailto:jgassmann@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Ictericia de lenta progresión como manifestación de hepatitis autoinmune: reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC039**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Braulio Ignacio Aliaga Campos, Paulen Xiu-fang Chen Chi, Sebastián Antonio Sánchez Zagal.

Nombre Tutor: Melissa Valencia Castillo

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Hepatitis autoinmune (HAI), enfermedad inflamatoria crónica del hígado de rara aparición, con casos asintomáticos hasta falla hepática fulminante. Presenta elevación de transaminasas e IgG sérica, biopsia compatible con tejido inflamatorio y circulación de autoanticuerpos. Se reporta un caso de HAI en una paciente con ictericia progresiva.

Caso: Paciente 84 años, mujer, antecedentes de HTA en tratamiento, colecistectomizada. Historia de 3 meses de evolución de ictericia progresiva y coluria intermitente, niega dolor abdominal, fiebre, acolia, baja de peso y sudoración nocturna. En estudio ambulatorio destaca hipokalemia moderada (K de 2.9), pruebas hepáticas con patrón mixto (GOT 981 GPT 800 GGT 594 FA 335 LDH 361 BT 14.49), y ecografía con hallazgos sugerentes de daño hepático crónico y leve ectasia de la vía biliar extrahepática. Al examen físico destaca ictericia marcada de piel y mucosas. En urgencias TAC de Abdomen y Pelvis sin hallazgo de obstrucción biliar. Sin evidencia de obstrucción en colangiografía magnética y resonancia magnética de abdomen. Presenta virus hepatotropos (-), ANA (+), ASMA (+), y AMA (-), IgG elevada. Se administra Prednisona. Evoluciona con disminución abrupta de ictericia y de pruebas hepáticas tras 2 días de tratamiento. Se decide alta con control ambulatorio, confirmándose diagnóstico con histología.

Discusión: Inicialmente la ictericia insidiosa hizo suponer otras hipótesis como primera opción diagnóstica. Sin embargo, el estudio imagenológico descartó patología biliar obstructiva. Los criterios simplificados de la IAHG permiten orientar en el diagnóstico de la HAI, entre los criterios ASMA (+) ANA (+), serologías virales negativas, elevación de IgG sérica y biopsia compatible con hepatitis autoinmune. A lo anterior, se añade la buena respuesta a terapia esteroideal.

Conclusión: El diagnóstico precoz de HAI es fundamental para iniciar tratamiento y disminuir el riesgo de progresión a Daño Hepático Crónico, por ese debe ser siempre considerada dentro del diagnóstico diferencial de estos cuadros.

**PALABRAS CLAVE:** *Jaundice, liver, autoinmune hepatitis*

**Autor Responsable:** Braulio Ignacio Aliaga Campos. [bialiaga@uc.cl](mailto:bialiaga@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Pancreatitis autoinmune tipo 1 como causa de ictericia obstructiva: Reporte de un caso.”**

**Código del trabajo: CC042**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Cristian Alejandro Díaz Frez, Dayana Carolina Castillon Huanca

Nombre Tutor: Edgardo Esteban Mancilla Sierpe

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) tipo 1 es una manifestación de la enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (ER-IgG4) y representa el 2% de las pancreatitis crónicas, con mayor prevalencia en hombres (60,8- 83%), mayores de 50 años. La ER-IgG4 puede afectar otros sitios, como el páncreas, vía biliar, glándula salival, lacrimal y retroperitoneo. Debido a su relativa reciente aceptación como enfermedad, existen pocos casos publicados en Chile.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedente de hipertensión arterial, acude por cuadro de ictericia mucocutánea y coluria de 4 semanas de evolución, sin fiebre, dolor abdominal ni baja de peso. Al examen físico presenta ictericia, sin otros hallazgos. El estudio sanguíneo muestra leucocitos 5.250/uL, hemoglobina 11,9mg/dL, bilirrubina directa 9.16mg/dL, fosfatasas alcalinas 494U/L, transaminasas GGT 629U/L, GOT 300U/L, GPT 380U/L, INR 1,08. La tomografía computarizada presenta dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática hasta 16mm, engrosamiento parietal y estenosis del colédoco distal y aumento difuso del páncreas. La CPRE informa tumor filiforme en los dos tercios del colédoco distal. Se realizó pancreatoduodenectomía obteniendo páncreas de consistencia pétrea y lesión que invade la vena porta. La biopsia reporta pancreatitis crónica linfoplasmocitaria, fibrosis periductal, periacinar y difusa, ductulitis linfocitaria, endarteritis linfocitaria focal con periarteritis y periflebitis linfoplasmocitaria con proliferación miointimal focal. El estudio inmunohistoquímico presenta >30 células plasmáticas positivas para IgG4 por campo de aumento mayor, regular cantidad de células plasmáticas CD138+. Al 3o día del postoperatorio evoluciona con falla orgánica múltiple, falleciendo.

Discusión/Conclusión: Este caso permite resaltar la relevancia de la PAI como diagnóstico diferencial del cáncer pancreático e ictericia obstructiva, debido a su clínica e imagenología similares, cuyo pronóstico y tratamiento son radicalmente distintos. La PAI es poco frecuente, de mejor pronóstico y requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, evitando cirugías innecesarias, cuyo tratamiento de elección son los corticoides.

**PALABRAS CLAVE:** *IgG4, IgG4-related disease, Autoimmune pancreatitis*

**Autor Responsable:** Cristian Alejandro Díaz Frez. [cdiazfrez@gmail.com](mailto:cdiazfrez@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Tumor ovárico por metástasis de carcinoma renal de células claras: Reporte de un caso.”

**Código del trabajo:** CC043

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Dayana Carolina Castillon Huanca, Juan Pablo Alberto Bustamante Hernández, Alfonso Agustín Prieto Pozo.

Nombre Tutor: Miguel Angel Ceron Teran

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR), es el tumor renal primario más común (80-85%) y la histología más frecuente es de células claras (75-85%). Tiene predominio masculino (1.5:1) con incidencia máxima entre 60-70 años. Metastatiza vía linfática y hematogena a pulmones(50-60%), ganglios linfáticos(36%), huesos(30-40%), hígado(30-40%), cerebro(5%) y raramente al ovario, reportándose menos de 30 casos en la literatura inglesa.

Caso Clínico: Mujer de 73 años con antecedente de nefrectomía izquierda hace 20 años por CCR de células claras, con historia de genitorragia intermitente hace 6 meses. Al examen físico no presenta adenopatías ni masa abdominal palpable, genitales externos sanos y especuloscopia con cuello uterino sin características patológicas ni sangrado. Presenta hemograma, uroanálisis y urocultivo sin alteraciones, serología CEA 2.4(0-2.5ng/mL) y CA-125 12.7(0-35U/mL). La ecotomografía transvaginal muestra endometrio de 14 mm y lesión solida parauterina izquierda de 54x53x48mm con flujo positivo al doppler. Se toma biopsia de endometrio hallando pólipo endometrial hiperplásico sin elementos de malignidad. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis identifica tumor parauterino izquierdo de 6x5cm y nódulo en pulmón derecho de 13mm espiculado, asociado a otros similares en lóbulo medio pulmonar derecho, sin adenopatías sospechosas de malignidad. Se realiza histerectomía radical tipo A con salpingooforectomía bilateral. La biopsia reportó metástasis de CCR de células claras grado II con estudio inmunohistoquímico positivo para pancitoqueratinas (AE1/AE3), EMA, PAX-8, RCC, CD10 y vimentina. Posteriormente continúa su tratamiento oncológico en otro establecimiento.

Discusión/Conclusión: Presentamos el caso de una metástasis ovárica de CCR, que no debe descartarse especialmente ante el antecedente de tumor renal previo. El diagnóstico diferencial es problemático por la similitud con el carcinoma primario de células claras de ovario, siendo la inmunohistoquímica necesaria para su diferenciación. La metástasis ovárica de CCR es rara, la forma de presentación es variable, como tratamiento la metastasectomía es factible y efectiva.

**PALABRAS CLAVE:** *ovarian metastasis, renal cell carcinoma.*

---

**Autor Responsable:** Dayana Carolina Castillon Huanca. castillondayana@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Meningoencefalitis por Virus Herpes Humano 7: Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC044**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Alfonso Agustín Prieto Pozo, Juan Pablo Alberto Bustamante Hernández, Dayana Carolina Castillon Huanca.

Nombre Tutor: Mery Veronica Valdez Padilla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Las neuroinfecciones son sin duda un desafío diagnóstico y terapéutico. Hoy, gracias a la introducción de la biología molecular en la práctica clínica, podemos llegar a diagnósticos que antes eran impensados. Existen a nivel mundial escasos reportes de meningoencefalitis por virus herpes humano 7, siendo su enfrentamiento todo un desafío.

Caso clínico: hombre de 18 años sin antecedentes, consulta en urgencias del Hospital Regional de Antofagasta, por cuadro de 3 semanas de evolución, caracterizado por odinofagia, a la cual 5 días antes se añade cefalea occipital intensa, sin sensación febril. El día previo a su ingreso present convulsión tónico-clónica generalizada. Posterior a este episodio persiste con cefalea y compromiso general, por lo que deciden consultar. Estando en sala de espera presenta un segundo episodio de convulsión, y un tercero durante la categorización, Al ingreso se encontraba vigil, desorientado en tiempo, orientado en espacio, inatento y bradipsíquico. Al examen físico pupilas isocóricas reactivas, Cornel simétrico, tono muscular y ROT simétricos, reflejo plantar flexor, Kernig(+), Brudsky(-). Se realiza punción lumbar, obteniéndose líquido límpido, incoloro, glucosa 67,9 mg/dL; leucocitos 87 céls/uL y 87,4% mononucleares. Se realiza PCR Multiplex FilmArray® en LCR detectándose Virus Herpes Humano 7 (VHH-7). Se hospitaliza, iniciándose inicialmente tratamiento con Aciclovir por 10 días. Ante la no disponibilidad de Foscarnet, se decide iniciar Ganciclovir, una vez completados los 10 días con Aciclovir. Posterior al inicio de Ganciclovir, el paciente refiere mejoría de la cefalea, náuseas y vómitos y no presentó nuevas convulsiones.

Discusión: pese a ser Foscarnet el fármaco a elección en VHH-7, pareciera ser que el inicio precoz de Aciclovir contribuyó a detener la progresión del deterioro neurológico, pero no a la mejoría de este. Debe tenerse presente la posibilidad de infección por VHH-7 en pacientes con meningoencefalitis viral, que no presenten mejoría pese al tratamiento con Aciclovir

**PALABRAS CLAVE:** *Human Herpesvirus 7, Meningoencephalitis, Antiviral Agents*

---

**Autor Responsable:** Alfonso Agustín Prieto Pozo. aappn1@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Mucormicosis en presentación atípica: a propósito de un caso”

**Código del trabajo: CC045**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Diego Ismael Verdugo Contreras, Natalia Pia Crisóstomo Toro, Francisca Andrea Aguilera Cortés.

Nombre Tutor: Eduardo Abbott

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El mucormicosis es una enfermedad infecciosa, generada por variados tipos de hongos –generalmente *Rhizopus*, *Mucor* y *Rhizomucor*-, los cuales tienen distintas manifestaciones clínicas. La más común es la rinocerebral, que se presenta como una sinusitis con síntomas rápidamente progresivos. A continuación reportamos un caso de mucormicosis de curso indolente y sin síntomas respiratorios.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre 62 años, consulta por cuadro de dos semanas de evolución de parestesias y dolor facial urente leve, que previo al ingreso aumenta su intensidad. Sin otros síntomas respiratorios. Paciente con antecedente de Diabetes mellitus II insulino dependiente. Al examen físico, presenta edema y eritema palpebral y maxilar leve, palpación dolorosa facial derecha, sin hallazgos patológicos al examen oftalmológico. Al estudio imagenológico destaca sinusitis maxilar derecha con necrosis mucosa, absceso facial, del espacio masticatorio y celulitis orbitaria derecha. Paciente fue tratado en pabellón removiéndose el tejido necrótico. Tinción de calcoflúor en tejidos mostró hifas no septadas. Cultivo compatible con *Mucorales Rhizopus* y cultivo aeróbico con *S. Agalactiae*. Paciente es tratado con Anfotericina Liposomal por cuatro semanas y tratamiento antibiótico con Amoxicilina/ácido clavulánico por 15 días, con buena respuesta clínica.

**DISCUSIÓN:** El mucormicosis ocurre por hongos que se encuentran de manera ubicua en el ambiente, sin embargo clínicamente se manifiesta en personas con factores de riesgo, como Diabetes, uso de corticoides, tumores hematológicos, entre otros. Su manifestación más común es la rinocerebral, con congestión nasal, descarga posterior, fiebre, dolor facial y cefalea, de curso rápidamente progresivo, pudiendo comprometer la órbita. El diagnóstico es histopatológico y su confirmación es con cultivo de hongos. La visualización de hifas no septadas en la tinción de calcoflúor es un elemento que ayuda al diagnóstico de mucorales.

**CONCLUSIÓN:** La alta sospecha diagnóstica frente a pacientes con factores de riesgo y el uso temprano de imágenes son elementos cruciales para su tratamiento oportuno, y así evitar mayores áreas de necrosis.

**PALABRAS CLAVE:** *sinusitis, zygomycosis, mycosis.*

---

**Autor Responsable:** Diego Ismael Verdugo Contreras. [diverdugo@uc.cl](mailto:diverdugo@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Enfermedad de Bowen Subungueal: reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC046**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Juan Pablo Alberto Bustamante Hernández, Dayana Carolina Castillon Huanca, Alfonso Agustín Prieto Pozo.

Nombre Tutor: MARTYER HERNÁNDEZ PEREZ

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Diagnosticar tumores subungueales es un reto debido a que muestran múltiples variantes clínicas. La enfermedad de Bowen subungueal es poco común; habitualmente se diagnostica en forma tardía por su apariencia benigna y crecimiento lento e indolente, confundiendo con diversas afecciones crónicas inflamatorias. El tratamiento consiste en remover la lesión, ya sea por intervención quirúrgica o por medios físicos o químicos.

**Caso clínico:** Hombre de 59 años, consulta en Policlínico de Dermatología del Hospital Regional de Antofagasta por una lesión localizada en el aparato ungueal del cuarto dedo de la mano derecha. El paciente refirió una lesión asintomática de aproximadamente tres años de evolución, que había sido manejada con tratamiento tópico ante el diagnóstico de verruga vulgar subungueal. Se efectuó biopsia de la lesión. Reportando un Carcinoma Escamoso In Situ (Enfermedad de Bowen, Neoplasia Intradérmica Queratinocítica Grado 3, KIN III), no concluyente de invasión estromal. Se realizan 4 sesiones de crioterapia y posteriormente onisectomía parcial, con hallazgo histopatológico de extensas áreas de carcinoma in situ ulcerado y foco de 2 mm de invasión estromal al borde. Luego el 18 de marzo, se realiza Cirugía Micrográfica en diferido (Slow Mohs) para exéresis de lesión tumoral, reconstruyéndose mediante injerto de piel total de cara interna de brazo ipsilateral. A la fecha se encuentra pendiente informe de anatomía patológica y bajo seguimiento en Policlínico de Dermatología.

**Discusión/Conclusión:** Se informa de este caso debido a que la enfermedad de Bowen en su presentación es poco frecuente y aún menos común que se de en el aparato ungueal. Además, su importancia radica en la técnica que se utilizó para el tratamiento, considerando que, si el resultado sale negativo, nos permite exponer una nueva forma de tratamiento que se realiza con poca frecuencia en el país y por primera vez en el Norte de Chile.

**PALABRAS CLAVE:** *Bowen's disease, subungual, subungual tumors.*

---

**Autor Responsable:** Juan Pablo Alberto Bustamante Hernández. medjphernandez@gmail.com  
Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE FÍSTULA VESICOVAGINAL COMO COMPLICACIÓN DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo: CC047**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Alejandra Francisca Plaza Rasjido, Georgina Stephany Vega Tapia, Macarena Sofia Peña Burgos.

Nombre Tutor: Cristian Morales Dinamarca

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Aproximadamente un 82% de las fístulas vesicovaginales (FVV) son consecuencia de cirugías ginecológicas, principalmente histerectomías abdominales (1,2) y menos del 1% de las histerectomías se complica con FVV.(3) El momento de reparación y técnica quirúrgica son esenciales para un buen resultado.(4)

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 49 años nulípara, ingresa para histerectomía abdominal electiva por miomatosis sintomática. Durante postoperatorio presenta oligoanuria e intenso dolor. Se realiza TAC con contraste de abdomen y pelvis que evidencia posible filtración de contenido vesical. Se efectúa cistoscopia y se corta punto remanente de histerectomía en pared posterior vesical con lo que cede tracción de vejiga. Equipo urología decide tratamiento con antibióticos, sonda foley y alta con control. Reingresa por sensación de orinar vía vaginal. En segunda cistoscopia se observa fístula vesico-vaginal de 20 mm la cual se decide reparar cumplido el mes de uso de sonda. Sin embargo, consulta antes por sintomatología compatible con pielonefritis aguda, posterior a tratamiento de esta, se decide resolución quirúrgica de fístula. En postoperatorio persiste con dolor y pérdida de orina vía vaginal. TAC evidencia fístula de 7 mm de diámetro. Se decide mantener sonda foley por 2-3 meses e ir reevaluando para nueva intervención quirúrgica. Paciente afectada emocionalmente debido a complicación, se ingresa a programa de apoyo psicológico.

**DISCUSIÓN:** Si bien el manejo de las FVV es controversial respecto al tiempo y técnica de reparación, es importante lograr una buena caracterización de la FVV. Teniendo en consideración un manejo multidisciplinario e integral del paciente dado su impacto en la vida diaria.

**PALABRAS CLAVE:** *Hysterectomy, vesicovaginal fistula, postoperative complications*

---

**Autor Responsable:** Alejandra Francisca Plaza Rasjido. [afplaza@miuandes.cl](mailto:afplaza@miuandes.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“MEGACOLON CHAGASICO DIAGNOSTICO A CONSIDERAR EN SINDROME DE CONSTIPACION, A PROPOSITO DE UN CASO”**

**Código del trabajo: CC048**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Camila Corcione Correa, Javiera José Salas Trejo, Pedro Pflingsthorh Matthey.

Nombre Tutor: Amaia Paz Susaeta

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Chagas, producida por el protozoo *Trypanosoma cruzi*, es una entidad endémica del Norte Chico chileno. En fase aguda, puede presentar síntomas inespecíficos, como compromiso del estado general o mialgias, o más específicos, como chagoma y signo de Romaña. En fase crónica, puede desarrollar alteraciones cardíacas (30%) o gastrointestinales (10-21%), entre las cuales se encuentra el megacolon chagásico, que se caracteriza por constipación crónica, secundaria a una alteración en el funcionamiento de la musculatura colónica por afectación del plexo entérico. Presentamos el siguiente caso, dado la importancia que este tipo de megacolon puede tener en la población de riesgo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 74 años, habitante de la tercera región, con antecedente de enfermedad de Chagas, se presenta en Urgencias del Hospital Provincial del Huasco, con cuadro de 8 días, caracterizado por constipación, dolor y distensión abdominal. Al examen físico, destaca un abdomen distendido, poco depresible, con sensibilidad difusa a la palpación profunda y sin signos de irritación peritoneal. Se realiza TAC de abdomen y pelvis, que muestra colección retroperitoneal adyacente a psoas ilíaco izquierdo, neumoperitoneo y colon sigmoides con aumento en el diámetro de asas intestinales gruesas, con abundante contenido fecaloideo. El paciente se hospitaliza, con diagnóstico de obstrucción intestinal. Se utilizan medidas mecánicas y medicamentosas de desimpactación fecal, con evolución tórpida, por lo que se decide resolución quirúrgica, evidenciando perforación en ciego. Se realiza colectomía total más ileostomía terminal con adecuada evolución clínica posterior. Posteriormente, se rescata biopsia de la pieza quirúrgica, confirmándose el diagnóstico de megacolon, compatible con etiología chagásica.

**DISCUSIÓN:** Presentamos este caso destacando el megacolon chagásico como un diagnóstico diferencial a tener en cuenta dado nuestro contexto epidemiológico, resaltando la importancia de realizar una adecuada anamnesis buscando factores de riesgo para esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** *Megacolon, Chagas Disease, constipation*

---

**Autor Responsable:** Camila Corcione Correa. [camilacorcione@gmail.com](mailto:camilacorcione@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Dengue afebril, a propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC049

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Renée Hola Carrasco, Francisca Paz Pinochet Valenzuela, Elissa Jensen Santa Cruz.

Nombre Tutor: Martín De Amesti Fuentes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El Dengue es una enfermedad febril infecciosa sistémica y autolimitada producida por 4 serotipos del virus dengue (DENV 1-4), transmitida por la picadura de los artrópodos: *Aedes Aegypti* y *Aedes Albopictus* (1). En los últimos años, el dengue se ha transformado en un problema económico y de salud pública mundial, con alto número de contagios al año (2). En el presente trabajo se presentará el caso de un hombre de 26 años, sin antecedentes mórbidos, con antecedente de viaje a Galápagos, en el último mes. Consulta ambulatoriamente, por cuadro de 5 días de evolución de cefalea, a lo que se agregó rash cutáneo maculopapular en tórax un día antes de consultar. Es enviado a domicilio con diagnóstico de reacción adversa a medicamentos, en relación a AINEs consumidos la última semana. Sin embargo, los síntomas persistieron y se agregó edema en manos, mialgias, artralgias y dolor al movimiento ocular. Por lo anterior, reconsulta, se sospecha dengue y se indica examen serológico para el diagnóstico de éste. Resultando IgM (+) e IgG (-) para el virus dengue. Esta enfermedad tiene un espectro de sintomatología amplio, siendo uno de sus síntomas cardinales la fiebre alta. Lo interesante del caso que se presentará en este trabajo, es que el paciente nunca presentó fiebre, por lo que el diagnóstico de dengue fue difícil de hacer. Es así, como la ausencia de fiebre no descarta el diagnóstico. Además, es importante mencionar, que como los síntomas son inespecíficos, existe una amplia gama de diagnósticos diferenciales (2). Y frente a ellos, es fundamental que el médico tenga un alto índice de sospecha y llegue al diagnóstico de dengue. Esto porque, si bien, poco porcentaje de pacientes desarrolla una enfermedad grave, muchos pacientes deben ser hospitalizados para observación (2), por si se agravan y requieren terapia de soporte.

**PALABRAS CLAVE:** *Dengue; fever; aedes aegypti*

**Autor Responsable:** Renée Hola Carrasco. rhola@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“PESQUISA Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE PLACENTA PERCRETA CON  
INVASIÓN VESICAL”**

**Código del trabajo: CC051**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Camila Corcione Correa, Alejandra Francisca Plaza Rasjido, Macarena Sofía Peña Burgos.

Nombre Tutor: Polentze Ballesteros Polloni

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El espectro de acretismo placentario comprende anomalías de placentación, presente en 1/540 a 1/93.000 partos. El 5% corresponde a placenta percreta, que es la invasión de serosa y posiblemente estructuras adyacentes. Asociada a mortalidad materna y fetal, la cual aumenta al invadir otros órganos. Placenta previa y cesáreas previas conllevan mayor riesgo. Ecografía permite diagnóstico prenatal. Según el caso, se plantea manejo quirúrgico o conservador. Siendo importante que sea multidisciplinario.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 25 años, antecedente de 1 cesárea anterior, cursando embarazo de 29+4 semanas consulta en urgencias por genitorragia. Hemodinámicamente estable, destacando a la especuloscopía sangrado reciente por orificio cervical externo y coágulos en canal vaginal. Ecografía transvaginal, gesta única viva, cervicometría 42 mm y placenta previa oclusiva total. Se hospitaliza con diagnóstico de placenta previa oclusiva sintomática. Presenta nuevo episodio de sangrado autolimitado. Ecografía control evidencia feto vivo, percentil 10, placenta posterior previa oclusiva total que se extiende hacia la zona de histerorrafia, donde destacan vasos prominentes que atraviesan la pared hasta mucosa vesical. Debido a edad gestacional menor al recibido por neonatología del recinto hospitalario, se decide traslado a Hospital Barros Luco Trudeau con diagnóstico de placenta previa oclusiva total y percretismo placentario.

**DISCUSIÓN:** Es importante tener en cuenta los factores de riesgo de acretismo placentario tales como cesárea anterior y placenta previa oclusiva para sospecharla y hacer un diagnóstico anteparto que permita un manejo en un centro terciario, por un equipo multidisciplinario y así disminuir la morbimortalidad materna y fetal.

**PALABRAS CLAVE:** *Placenta previa, placenta accreta, placenta.*

**Autor Responsable:** Camila Corcione Correa. [camilacorcione@gmail.com](mailto:camilacorcione@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN SÍNDROME DE HELLP: REPORTE DE UN CASO.”

**Código del trabajo:** CC052

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Alejandra Francisca Plaza Rasjido, Camila Paz Brunner Carvacho, Beatriz De los Angeles Michael Barria.

Nombre Tutor: Valeria Bawarshi Yanine

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN:

El síndrome de HELLP corresponde al compromiso hepático y hematológico en contexto de preeclampsia severa. Característicamente presenta hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Ocurre en 0,5-0,9% de embarazadas, con mortalidad materna de hasta 3,5% y perinatal de 33%. Si se complica con insuficiencia renal aguda (IRA), aumenta al doble la mortalidad materna. La importancia del caso radica en presentar una complicación poco descrita, poniendo énfasis en diagnóstico y tratamiento oportunos.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer 40 años, cursando embarazo de 37+1 semanas, consulta por contracciones dolorosas. Al examen físico, presión 175/110 mmHg y frecuencia cardíaca 128 lpm. Destacan epigastralgia e hipertonia uterina. Cuello dilatado 2 cm. Albuminuria cualitativa ++++. Se traslada a parto, presentando parto en 7 minutos. Se observa desprendimiento de placenta de 50%. Evoluciona con inercia uterina, manejada farmacológicamente. Durante post parto persisten crisis hipertensivas manejadas con labetalol y sulfato de magnesio. Exámenes de severidad LDH: 2635, Bili T: 1,63 Hematocrito: 17, Hemoglobina: 5,4, Plaquetas: 61.000, Creatinina hasta 8,55. Se diagnostica Síndrome de Hellp complicado con insuficiencia renal aguda. Se transfunden plaquetas, glóbulos rojos y se inicia hemodiálisis. Evoluciona favorablemente tras 20 días en UCI.

#### DISCUSIÓN:

Si bien la IRA es poco prevalente en síndrome de HELLP, es relevante buscarla dirigidamente frente a preeclampsia severa y/o síndrome de HELLP, dada su alta mortalidad materno- fetal. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno podrían disminuir la mortalidad asociada.

**PALABRAS CLAVE:** *HELLP Syndrome, Acute Kidney Injury, Pre- eclampsia.*

**Autor Responsable:** Alejandra Francisca Plaza Rasjido. [afplaza@miuandes.cl](mailto:afplaza@miuandes.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Carcinosarcoma uterino: Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC053**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Alejandra Francisca Plaza Rasjido, Claudio Andres Barahona Flores, Camila Paz Brunner Carvacho.

Nombre Tutor: Carol Urrutia Iama

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción:

Los sarcomas uterinos son tumores epiteliales poco frecuentes de mal pronóstico y representan el 1% de las neoplasias del tracto genital femenino. Entre ellos, los carcinosarcomas presentan una clínica indiferenciada, con síntomas como hemorragia genital, dolor abdominopélvico y masa pélvica. Si bien es una patología rara, el conocer su existencia y considerarla como diagnóstico diferencial podría incidir en su morbimortalidad.

#### Presentación de caso:

Paciente de 64 años, hipertensa, consulta en servicio de urgencias por metrorragia intermitente de 1 año de evolución, intensificada hace 1 semana, asociada a eliminación reciente de masa de 20x10 cm vía vaginal, la cual lleva al SU. Al examen físico hemodinámicamente estable, con sangrado activo por OCE, cuello irregular y con lesión exofítica. Ecografía Transvaginal muestra tumor uterino polipoideo de probable origen endometrial que protruye por cuello. Se toma biopsia de lesión y de masa, y se realiza taponamiento vaginal e inicia ácido tranexámico. Biopsia informa tumor maligno de estirpe epitelial y estromal, compatible con carcinosarcoma. Se realiza TAC TAP con contraste, el cual descarta metástasis. Dada necesidad de manejo en centro especializado, se realiza interconsulta con FALP donde se le realiza histerectomía total robótica.

#### Discusión:

Si bien el carcinosarcoma es una neoplasia poco frecuente, su agresividad y mal pronóstico hacen de vital importancia un manejo precoz. El manejarlo dentro de nuestros diagnósticos diferenciales cuando nos enfrentamos a una paciente postmenopáusica con metrorragia, nos permitirá realizar exámenes oportunos, para darle las mejores posibilidades terapéuticas a nuestros futuros pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** *Carcinosarcoma, histerectomy, metrorrhagia*

**Autor Responsable:** Alejandra Francisca Plaza Rasjido. [afplaza@miuandes.cl](mailto:afplaza@miuandes.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii* de difícil diagnóstico, en paciente no VIH: A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC054**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Paloma Pozo Pacheco, María Josefina Lorenzoni Gaete, Alexandra Lee Elimelech Fookes.

Nombre Tutor: Jai-sen Francisco Leung Caballero

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La neumonía por *Pneumocystis Jirovecii* (PCP) es una infección común en pacientes inmunosuprimidos, por lo cual siempre debe sospecharse frente a cuadros respiratorios o fiebre de origen desconocido (FOD).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 77 años, con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con prednisona, metotrexato y leflunomida. Consulta por deterioro cognitivo, asociado a compromiso cualitativo de conciencia de 6 meses de evolución, que se acentúa 3 semanas previo a hospitalización. Se evalúa por Neurología, sospechándose Ataxia degenerativa. Durante estadía hospitalaria, presenta peak febriles persistentes, con parámetros inflamatorios levemente elevados y procalcitonina baja. Se inicia estudio de FOD que resulta negativo, incluyendo PCR de PCP. En TAC de tórax se aprecian opacidades parenquimatosas pulmonares en "vidrio esmerilado", sugerentes de foco infeccioso versus compromiso secundario a enfermedad de base (AR). A pesar de resultados en estudios previos y una LDH normal, se mantiene alta sospecha PCP, decidiéndose manejo expectante. Posteriormente paciente evoluciona con tendencia a la hipotensión, aumento de fiebre y requerimientos de oxígeno hasta 3 litros/min. Se solicita radiografía de tórax que muestra mayor infiltrado intersticial, con focos de condensación multilobares, ausentes en estudio previo, por lo que se inicia Piperacilina/Tazobactam empírico. Se repite PCR de PCP, que resulta positiva, por lo que se ajusta esquema antibiótico a Cotrimoxazol Forte y Prednisona.

**DISCUSIÓN:** El uso de corticoesteroides un factor de riesgo independiente para colonización por *Pneumocystis Jirovecii* (1). Debe sospecharse ante presencia de fiebre, tos seca y/o disnea. Además la LDH se encuentra elevada en un 90% de los casos(2). El método diagnóstico de elección es la detección por PCR, que tiene una sensibilidad del 94% y una especificidad del 91%(3). Si bien contamos con test diagnósticos de alto rendimiento, estos no son infalibles, por lo cual la sospecha diagnóstica es fundamental para la detección precoz y tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** *Pneumocystis, Pneumonia, Polymerase Chain Reaction, Immunosuppression*

---

**Autor Responsable:** Paloma Pozo Pacheco. ppozo1@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Insulinoma en paciente con angina inestable”

**Código del trabajo:** CC055

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Ignacio Alejandro Pérez Gallegos, Cristián Alejandro Reyes Araneda, José Miguel Leiva Urzúa.

Nombre Tutor: Alfredo Parra Lucares

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: el insulinoma es un tumor neuroendocrino raro. Síntomas hipoglicémicos y neuroglicopénicos, con estudio bioquímico adecuado, son claves para el diagnóstico, contribuyendo la imagenología a su localización.

Presentación del caso: hombre de 65 años con antecedentes de accidente cerebrovascular no secuelado, hipertensión arterial y sobrepeso. Consulta por episodios de 30 minutos de dolor precordial opresivo en reposo de 1 día de evolución, irradiado a hombros, constante y que limita marcadamente la actividad, asociado a disnea y palpitaciones. En los últimos 2 años ha presentado 7 episodios de predominio matinal de temblores, visión borrosa y palpitaciones, mejorando posterior a la ingesta alimentaria. Ha perdido 8% del peso en el último año. Ingresa hemodinámicamente estable, orientado, normotenso, sin alteración respiratoria. Del laboratorio inicial: glicemia 52 mg/dL, creatinina 0.99 mg/dL, nitrógeno ureico 15 mg/dL, urea 32 mg/dL, PCR 0.6 mg/L, electrolitos, leucocitos, plaquetas y hemoglobina normales. Tiempo de protrombina 12,2s , INR 1,11, TPA 35s. Electrocardiogramas seriados muestran ritmo sinusal, bloqueo completo de rama derecha e inversión de ondas T en V1-V6, DI y aVL, sin modificación y troponinas negativas. Es manejado como angina inestable, con nitratos, betabloqueo, morfina, estatinas, antiagregantes plaquetarios y anticoagulante. Coronariografía sin lesiones significativas.

Conclusión: De los antecedentes se rescatan síntomas neurovegetativos asociados a episodios de hipoglicemia. Se estudia dirigidamente destacando hiperinsulinemia y péptido C elevado. Resonancia magnética de abdomen contrastada muestra lesión nodular sólida en cola de páncreas, de 2.3x1.7cm, sugerente de neoplasia endocrina. Se continúa manejo médico de angina inestable y se realiza resección quirúrgica tumoral. Destacamos que se trata de paciente mayor, no diabético y con historia de hipoglicemia. Existen síntomas comunes en angina inestable e insulinoma, los cuales podrían ser elementos confundentes: palpitaciones, sudoración, náuseas. Es necesario un alto grado de sospecha para el diagnóstico de insulinoma.

**PALABRAS CLAVE:** *Unstable angina, Hypoglycemia, Insulinoma*

**Autor Responsable:** Ignacio Alejandro Pérez Gallegos. ignacio.perez.g@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE MORDEDURA DE ARAÑA DEL TRIGO,  
LATRODECTISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO.”**

**Código del trabajo: CC056**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Javiera Agouborde Kuncar, Luis Escobar Toro, Nataly Peña Muñoz.

Nombre Tutor: Aniella Fica Peña

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Se denomina Latrodectismo al síndrome clínico secundario a la mordedura de araña del género *Latrodectus*. En nuestro país, se encuentra frecuentemente asociado a labores agrícolas, siendo comúnmente llamada “araña del trigo”. El veneno de este género es neurotóxico, produciendo alteraciones a nivel simpático y parasimpático, causantes del cuadro clínico característico, potencialmente letales.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Varón de 28 años, sin antecedentes mórbidos, trabajador agrícola, consulta en servicio de Urgencia de Hospital Regional de Temuco por mordedura de araña del trigo, tras lo cual, 10 minutos después evolucionó con fatiga, dificultad para deambular y dolor torácico opresivo que se irradiaba a flanco izquierdo y mialgias generalizadas, de predominio en extremidades inferiores. Ingresó hipertenso, quejumbroso, sudoroso, al examen físico destacaba lesión puntiforme eritematosa en zona tricpital de brazo izquierdo, sensible a la palpación, correspondiente a la mordedura y además, se evidenciaron contracturas musculares generalizadas mayores en extremidades inferiores. Dentro de sus exámenes de ingreso destacaba ligera leucocitosis, sin otras alteraciones. Se indicó manejo de síntomas con neostigmina, fentanyl y benzodiazepinas, y se hospitalizó para observar posibles complicaciones. Evolucionó favorablemente.

**DISCUSIÓN:** Las manifestaciones clínicas del latrodectismo son variables, de predominio neurológicas, con escasas manifestaciones a nivel local. Típicamente se caracteriza por aparición rápida de los síntomas después de la picadura, dentro de los que destacan taquicardia, hipertensión, diaforesis, hiperestesia generalizada, ansiedad y contracturas musculares dolorosas. Si no es identificada la mordedura, este cuadro puede ser fácilmente confundido con cuadros de abdomen agudo u otras patologías de urgencia. Dado que no existen pruebas confirmatorias ni patognomónicas, el diagnóstico se configura en una anamnesis y examen físico detallados, siendo de gran relevancia el antecedente de exposición.

**PALABRAS CLAVE:** *Black Widow Spider, Poisoning, Spider bite, Spider venoms*

**Autor Responsable:** Javiera Agouborde Kuncar. javii.agouborde@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, entidad poco frecuente, reporte de un caso.”**

**Código del trabajo: CC057**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Luis Gustavo Escobar Toro, Rodrigo Chirino Tadeo Flández Fuentealba, Javiera Sofía Agouborde Kuncar.

Nombre Tutor: Natalia Castagnoli Parraguez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es una anomalía congénita de tipo mülleriana poco frecuente, la incidencia se estima que corresponde de un 3 a 4% del total de anomalías congénitas. Se caracteriza por la asociación de útero didelfo, septum vaginal obstructivo y agenesia renal unilateral. Se realiza el siguiente reporte de caso, debido a que la tardanza en el diagnóstico empeora el pronóstico, a consecuencia de sus complicaciones.

**Presentación del caso:** Paciente de 14 años, nuligesta, con antecedente de dismenorrea hace 4 años, consultó en servicio de urgencia obstétrico por cuadro de dolor abdominal progresivo de 3 días de evolución, asociado a sensación febril y sangrado genital. Al examen físico destacó abdomen blando, depresible, con dolor hipogástrico, se realizó tacto vaginal unidigital, a 4 centímetros del introito se palpaba masa vaginal dura y firme. Se realizó tomografía computada de abdomen y pelvis, así como resonancia de pelvis, donde se apreció un útero septado, con colección vaginal y ausencia de riñón derecho, se realizó el diagnóstico de malformación mülleriana. Debido al contexto de urgencias, se realiza drenaje quirúrgico de las colecciones y uso de medroxiprogesterona inyectable, con buena respuesta.

**Discusión:** Considerar diagnósticos diferenciales de hematometra y apoyarse en estudios de imágenes que ayudarán a orientar el diagnóstico de esta patología. El manejo definitivo es resección del tabique vaginal con marsupialización de la vagina septada, lo que ayuda a prevenir complicaciones tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, esto requiere planificación quirúrgica y es difícil de realizar en urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** *Hematometra, uterine bleeding, single kidney.*

**Autor Responsable:** Luis Gustavo Escobar Toro. [luis.escobartoro@gmail.com](mailto:luis.escobartoro@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“COXALGIA CON SIGNOS DE ALARMA Y LESIÓN RADIOLÓGICA AGRESIVA DE DIAGNÓSTICO INDEFINIDO, A PROPÓSITO DE UN CASO”**

**Código del trabajo: CC058**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Elissa Jensen Santacruz, Bernardita Buzzetti Horta, Renée Hola Carrasco.

Nombre Tutor: Martin De Amesti Fuentes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La coxalgia tiene una prevalencia de 14,3% en mayores de 60 años. Las principales causas son degenerativas-artrósicas o traumáticas; sin embargo, en ocasiones es manifestación de otro tipo de enfermedades, incluyendo patología maligna y osteomielitis.

Paciente mujer de 66 años sin AM sufre caída a nivel, tras lo cual presenta episodios recurrentes de coxalgia derecha, acompañados de CEG, calofríos y T° axilar hasta 38°. Examen físico y radiografía de pelvis resultan normales, se hace manejo sintomático con mala respuesta, y durante el transcurso de 4 meses los episodios se hacen más frecuentes e intensos hasta EVA 10/10, sumándose baja de peso de 7kg con apetito disminuido. RNM: compromiso osteolítico de acetábulo derecho con aspecto de proceso proliferativo infiltrante al glúteo menor, se sospecha metástasis ósea. PETct: alteración de la estructura trabecular de la región acetabular de carácter intensamente hipermetabólica y aspecto agresivo, se descartan otras lesiones. Contra todo pronóstico, biopsia por punción bajo TAC muestra signos de osteomielitis crónica leucocitaria sin evidencias de neoplasia, gram no mostró microorganismos, no se tomaron cultivos. Concomitantemente presenta resolución espontánea de los síntomas, RNM de control a los 4 meses muestra importante reducción de la lesión sin necesidad de tratamiento, actualmente asintomática desde hace 1 año. En coxalgia debe realizarse RNM si la historia y los resultados de la radiografía simple no son diagnósticos. Es muy relevante la toma de cultivos en la biopsia, por ser una oportunidad limitada y porque la etiología infecciosa es un diagnóstico diferencial a considerar aunque la sospecha de malignidad sea elevada. Asimismo, el contar con cultivo negativo permitiría plantear el diagnóstico diferencial de osteomielitis crónica multifocal recurrente (CRMO), que corresponde a una osteomielitis aséptica idiopática. Finalmente, a pesar de realizar un diagnóstico extenso, no siempre se logra un diagnóstico etiológico claro.

**PALABRAS CLAVE:** *hip, pain, osteomyelitis, neoplasm*

---

**Autor Responsable:** Elissa Jensen Santacruz. [epjensen@uc.cl](mailto:epjensen@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Enfermedad de Paget Vulvar: A propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC060**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Catalina Aitken Bravo, , .

Nombre Tutor: Lilian Carrasco Leal

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

La Enfermedad de Paget Extramamaria es una entidad poco frecuente, correspondiendo a solo el 10% de las Enfermedades de Paget, siendo resultante de la proliferación intraepidérmica de células malignas de origen glandular. Un 80% reside en la vulva, y representa solo el 1% de los cánceres de vulva, siendo más frecuente en mujeres postmenopáusicas. Clínicamente se caracteriza por una placa eritematosa, bien definida, con erosiones y ulceraciones. Los síntomas más frecuentes son el prurito y el dolor vulvar. Se clasifica en primaria (70%) y secundaria (30%), según si su origen es cutáneo o 2° a metástasis de un carcinoma subyacente (gastrointestinal, genitourinario). El diagnóstico se realiza con la clínica, biopsia e inmunohistoquímica. Su tratamiento de elección es quirúrgico, y tiene un pronóstico variable, pudiendo ser ominoso con una sobrevida 15% a 5 años si es invasor.

#### Presentación del caso

Paciente sexo femenino 77 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial e Hipotiroidismo. Consulta por historia de dos años de evolución, caracterizada por prurito vulvar y ulceraciones recurrentes en labio menor derecho, refractario a tratamiento antimicótico y corticoidal tópico. Al examen físico: placa indurada eritematosa bien definida de 8x5 cm, con presencia de áreas hipopigmentadas y ulceraciones, en zona del labio mayor y menor derecho. Se realiza biopsia que muestra hallazgos compatibles con Enfermedad de Paget.

#### Discusión

Al evaluar a una paciente postmenopáusica con síntomas vulvares, es importante hacer un diagnóstico preciso y no atribuirlos a cambios fisiológicos sin antes excluir otros trastornos. Es importante ante la clínica de prurito vulvar persistente y la presencia de una placa eritematosa hiperqueratósica o erosionada no resuelta, realizar biopsia para descartar una neoplasia vulvar. Dada la baja incidencia y la clínica inespecífica de la Enfermedad de Paget vulvar, debemos tener una alta sospecha para evitar el retraso diagnóstico, que ronda entre los 2-3 años.

**PALABRAS CLAVE:** *Extramammary Paget disease; Adenocarcinoma; Vulva; Rare tumor*

**Autor Responsable:** Catalina Aitken Bravo. catalina.aitken@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome Hipereosinofílico Primario: Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC061**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: María Trinidad Zegers Vial, Jorge Andrés Lopez Ruiz Esquide, Francisca Donoso Mena.

Nombre Tutor: Andres Aizman Sevilla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN:

El síndrome hipereosinofílico primario es un trastorno mieloproliferativo caracterizado por hipereosinofilia asociada a daño de órganos secundario. La hipereosinofilia se define como un recuento absoluto de eosinófilos sostenido mayor a 1500/ $\mu$ l o si se documenta patológicamente en los tejidos. Es requisito que no haya otra etiología que explique la eosinofilia. Los órganos más frecuentemente involucrados son la piel, el sistema gastrointestinal, respiratorio, neurológico y cardíaco. La prevalencia estimada es de 0,36 a 6,3 por 100.000 habitantes, existiendo un predominio masculino del 90%.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 68 años consulta por cuadro de 2 meses de evolución de exantema macular pruriginoso generalizado. Al examen físico destacan lesiones maculares eritematosas en tronco, extremidades y cuero cabelludo, sin compromiso de mucosas, palmoplantar o genital. Se solicitaron exámenes de laboratorio, en que destacan leucocitos en 7.600 / mm<sup>3</sup> (32% eosinófilos) y un recuento absoluto de eosinófilos de 2430 /  $\mu$ l. Se descartaron causas secundarias de hipereosinofilia con una historia exhaustiva de fármacos y un estudio reumatológico, infectológico, paraneoplásico y dermatológico, este último con biopsia de piel. Se completó el estudio con una biopsia de médula ósea que mostró importante predominio eosinófilo y displasia de médula ósea, compatibles con un síndrome hipereosinofílico primario. Se inició terapia corticoidal e hidroxycarbamida, con buena respuesta.

#### DISCUSIÓN

En el síndrome hipereosinofílico, el compromiso cutáneo se ve en un 37% de los casos, siendo el prurito el síntoma más común. Las manifestaciones incluyen eccema (en manos, áreas de flexión o como placas dispersas), eritrodermia, liquenificación, dermatografismo, urticaria recurrente y angioedema. Si bien el paciente no presentó el tipo más clásico de lesiones, sí presentó prurito, y el diagnóstico fue posible gracias al estudio de sangre periférica y médula ósea.

**PALABRAS CLAVE:** *hypereosinophilic syndrome, eosinophilia, leukocyte disorders*

**Autor Responsable:** María Trinidad Zegers Vial. mtzegers@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), un reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC062**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Diego Arturo Bazaes Núñez, Gabriela Antúnez Lay, Catalina Biénzobas Darraidou.

Nombre Tutor: Javier Uribe Monasterio

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) constituye una entidad neurológica aguda caracterizada por encefalopatía, asociada a cefalea, crisis convulsivas y alteraciones visuales. Ocurre principalmente en el contexto de una emergencia hipertensiva, aunque puede ser visto en otros contextos, como falla renal aguda, preeclampsia, tratamiento inmunosupresor, quimioterapia, etc. Su diagnóstico es clínico-imagenológico, los hallazgos principales en la resonancia magnética son edema vasogénico, principalmente en los lóbulos occipitales y parietales, aunque puede extenderse a otras estructuras encefálicas. Su tratamiento consiste fundamentalmente en quitar el gatillante identificado y la reducción de la presión arterial. En general tiene buen pronóstico. En este trabajo se presenta el caso clínico de una paciente de 45 años, que se presentó en el servicio de urgencia con una encefalopatía hipertensiva, se hizo el diagnóstico de PRES y se manejó oportunamente, obteniendo buenos resultados y resolución completa de su cuadro.

**PALABRAS CLAVE:** *posterior reversible encephalopathy syndrome, leukoencephalopathy, occipito-parietal encephalopathy, hypertensive emergency, magnetic resonance.*

**Autor Responsable:** Diego Arturo Bazaes Núñez. dabazaes@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Síndrome Tako-Tsubo reverso como manifestación inusual de un Feocromocitoma”

**Código del trabajo:** CC066

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Catalina Aitken Bravo, Catalina Ávila Meza, Germainne Anabalón Arenas.

Nombre Tutor: Luis Toro Cabrera

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCION:** El síndrome de Tako-Tsubo reverso es una forma infrecuente de miocardiopatía, caracterizada por una disfunción ventricular izquierda transitoria, en contexto de una descarga catecolaminérgica, que puede manifestarse con dolor retroesternal, elevación de enzimas cardíacas y cambios electrocardiográficos. Dada su presentación, forma parte del diagnóstico diferencial del Síndrome Coronario Agudo, sin embargo, requiere hallazgos ecocardiográficos característicos (aquinesia/disquinesia y balonamiento de los segmentos basales con ápex hiperdinámico) y exclusión de enfermedad coronaria subyacente. Se ha descrito como manifestación inusual del Feocromocitoma.

**CASO CLÍNICO:** Paciente sexo femenino de 23 años, sin antecedentes mórbidos. Historia de tres años de evolución caracterizada por episodios intermitentes de palpitaciones en reposo, autolimitadas, interpretadas en contexto de estrés académico. Consulta en Servicio de Urgencias por cuadro agudo de palpitaciones, seguidas de dolor retroesternal opresivo brusco 8/10 EVA, palidez, diaforesis y cefalea ictal holocránea opresiva 9/10 EVA. Los síntomas ceden luego de 10 minutos de reposo. Sin alteraciones en los signos vitales de ingreso. Electrocardiograma sin alteraciones. Troponina ultrasensible: 637 pg/ml (VN < 14). Ecocardiografía: disquinesia del segmento basal septal inferior con aquinesia de los demás segmentos basales, función sistólica levemente disminuida (FE 50%) e insuficiencia mitral moderada. AngioTAC coronario: sin evidencia de disección o enfermedad coronaria, masa suprarrenal derecha. TAC abdomen y pelvis: lesión suprarrenal derecha 4,2x3,7x5,1 cm de aspecto quístico con paredes gruesas, compatible con feocromocitoma. Metanefrinas urinarias: 3.792 ug (VN: 45-290).

**DISCUSIÓN:** El feocromocitoma es un raro tumor secretor de catecolaminas, que requiere alto índice de sospecha. Se describe la tríada clásica de palpitaciones, cefalea y diaforesis, pudiendo un 2.6% presentarse con Síndrome de Takotsubo. Este síndrome tiene una evolución favorable en la mayoría de los casos, recuperándose la motilidad y función ventricular completamente en 3-4 semanas, sin embargo, puede provocar complicaciones severas (arritmias, edema pulmonar agudo y shock cardiogénico) y muerte en un 1%.

**PALABRAS CLAVE:** *pheochromocytoma, Tako-tsubo cardiomyopathy, echocardiography*

**Autor Responsable:** Catalina Aitken Bravo. catalina.aitken@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Diagnóstico en relación a la fisiopatología de cardiopatía por takotsubo: a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC067**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Francisca Pinochet Valenzuela, Renée Hola Carrasco, Macarena Astudillo Negrete.

Nombre Tutor: Benjamin Sanfuentes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La cardiopatía por estrés o Takotsubo, es una causa infrecuente de insuficiencia cardíaca. A raíz de un caso se presenta un resumen de su fisiopatología para entender los criterios diagnósticos. Mujer de 75 años, asmática e hipertensa, enviudada recientemente, consulta en urgencias por 30 minutos de dolor precordial, vómitos y cefalea, refiriendo una caída a nivel con trauma craneano el día previo. Ingresa estable hemodinámicamente, electrocardiograma con supradesnivel del ST (SDST) en pared inferolateral y tomografía computada cerebral sin lesiones. Se realiza coronariografía sin lesiones, pero ventriculografía con akinesia medioventricular e hipokinesia apical con fracción de eyección (FEVI) del 30%. Se monitoriza en unidad coronaria evolucionando favorablemente. Ecocardiograma de control al cuarto día muestra resolución de hipokinesia apical con persistencia de hipokinesia medioventricular, FEVI 35%. Se decide alta con terapia médica para insuficiencia cardíaca y control ambulatorio precoz. La miocardiopatía de takotsubo corresponde a una disfunción ventricular asociado a signos en el electrocardiograma de isquemia miocárdica y elevación de biomarcadores cardíacos, secundarios a estrés. Su fisiopatología aún no está del todo clara. Se conoce que tanto el estrés físico o emocional, produciría aumento en las catecolaminas, que aumentaría la actividad simpática, con ello se reduciría la dilatación del endotelio, que asociado al estrés oxidativo traería como consecuencia vasoespasmos, los que se encontrarían asociados a los signos de isquemia. Sin embargo, la disfunción ventricular sería consecuencia del efecto de las catecolamina directamente sobre los miocardiocitos, a través de la vía del AMPc y un inotropismo negativo dada los niveles aumentados de beta adrenergia, que a su vez tendría un efecto protector sobre las células; por lo que la disfunción sería reversible. Esto explica que el diagnóstico se realice con alteración en el ECG o enzimas cardíacas, disfunción ventricular y ausencia de obstrucción en las coronarias, aunque este último no sea excluyente.

**PALABRAS CLAVE:** *Takotsubo. Cardiopatía por estrés. Insuficiencia cardíaca. Stress heart disease.*

**Autor Responsable:** Francisca Pinochet Valenzuela. fppinochet@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Tumor fibroso solitario de la mama, reporte de caso clínico”**

**Código del trabajo: CC068**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: María Jesús Irrarrazaval Mainguyague, Catalina Kychenthal Loyola, Sebastian Larraín Castellón.

Nombre Tutor: Martin Inzunza Agüero

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Paciente femenina de 22 años, sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos ni familiares de cáncer. Nuligesta, tuvo su menarquia a los 11 años, refiere uso de anticonceptivos orales desde hace 4 años. Consulta tras realizarse biopsia core por ecografía mamaria BIRADS 3 en la que se informa neoplasia fusocelular de patrón verticilar CD 34 (+) que podría corresponder a dermatofibrosarcoma protuberans. Al examen físico se palpa nódulo móvil en mama derecha de 5x4 cm, sin compromiso de piel ni adenopatías. Se decide biopsia excisional por lo que se realiza tumorectomía y capsulectomía de mama derecha resecao tumor blando rosado; se envían las muestras a biopsia diferida. En informe anatomopatológico se informan hallazgos morfológicos compatibles con tumor fibroso solitario.

**PALABRAS CLAVE:** *Solitary fibrous tumor, breast*

---

**Autor Responsable:** María Jesús Irrarrazaval Mainguyague. [muirarrazaval@uc.cl](mailto:muirarrazaval@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Neumonía adquirida en la comunidad por Virus Respiratorio Sincicial en paciente adulto”**

**Código del trabajo: CC072**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Gabriela Lupe Calderara Cea, Andrea Lorena Carvajal Avila, Magdalena Sofía Cobo Lewin.

Nombre Tutor: Ximena Marta Cea Bahamondes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La infección por virus respiratorios (VR) es la causa más frecuente de consulta médica en el mundo y puede presentarse con manifestaciones diversas, desde cuadros menores y autolimitados hasta formas graves que comprometen la vía aérea inferior como la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). El rol patogénico de los VR, como el virus respiratorio sincicial (VRS), es claro en la neumonía de la población pediátrica, especialmente en lactantes. En los adultos, en cambio, la importancia que se concede a los VR es menor y su búsqueda rutinaria como agentes etiológicos de NAC es mucho menos frecuente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 69 años, portador de EPOC tabáquico en tratamiento, consulta ambulatoriamente por cuadro de 1 semana de evolución de coriza y tos irritativa persistente, recibe tratamiento ambulatorio con Azitromicina. Evoluciona con mala respuesta a terapia, con disnea rápidamente progresiva. Al examen físico de ingreso destaca polipnea y SatO<sub>2</sub> 88% ambiental, por lo que se decide hospitalización. En exámenes destacaban leucocitos en 27.700, PCR VRS (+), PCR influenza (-), y TAC de tórax con múltiples focos de condensación pulmonar y compromiso intersticio/alveolar sugerentes de bronconeumonía.

**DISCUSIÓN:** Los virus respiratorios en población adulta han cobrado progresiva importancia en la última década, dado que juegan un importante rol en la hospitalización, ya sea como causa de enfermedades específicas como neumonía o pericarditis, o bien descompensando alguna comorbilidad. En ancianos, la infección respiratoria por virus Influenza A y VRS se asocia a mayor riesgo de muerte en cualquier grupo de edad mayor de 65 años, por lo cual deberían incluirse en el estudio etiológico, cuando la evolución clínica no es favorable.

**PALABRAS CLAVE:** *community-acquired pneumonia, Respiratory syncitial virus.*

**Autor Responsable:** Gabriela Lupe Calderara Cea. [gcalderara@uc.cl](mailto:gcalderara@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Stent en cáncer de colon obstructivo: a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC073**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Josefina Castro Penna, Francisca Nicole Sepulveda Concha, Camila Daniela Vargas Muñoz.

Nombre Tutor: Eugenio Anibal Grasset Escobar

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción:

Aproximadamente un 7-30% de los cánceres colorrectales se presentan con obstrucción intestinal aguda (1). Como alternativas de tratamiento se encuentran la descompresión quirúrgica de urgencia, asociada a alta morbilidad, y el uso de stents colónicos como terapia puente.

#### Caso clínico:

Mujer de 58 años, con cáncer de colon sigmoides en tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, consulta por cuadro compatible con obstrucción intestinal. TAC de abdomen y pelvis informa obstrucción secundaria a lesión en colon sigmoides, sin signos de sufrimiento de asa. Se realiza instalación de stent en unión rectosigmoidea, con paso de contraste hacia proximal. TAC de control muestra signos de perforación intestinal. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando fístula ileo-colónica producto del stent, y se decide sigmoidectomía con anastomosis colorrectal e ileostomía terminal.

#### Discusión:

En pacientes con obstrucción maligna del colon, la decisión de tratamiento debe ser basada en la edad y morbilidad del paciente, grado de obstrucción y recursos terapéuticos disponibles. El uso de stent tiene la ventaja de ser un método útil en caso de urgencias, disminuyendo la necesidad de ostomía, con mayores tasas de anastomosis primaria y menos riesgo de infección de herida operatoria (2). Su principal desventaja es el riesgo de perforación colónica (1). El uso del stent como intervención primaria es discutible. En relación a los outcomes oncológicos, los análisis comparativos muestran resultados equivalentes (3,4). Actualmente, se recomienda descompresión quirúrgica en primera instancia en pacientes de bajo riesgo quirúrgico, mientras que en aquellos de alto riesgo se prefiere stent inicial seguido por un intervalo de optimización para colectomía (5).

**PALABRAS CLAVE:** *intestinal obstruction, intestinal perforation, colonic stent, Surgical Decompression*

**Autor Responsable:** Josefina Castro Penna. jcastro4@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Apendicitis Aguda en Recién Nacido: A Propósito de un Caso”**

**Código del trabajo: CC074**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Constanza Isabel Vargas Castro, Pablo Ignacio Valenzuela Leiva, Rocío Pilar Astudillo Goic.

Nombre Tutor: María José Escalante Rivas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción:

La apendicitis aguda es un cuadro raro en recién nacidos (RN), con una incidencia de 0,02-0,04%. Dada su baja frecuencia, su diagnóstico es tardío, con una tasa de perforación de 83% al momento de su detección y una alta mortalidad asociada. Algunas manifestaciones sugerentes del cuadro son: distensión abdominal, vómitos, rechazo alimentario, sensibilidad abdominal, inestabilidad térmica, shock séptico, letargia e irritabilidad. Ocasionalmente presentan masa abdominal palpable.

#### Caso clínico:

RNT femenino de 37 semanas, con gestación controlada y sin patologías. Fue hospitalizada a los 5 días de vida (ddv) por hiperbilirrubinemia severa secundaria a incompatibilidad de grupo ABO, manejada con fototerapia intensiva y dada de alta con bilirrubina total (BT) 12,7 mg/dL. A los 11 ddv, se pesa BT 18 mg/dL asociada a baja de peso de 4.3% respecto al nacimiento, irritabilidad, rechazo alimentario, distensión abdominal, vómitos alimentarios y diarrea sin sangre. Al examen físico presenta abdomen distendido, doloroso en FID y masa palpable de 3x1cm en dicha región, con RHA disminuidos. Sin compromiso hemodinámico, respiratorio o de termorregulación. En exámenes, destacan parámetros inflamatorios (PI) elevados y radiografía de abdomen (RxAbd) normal. Se realiza laparotomía, constatándose masa fibrinosa compuesta por íleon distal, colon ascendente y apéndice. Tras liberación digital, se evidencia apéndice cecal rojo, indurado y con base perforada. Se realiza apendicectomía. Evoluciona con tránsito intestinal espontáneo y normalización de PI. Al alta, con BT bajo rango de fototerapia y RxAbd control que descarta complicaciones.

#### Discusión:

Las infecciones son causa de hiperbilirrubinemia neonatal. En este contexto, y pese a ser infrecuente, la apendicitis aguda es un diagnóstico diferencial importante ante sintomatología gastrointestinal, dada su elevada mortalidad y complicaciones asociadas. Debido a su clínica inespecífica y similar a otras patologías más frecuentes en el RN, es fundamental sospecharla para un diagnóstico y manejo precoz.

**PALABRAS CLAVE:** *Appendicitis, Newborn, Neonatal Hyperbilirubinemia*

**Autor Responsable:** Constanza Isabel Vargas Castro. civargas1@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“SÍNDROME DE PARTO PREMATURO EN PACIENTE COVID 19 (+), REPORTE DE CASO”**

**Código del trabajo: CC075**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Paula Andrea Espinoza Peña y Lillo, Florencia López Goggi, Clara Rioseco Ramos.

Nombre Tutor: Pedro Nicolás Gutiérrez Contreras

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La infección COVID-19, declarada pandemia en Febrero de 2020, se ha asociado a presencia de complicaciones materno fetales en población gestante. Entre ellas, se encuentra el síndrome de parto prematuro (SPP). Este reporte presenta un caso de SPP de 24 semanas en paciente COVID (+).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 19 años, primigesta, hospitalizada en Hospital San José con diagnóstico de Rotura Prematura Ovular a las 23+2 semanas, oligohidramnios (OHA) absoluto y cuello corto (13 mm). A las 24+4 semanas presenta aumento de parámetros inflamatorios: Leucocitos: 13000 y PCR: 43, sin fiebre ni taquicardia. Se sospechó infección intraamniótica y ante imposibilidad de realizar amniocentesis por OHA absoluto, se inició tratamiento antibiótico empírico. Paciente inicia con dinámica uterina y modificaciones cervicales. Es derivada al Hospital Dra. Eloísa Díaz por falta de cupo neonatal, ingresando afebril, normocárdica, examen físico compatible con trabajo de parto (TP) fase latente. Ecografía: feto único vivo, OHA absoluto, placenta normoinserta, sludge (-), funnel (-). Exámenes de ingreso: leucocitos: 12800, PCR: 7,5, sedimento de orina no inflamatorio, urocultivo negativo, cultivos cervicovaginales negativos. Dado contexto epidemiológico, elevación de parámetros inflamatorios y persistencia de SPP, se solicita PCR COVID-19. A las 25 semanas, reinicia dinámica uterina, evolucionando a TP fase activa. Se recibe recién nacida (RN) viva, peso nacimiento 695 gr, sin contacto estrecho con madre. En puerperio, se obtiene resultado PCR COVID-19: (+). Paciente evoluciona favorablemente, indicándose alta hospitalaria. PCR COVID-19 de RN (-).

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** En el metaanálisis de Di Mascio et al (2020), se plantea al parto prematuro como el resultado adverso más frecuente dentro de los outcomes perinatales de embarazadas COVID (+). Pese a esto, para determinar los efectos maternos y fetales de la infección COVID-19 en embarazadas es crucial aportar con más reportes de casos para poder formular evidencia sólida.

**PALABRAS CLAVE:** COVID 19, Preterm labor syndrome, extreme premature.

**Autor Responsable:** Paula Andrea Espinoza Peña y Lillo. paespinoza@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Manejo perioperatorio/anestésico de pacientes con miastenia gravis que se someten a cirugía electiva: A propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC076**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Natalia Patricia Molina Espinoza, María Josefina Lorenzoni Gaete, María Jose González Figueroa.

Nombre Tutor: José Ignacio Contreras Castilla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune, que afecta los receptores nicotínicos de acetilcolina de la unión neuromuscular, causando fatiga y debilidad de músculos esqueléticos. El paciente con MG es un desafío para los anestesiólogos por el riesgo de falla respiratoria post quirúrgica, y posibles complicaciones con la administración de fármacos bloqueadores neuromusculares (BNM).

**Caso clínico:** Paciente hombre, 73 años, con antecedentes de MG generalizada (2017) en tratamiento con piridostigmina, y antecedente de cirugía Hartmann por diverticulitis complicada. Ingresó electivamente para cirugía de reconstrucción de tránsito vía laparoscópica. Refiere MG en buen control, sin crisis miasténica hace más de 1 año y TAC de tórax sin timoma. Tiene antecedente de anestesia general previa sin complicaciones. En pabellón se realiza anestesia general, inducción con propofol, remifentanyl TCI y dosis bajas de rocuronio 5 mg titulando según tren de cuatro (TOF). La mantención anestésica se realizó con sevoflurano y remifentanyl, sin nuevos refuerzos de rocuronio. Al término de cirugía se revierte con sugammadex hasta TOF > 90%, extubándose sin incidentes. En el postoperatorio evoluciona favorablemente, sin clínica de falla respiratoria.

**Conclusión:** En el manejo preoperatorio de pacientes con MG se debe realizar una acuciosa evaluación pre anestésica, objetivando un adecuado control de síntomas y evaluar factores de riesgo de crisis miasténicas. En cirugías electivas, el paciente debe estar en un estado estable de enfermedad para proceder con la intervención quirúrgica. En relación al intraoperatorio, se prefieren técnicas regionales por sobre anestesia general, sin embargo, si sólo es posible esta última, se debe intentar no administrar BNM, ya que estos pacientes son más sensibles, presentan respuestas poco predecibles y tiene mayor riesgo de bloqueo residual frente a la administración de estos fármacos. Sin embargo, si la condiciones de intubación o quirúrgicas lo ameritan, se sugiere usar rocuronio para posteriormente revertir el relajante con sugammadex .

**PALABRAS CLAVE:** *Myasthenia Gravis , Perioperative Period , Anesthesia , Neuromuscular Blocking Agents*

---

**Autor Responsable:** Natalia Patricia Molina Espinoza. npmolina@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Trastorno de identidad disociativo, a propósito de un caso clínico”**

**Código del trabajo: CC077**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: María Paz Amenábar Moreno, Cristina Cornejo Valenzuela, Dalay Teresa Purto Hoffmann.

Nombre Tutor: Camila Olagaray Nordio

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El trastorno de identidad disociativo (TID) es definido como la perturbación de identidad caracterizada por dos o más estados de la personalidad que generan discontinuidad del sentido del yo y del sentido de identidad, acompañado de alteraciones en los procesos psicológicos básicos y/o funcionamiento sensitivo-motor. Presentan lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario. Se postula que sería producto de algún evento traumático infantil o por ausencia de apego seguro de sus cuidadores. Además, se sugiere que existiría susceptibilidad a desarrollar TID en algunos individuos.

Presentación del caso: Mujer 21 años, menor de 5 hermanos. Su padre fallece a sus 12 años. Refiere ser víctima de violencia física por parte de hermanos desde sus 14 años hasta la fecha y violencia sexual en dos oportunidades durante la adolescencia. Posteriormente comienza con anhedonia, aplanamiento afectivo y autoagresiones. Además, se agregan alucinaciones olfatorias y auditivas: “Enigma” que la reprime constantemente e indica que se autoagreda; “La Señorita” visualizada como una mujer en una esquina que llora constantemente y mantiene conflictos con “Enigma”, y “las Voces que lloran”. Se realiza estudio con resonancia magnética cerebral normal y electroencefalograma con depresión generalizada de voltaje. Se maneja con sertralina en dosis máximas y quetiapina, asociado a psicoterapia con desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) y modelo trifásico. Evoluciona favorablemente, con recuperación de funcionalidad hasta 70% según la Evaluación Global de Funcionamiento.

Discusión: Pacientes con TID suelen presentar múltiples diagnósticos previos, observándose frecuentemente el diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, retrasando un tratamiento adecuado y oportuno. Este caso refleja la importancia de los diagnósticos diferenciales en la evaluación clínica de pacientes psiquiátricos, siendo sustancial la realización de una anamnesis completa y la caracterización detallada de síntomas para no fallar en el diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** *Dissociative identity disorder, Multiple personality disorder, dual personality.*

**Autor Responsable:** María Paz Amenábar Moreno. [mpamenabar@uc.cl](mailto:mpamenabar@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Coqueluche en población adulta, a partir de un caso”**

**Código del trabajo: CC078**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Gabriela Lupe Calderara Cea, Andrea Lorena Carvajal Avila, Amaia Ortiz de Rozas Bernard.

Nombre Tutor: Ximena Marta Cea Bahamondes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN

El coqueluche o tos convulsiva/ferina es una patología infecciosa aguda altamente contagiosa de las vías respiratorias altas, causada por la bacteria Gram negativa *B.pertussis*. Es posible padecerla a cualquier edad, sin embargo, los más afectados suelen ser niños menores de cinco años, sobretodo lactantes. Es por ello, que si bien tiende a tener evolución benigna en adultos, se debe tener en consideración como diagnóstico diferencial de infecciones de vía aérea superior.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 69 años portador de EPOC tabáquico en tratamiento, usuario de corticoides de larga data por síndrome inflamatorio autoinmune y neumonía por VRS reciente tratada, consulta de manera ambulatoria por cuadro de 1 semana de coriza asociada a episodios de tos intermitente en aumento, sin disnea. Durante consulta médica presenta episodio de tos asociado a pérdida de conciencia. Se decide hospitalización por síncope tusígeno. De los exámenes al ingreso destaca Panel respiratorio por PCR (+) para *B. Pertussis*. Se inicia tratamiento con Claritromicina con lo que evoluciona con disminución de accesos de tos, afebril.

#### DISCUSIÓN

Actualmente el Coqueluche es una enfermedad inmunoprevenible, sin embargo, a pesar de las campañas de vacunación masiva sigue siendo endémica en muchos territorios a nivel mundial. Si bien este tipo de infecciones es predominante en pediatría, se debe sospechar en adultos con tos paroxística de al menos 14 días de evolución, asociado o no a otros síntomas característicos como sudoración entre accesos de tos, apneas, vómitos posteriores a acceso de tos o incluso síncope tusivo. La confirmación del diagnóstico será por laboratorio, ya sea con PCR o cultivo en medio seleccionado.

**PALABRAS CLAVE:** *Coqueluche, síncope tusígeno, Pertussis infection in adults, whooping cough.*

**Autor Responsable:** Gabriela Lupe Calderara Cea. [glcalderara@uc.cl](mailto:glcalderara@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“MIASTENIA GRAVIS Y EMBARAZO, IMPORTANCIA DE UN ADECUADO  
MANEJO PERINATAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.”**

**Código del trabajo: CC080**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Paulina Daniela Velasquez Navajas, Catalina Patricia Hermosilla Fica, Pablo Ignacio Ebensperger Palacios.

Nombre Tutor: Fernando Abarzua Camus

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La miastenia gravis (MG) es un trastorno neuromuscular autoinmune caracterizado por fatigabilidad muscular estriada fluctuante. De incidencia baja, se presenta frecuentemente en mujeres en edad fértil. Durante el embarazo 40% presenta exacerbaciones, siendo su forma más grave las crisis miasténicas, potencialmente mortal. Se expone caso del servicio de Medicina Materno-fetal del Hospital Regional de Temuco.

**REPORTE:** Paciente de 29 años, múltipara de 2, portadora de MG sin tratamiento. Fue hospitalizada cursando embarazo de 39/6 semanas tras iniciar debilidad generalizada y diplopía. Ecografía dentro de parámetros normales y registro reactivo. Evaluación neurológica constató paresia ocular, facial, cervical y de extremidades. Se inició tratamiento con piridostigmina satisfactoriamente. Recibió evaluación pre-anestésica y notificación a neonatología. Inició trabajo de parto (TP) espontáneamente, se aumentó dosis de piridostigmina, recibió aceleración oxitócica y analgesia epidural, no presentó distrés respiratorio. Nació neonato vivo, Apgar 9-10, tono normal. Postparto se mantuvo tratamiento, madre evolucionó sin exacerbación ni patología puerperal. Recién nacido evolucionó sin signos de miastenia neonatal e inició lactancia materna adecuadamente. Recibieron alta conjunta al tercer día.

**DISCUSIÓN:** Si bien no se ha demostrado que la MG aumente el riesgo de otras patologías obstétricas, es fundamental para evitar complicaciones la consejería preconcepcional, el trabajo interdisciplinario, evitar agravantes, ajustar el tratamiento excluyendo fármacos teratogénicos y adecuado manejo del TP. Respecto a este, es de elección vía vaginal, sin embargo dado que la fatiga muscular durante la segunda etapa del TP puede provocar distocia y crisis miasténicas debe evitarse un TP prolongado y dolor excesivo. En consecuencia se recomienda el uso de analgesia epidural y asistencia instrumental eventualmente. La vigilancia postparto es fundamental ante el riesgo de exacerbación materna y miastenia neonatal transitoria por paso transplacentario de anticuerpos maternos, descrita en un 20% de neonatos.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo, Miastenia Gravis, Trabajo de Parto, Myasthenia gravis, Pregnancy.

**Autor Responsable:** Paulina Daniela Velasquez Navajas. p.velasqueznav@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“MANEJO EN URGENCIA DE UN CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO”**

**Código del trabajo: CC082**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Bitter Alberto Martínez Toledo, Valentina Paz Milla Almonte, Priscilla Constanza Márquez Toledo.

Nombre Tutor: David Cambiazo Fuentes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Un cuerpo extraño esofágico puede presentarse en todo el tubo digestivo, presentándose en un 20% en adultos. Sólo un 20% se ubica en el esófago y de estos el 12,9% en el tercio inferior. Suelen extraerse por endoscopia digestiva alta, requiriendo cirugías sólo en casos específicos.

**Caso Clínico:** Paciente MASC, femenino, 77 años, con antecedente de hipertensión arterial, dislipidemia y depresión en tratamiento. Ingresa a urgencia por sensación de cuerpo extraño esofágico de menos de 6 horas de evolución, sólo destaca odinofagia, examen físico normal. Se realiza TAC que muestra cuerpo extraño a nivel T2-T3 de 12 x 4 mm. Se realiza endoscopia digestiva alta en reanimador donde se extrae hueso de cerdo de unos 12-13 cm con leve desgarro mucoso que se afronta con clip.

**Discusión:** Frente a la sospecha de ingestión de cuerpo extraño se debe buscar signos de complicaciones, si no presenta se debe realizar un TAC por la alta sensibilidad de encontrar complicaciones. Las perforaciones deben manejarse por endoscopía antes de 24 horas, protegiendo vía aérea para la extracción del cuerpo extraño, manejando con clips posibles lesiones en el procedimiento. Estudios recientes recomiendan el uso de ecografía cervical para el estudio de urgencia. En caso de recurrencia se debe descartar trastorno de motilidad esofágica

**Conclusión:** Para el manejo de urgencia de un cuerpo extraño esofágico es importante el tiempo de evolución para prevenir las complicaciones, las que pueden ser fatales. En este caso, gracias a la sospecha médica y la rapidez del manejo se pudo prevenir que el cuadro se agrave.

**PALABRAS CLAVE:** *foreign body, endoscopic management, esophagus, impacted, perforated*

**Autor Responsable:** Bitter Alberto Martínez Toledo. bittermartineztoledo@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Pericarditis asociada a compromiso miocárdico: Miopericarditis y su enfoque diagnóstico.”**

**Código del trabajo: CC083**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Arturo Hernán Godoy Acevedo, Catalina Patricia Herмосilla Fica, Pablo Ignacio Ebensperger Palacios.

Nombre Tutor: Gonzalo Amoroso Irigaray

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La Miopericarditis es un proceso inflamatorio que afecta tanto al pericardio como al miocardio. Es más frecuente en pacientes jóvenes y generalmente es de etiología viral (90%) por lo que puede asociarse a manifestaciones sistémicas como fiebre, exantema, artralgias, entre otros. El diagnóstico se realiza frente un cuadro con criterios de pericarditis aguda asociado a aumento de biomarcadores cardíacos y/o disminución de función ventricular de nueva aparición.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente de sexo femenino de 30 años que consultó por cuadro de dolor precordial opresivo de rápida instalación con irradiación a dorso asociado a disnea de moderados esfuerzos y lesiones maculares eritematosas pruriginosas, predominantemente en tórax y extremidades. Además presentó taquicardia con fiebre de 38,6°C. Exámen físico cardiopulmonar sin alteraciones. El electrocardiograma mostró elevación del segmento ST difuso en derivadas precordiales con depresión del segmento PR. Se destacó la presencia de: Leucocitosis, PCR: 257 mg/L, TroponinaT: 452 ng/L y CKMB: 70 U/L. Se realizó AngioTAC y Ecocardiograma transtorácico que revelaron presencia de derrame pericárdico de leve a moderada cuantía y FE del 48%. Durante hospitalización se completó estudio infectológico con panel virus respiratorio, serología para mycoplasma, chlamydia, VIH, estudio inmunológico completo y hemocultivos periféricos resultando todos negativos. Se diagnosticó Miopericarditis idiopática con posible etiología viral por lo que se inició tratamiento con AINES con desaparición de precordialgia, fiebre y lesiones cutáneas.

**DISCUSIÓN:** El 32% de las pericarditis agudas presentan compromiso miocárdico, por esto el correcto proceso diagnóstico de la Miopericarditis debe contemplar como mínimo una anamnesis detallada, examen físico completo, electrocardiograma, exámenes de laboratorio que incluyan biomarcadores cardíacos y ecocardiograma transtorácico para medir función ventricular y detección de derrame pericardico, esto para un correcto diagnóstico diferencial de otras causas de dolor torácico y poder orientar de forma oportuna el tratamiento y prevenir posibles complicaciones cardiacas severas.

**PALABRAS CLAVE:** *Chest pain, pericardial effusion, pericarditis, echocardiography*

**Autor Responsable:** Arturo Hernán Godoy Acevedo. arturo.godoy.ac@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Malformación atípica como causa de infección urinaria recurrente y urosepsis en recién nacido: Cecoureterocele”**

**Código del trabajo: CC084**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Arturo Hernán Godoy Acevedo, Catalina Patricia Herмосilla Fica, Pablo Ignacio Ebensperger Palacios.

Nombre Tutor: Pablo Cabrera

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El Cecoureterocele es un ureterocele ectópico, malformación congénita infrecuente del uréter distal en su desembocadura a la vejiga, que da lugar a un saco membranoso ciego que protruye por la uretra hacia el exterior. Esta malformación tiene una tasa de incidencia inferior al 3% de todos los pacientes con ureterocele. Pueden ser asintomáticos o manifestarse por infecciones del tracto urinario hasta en un 84%, ocasionalmente severas y causante de sepsis.

**Presentación del caso:** Recién nacido sexo femenino de 18 días con antecedente de hospitalización previa por urosepsis por *Enterococcus faecalis*. Paciente reingresó por cuadro de fiebre de 38.4 °C, taquicardia y taquipnea, se destacó la presencia de examen de orina y sedimento sugerente de ITU, Leucocitosis de 30.620 mm<sup>3</sup>, PCR 31.3 mg/L. Hemocultivo y urocultivo que mostraron desarrollo *Enterobacter Cloacae* Beta lactamasa espectro extendido positivo. En la hospitalización durante examen físico de rutina se constató masa de aspecto quístico color violáceo protruyendo por la uretra hacia el exterior, se instaló sonda Foley dificultosamente. Se solicitó ecografía renal con hallazgo de hidroureteronefrosis izquierda, con adelgazamiento cortical ipsilateral, informó además doble sistema colector izquierdo con dilatación del uréter superior. Se llevó a cabo resolución quirúrgica, con evolución post-operatoria satisfactoria, ecografía de control informó disminución significativa de hidroureteronefrosis del polo superior izquierdo y de la dilatación ureteral ipsilateral. Se otorgó alta con antibioticoterapia oral profiláctica permanente.

**Discusión:** El cecoureterocele es una entidad que se sospecha ante infecciones del tracto urinario recurrentes o como diagnóstico diferencial de masas vulvares en recién nacidos. El cecoureterocele perinatal prolapsado es un signo inusual, pero distintivo al examen físico, que puede presentar un dilema diagnóstico, por esto se requiere tener conocimiento de esta patología ya que su detección precoz a través de un correcto examen genital y posterior resolución quirúrgica pueden evitar futuras complicaciones graves.

**PALABRAS CLAVE:** *Ureterocele, urinary tract infections, hydronephrosis*

**Autor Responsable:** Arturo Hernán Godoy Acevedo. arturo.godoy.ac@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER EN PACIENTE CON EPOC SEVERO”

**Código del trabajo:** CC085

**Área:** Cirugía Adultos

Autores: Andrea Cecilia Gallardo González, Isidora Cecilia Jiménez Álvarez, Sigall Budnik Bitran.

Nombre Tutor: Juan Andrés Díaz Barbosa

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El Divertículo de Zenker (DZ) es una lesión de la pared esofágica posterolateral, en la cual, por debilidad muscular, se forma un saco de mucosa y submucosa que pasa a través de los músculos cricofaríngeo y constrictor inferior de la faringe. Su prevalencia varía del 0.01-0.11% en población general, y es mayor en hombres. Sus síntomas más comunes son disfagia, regurgitación, halitosis. Una de sus complicaciones es la broncoaspiración.

**Caso clínico:** Hombre de 64 años, con tabaquismo activo, EPOC GOLD D, seis hospitalizaciones por exacerbaciones en 2018-2019 y DZ diagnosticado en 2018, con indicación quirúrgica desde su diagnóstico, no realizada por exacerbaciones. Ingresó por neumonía basal derecha, se estudió con Angio TAC de tórax que informó DZ de 6x7cm intratorácico. En este contexto se solicitó endoscopia digestiva alta que mostró DZ de gran lumen, aproximadamente 7cm, con abundante contenido alimentario, y fibrobroncoscopia que documenta contenido alimentario en vía aérea. Se inicia alimentación mediante sonda nasoyeyunal con mejoría de sintomatología respiratoria. Posteriormente se realiza septostomía parcial del DZ con endoscopio flexible. Evoluciona favorablemente en su postoperatorio con mejoría de disfagia, sin nuevas exacerbaciones de EPOC.

**Discusión:** Para el abordaje quirúrgico del DZ consideramos la cirugía abierta, con una morbilidad del 10.5% y mortalidad 0.6%, versus el abordaje endoscópico que presenta 8.7% y 0.2% respectivamente. Existe evidencia del beneficio del tratamiento mínimamente invasivo del DZ en pacientes seleccionados, principalmente aquellos con alto riesgo quirúrgico o anestésico, pues disminuye los requerimientos de anestesia y las complicaciones asociadas. Diversos estudios han demostrado que además es un procedimiento de menor costo, y que disminuye las recurrencias del DZ, en comparación con la cirugía abierta. Es por lo anterior que debe considerarse dentro de las opciones quirúrgicas de los pacientes con estas características.

**PALABRAS CLAVE:** *Zenker Diverticulum, endoscopy, COPD*

**Autor Responsable:** Andrea Cecilia Gallardo González. [acgallardo@uc.cl](mailto:acgallardo@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Penfigoide de membranas mucosas variedad Brunsting Perry. A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC088**

**Área: Medicina Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Daniela Calderón Pollak, Camila Werner Ratto, Ignacia Fuentes Escobar.

Nombre Tutor: Vicky Roizen Gottlieb, E. Goldbaum, I. Sazunic

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El penfigoide de membranas mucosas es una dermatosis ampollar autoinmune benigna, crónica y recurrente (1), con prevalencia de 1-5 casos por millón. Dentro de sus variantes, destaca el penfigoide de Brunsting Perry el cual se manifiesta con múltiples ampollas frágiles subepidérmicas limitadas a zonas de cabeza y cuello, las cuales evolucionan a erosiones superficiales, con tendencia a formar cicatrices (2).

**Caso clínico:** Hombre de 70 años, con antecedentes de Linfoma no Hodgkin de bajo grado en observación. Consulta por lesiones ampollares recurrentes en cuero cabelludo. Al examen físico se observa una ampolla de un cm de diámetro con base eritematosa, en zona frontoparietal de 12 horas de evolución. Refiere hace un año seis lesiones similares, que remitieron con uso de corticosteroides tópicos, dejando zonas cicatrizales hiperpigmentadas. Se toma biopsia incisional de lesión para estudio. La microscopía de luz evidencia vesículas subepidérmicas en piel y separación dermoepidérmica, con tejidos de granulación y fibrosis en dermis. Además, evidencia separación de folículos e infundíbulos pilosos, demostrando presencia de fibrosis cicatrizal. La Inmunofluorescencia directa evidencia depósitos lineales focales de IgG en la membrana basal de IgG y de fibrina en base de la vesícula. Se realiza tratamiento tópico con Betametasona y ácido fusídico, evolucionando con resolución de lesiones.

**Discusión:** Esta dermatosis presenta un desafío al momento del diagnóstico, por su baja prevalencia e inespecificidad clínica (3), que va desde una bula tensa con contenido seroso, a exclusivamente áreas eritematosas erosivas. Dentro del diagnóstico un pilar fundamental es el estudio histopatológico con inmunofluorescencia, en la cual se ven anticuerpos contra la ZMB de la piel y depósitos lineales continuos de IgG y C3 (4). Es esencial sospechar la enfermedad, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, para evitar así repercusiones. Además, considerando los antecedentes del paciente sería interesante establecer una relación paraneoplásica entre el Penfigoide Brunsting-Perry y la neoplasia subyacente.

**PALABRAS CLAVE:** *Pemphigoid, Benign mucous membrane, skin disease, autoimmune*

---

**Autor Responsable:** Daniela Calderón Pollak. dcalderon1@miuandes.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Un caso típico de mieloma múltiple sintomático”

**Código del trabajo: CC089**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Belén Alejandra Giménez Barros, Valentina Paz Kobus Garín, Pablo Andrés Tapia Mora.

Nombre Tutor: Francisco Araneda, Maximiliano Vergara

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El mieloma múltiple es una neoplasia hematológica maligna caracterizada por la proliferación clonal de células plasmáticas en la médula ósea, asociado generalmente a secreción monoclonal de inmunoglobulinas detectables en sangre u orina. Se presenta en promedio a los 70 años. Se clasifica en sintomático o asintomático dependiendo de la presencia de los síntomas clásicos (CRAB): hipercalcemia, insuficiencia renal, anemia, y patología ósea.

**Caso clínico:** Paciente 57 años masculino, con antecedente de hipertensión arterial y gota, consulta por historia de 3 meses de fatigabilidad, dolor lumbar y baja de peso. Exámenes de ingreso destacan anemia (tendencia a macrocitos), hipercalcemia, VHS elevada, falla renal aguda, pseudohiponatremia, Rouleaux +++ al frotis, GAP albumino-proteico aumentado. TAC columna lumbar: fractura por aplastamiento de T11, osteopenia severa. Ingresa a UCI para manejo y estudio por sospecha de mieloma múltiple CRAB (+). Se inicia hidratación endovenosa más ácido zoledrónico, se maneja dolor con morfina, se solicita evaluación por hematología. Exámenes complementarios: IgG 9447; IF IG en orina: monoclonal IgG kappa; Electroforesis Proteínas: Albúmina/Globulina 0.3, Paraproteínas Gamma 6.7 (56.4%); B2 microglobulina 5.09; Mielograma e Inmunofenotipo concordantes con Mielomatosis Medular. Se estabiliza y se da de alta para iniciar terapia de inducción.

**Discusión:** Los síntomas más frecuentes en mieloma múltiple son fatiga y dolor lumbar. La anemia está presente en un 75%, 80% tienen lesiones osteolíticas, 20-40% presentan falla renal (aumento de la creatinina por daño tubular directo por sobrecarga de proteínas, deshidratación, hipercalcemia, y uso de drogas nefrotóxicas), 15% presentan hipercalcemia. Es infrecuente la presencia completa de CRAB. Resulta esencial identificar los pacientes CRAB (+) ya que la presencia de síntomas determina el inicio de tratamiento versus el seguimiento en los pacientes asintomáticos.

**Conclusión:** Este caso es un ejemplo útil para la docencia ya que presenta la sintomatología clásica completa de un mieloma múltiple.

**PALABRAS CLAVE:** *Multiple myeloma, symptomatic, malignancy*

---

**Autor Responsable:** Belén Alejandra Giménez Barros. bagimenez@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Púrpura de Schönlein- Henoch (PSH) con compromiso renal, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC090**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Macarena Paz Astudillo Negrete, Francisca Paz Pinochet Valenzuela, Elissa Paz Jenssen Santacruz.

Nombre Tutor: Andrea Isabel Godoy Barraza

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El PSH es la vasculitis más frecuente en niños, afecta pequeños vasos y es mediada por inmunocomplejos de IgA, afectando principalmente: piel, tracto digestivo y riñón. El riesgo de afectación renal es del 20-50% y es el factor determinante en la morbimortalidad.

**PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 7 años, sin antecedentes, con una semana de lesiones purpúricas en EEII, artralgia de codos, muñecas y rodillas y edema de antebrazos y manos. Al examen físico destaca edema de párpados y EESS, artritis de codos, muñecas, rodillas y tobillos y petequias en extremidades. Se sospecha PSH, se inicia prednisona 1 mg/kg/d. Laboratorio: hemograma y complemento normales, creatinina 0.56, orina completa sin GR ni proteinuria, FR (-), ANA (-). Evoluciona con proteinuria en rango nefrótico y hematuria microscópica, creatinina 0.55, diuresis 2.7 cc/kg/h. Biopsia renal: Nefritis secundaria a PSH clase IVa y daño tubular agudo con cilindros hemáticos.

**DISCUSIÓN:** Es fundamental descartar el compromiso renal en pacientes con PSH con seguimiento de al menos 6 meses, donde se presenta el 97% de los casos. El riesgo de afectación renal no disminuye al usar corticoides y aumenta el riesgo si sexo masculino, edad >10 años, afectación gastrointestinal, artritis/artralgia, persistencia o recidiva del púrpura, GB > 15 x10<sup>9</sup>/L, plaquetas >500 × 10<sup>9</sup>/L, antiestreptolisina O elevada y C3 bajo. La HTA está presente en casi el 100% de los pacientes con compromiso renal. Su presentación más frecuente es hematuria microscópica, también puede presentarse como hematuria + proteinuria no nefrótica, síndrome nefrótico +/- nefrítico. El compromiso renal puede deteriorar permanentemente la función renal, por lo que requiere evaluación por nefrólogo pediátrico y eventual biopsia renal. El riesgo de insuficiencia renal terminal es <1%, más frecuente si desarrollan fibrosis tubulointersticial, HTA o nefritis grave.

**PALABRAS CLAVE:** *Schönlein-Henoch purpura, hematuria, nefritis*

**Autor Responsable:** Macarena Paz Astudillo Negrete. mpastudill@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“DEBUT DE COLITIS ULCEROSA GRAVE, REFRACTARIO A CORTICOIDES E INFLIXIMAB, REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo:** CC092

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Tomas Andres Cerda Gaete, Jose Maria Cabrera Lopez, Matias Noguera Hevia.

Nombre Tutor: Maximiliano Vergara Valdebenito

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta el colon y recto y se manifiesta episódicamente. La gravedad de una crisis, en general, es definida por el score de Truelove y Witts. Sólo el 25% cursa con una crisis grave (CG) y por lo general no en el debut de la enfermedad. 70-80% de los casos responde a corticoides y aproximadamente 70% a la segunda línea con Infiximab, en caso de ser refractario se debe resolver quirúrgicamente.

Caso clínico: Hombre de 44 años sin antecedentes mórbidos. Cuadro de 1 mes de evolución de disentería (20 episodios/día) asociado a fiebre hasta 38.5°C y baja de peso. Al examen físico con taquicardia hasta 130 lpm y desnutrición severa. Del estudio destaca PCR 145 mg/L, PCR C. difficile (-), panel múltiples patógenos intestinales (-). Se realiza colonoscopia que informa pancolitis congestiva y erosiva sin compromiso de íleon distal. Biopsia muestra colitis crónica con actividad intensa concordante con enfermedad inflamatoria intestinal. Se inicia terapia con metilprednisolona sin respuesta. Inmunohistoquímica descarta presencia de CMV. Se decide inicio de infliximab, sin respuesta tras 1 semana de tratamiento, con eventos de rectorragia y caída de la Hb a 7.0, por lo que se decide colectomía total.

Discusión: Se describe un cuadro poco frecuente de debut grave de CU, considerando que sólo un 25% de los pacientes con CU cursa con CG y de ellos sólo el 34% lo hace dentro del primer mes de diagnóstico.

Además, la mayoría de los pacientes responde a corticoides y/o infliximab, siendo este paciente refractario a ambos. Es importante plantear el diagnóstico y conocer el manejo de una CG de CU, planteando un posible manejo quirúrgico desde el comienzo, no demorando en su indicación dado las mayores complicaciones en términos quirúrgicos por desnutrición y uso prolongado de corticoides.

**PALABRAS CLAVE:** *Ulcerative colitis, severe crisis, refractory, corticosteroids, infliximab*

---

**Autor Responsable:** Tomas Andres Cerda Gaete. tomas.cerda@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Cáncer de próstata localizado de mediano riesgo: tratamiento con radiocirugía estereotáctica, a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC093**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Gabriela Antunez Lay, Diego Bazaes Nuñez, Camila Paiva Brahm.

Nombre Tutor: Tomás Merino Lara

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El cáncer de próstata es una enfermedad de alta incidencia a nivel mundial. En Chile es la enfermedad oncológica más prevalente en hombres y la segunda causa de muerte por causa oncológica. Específicamente en el cáncer de próstata local se han detectado subgrupos con pronósticos y alternativas de tratamiento muy variables, por lo que la definición de su tratamiento es un desafío multidisciplinario entre radioterapeutas, urólogos y oncólogos médicos. La radiocirugía la cual usa radiación hipofraccionada, con muy altas dosis en una zona definida, ha surgido recientemente como alternativa terapéutica. En este trabajo, se presenta el caso de un paciente masculino de 75 años, asintomático, consulta por antígeno prostático específico (APE) de tamizaje de 5,45 ng/ml. Examen físico con tacto rectal sin nódulo palpable, resto sin hallazgos. RM y PET muestran nódulo en región izquierda, sin evidencia de enfermedad extra prostática. Biopsia prostática informa adenocarcinoma Gleason (3+4). Con diagnóstico de cáncer de próstata localizado de riesgo intermedio, se realiza SBRT con 35Gy en 5 fracciones con buena respuesta, sin síntomas urinarios ni sexuales y control de APE a los tres meses de 1.13 ng/. El tratamiento habitual para el cáncer de próstata de riesgo intermedio es la prostatectomía o radioterapia. Existen ensayos que han concluido que, a corto plazo, el control bioquímico de la enfermedad es comparable con la radioterapia convencional. Además la comparación del tratamiento con prostatectomía vs radiocirugía han obtenido resultados comparables en mortalidad y progresión de enfermedad, por lo que se definen como equivalentes oncológicos. Por otro lado, la radiocirugía permite una disminución de los costos asociados a la atención y superioridad en cuanto a calidad de vida de los pacientes. En conclusión, la radiocirugía es una alternativa terapéutica prometedora. Sin embargo, estudios randomizados en curso permitirán definir su indicaciones y comparación con radioterapia moderadamente hipofraccionada y prostatectomía.

**PALABRAS CLAVE:** *Prostate cancer, clinically localized, intermediate risk, prostate radiosurgery.*

---

**Autor Responsable:** Gabriela Antunez Lay. gpantunez@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Recidiva local de cáncer de próstata: tratamiento con radiocirugía estereotáctica, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC094**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Gabriela Antúnez Lay, Trinidad Paz Galaz González, Camila Paiva Brahm.

Nombre Tutor: Tomás Merino Lara

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El cáncer de próstata es una enfermedad de alta incidencia y mortalidad a nivel mundial. Luego del tratamiento primario se reportan entre un 20-50% de recidivas, estas pueden ser clínicas, si el paciente experimenta algún síntoma (obstructivo o compresivo) o bioquímicas si existe aumento de APE. Lo más frecuente es la recidiva bioquímica y local. La detección y tratamiento precoz de la recidiva local es relevante dado que ésta precede a la enfermedad metastásica en 7 a 8 años en promedio. En la actualidad, no existe consenso acerca de la mejor alternativa terapéutica. Entre ellas se encuentra la prostatectomía, crioblación, braquiterapia y radiocirugía. En este trabajo se presentará el caso de un paciente masculino de 71 años, con antecedentes de cáncer de próstata el año 2013 tratado con radioterapia y hormonoterapia durante 2 años. Asintomático con controles periódicos y estables de antígeno prostático específico (APE) que se eleva el año 2018, es evaluado con TAC TAP que muestra próstata con hipercaptación, compatible con recidiva tumoral, sin enfermedad a distancia. Biopsia prostática informa adenocarcinoma Gleason (4+4). Con diagnóstico de recidiva local de cáncer de próstata de alto riesgo se propone prostatectomía lo que el paciente rechaza, por lo que se realiza radiocirugía con 30 Gy en 5 fracciones sin incidentes. Evoluciona de manera favorable con síntomas urinarios leves. Estudios prospectivos y retrospectivos han mostrado que el tratamiento con radiocirugía tiene una sobrevida libre de recidiva y toxicidad comparable con las técnicas terapéuticas habituales. Dado que la radiocirugía es una técnica de reciente implementación, se espera la realización de nuevos ensayos clínicos para poder establecer la radiocirugía como el estándar de tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** *Prostate cancer, local recurrence, prostate radiosurgery.*

---

**Autor Responsable:** Gabriela Antúnez Lay. [gpantunez@uc.cl](mailto:gpantunez@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “COLGAJO MICROQUIRÚRGICO COMO TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN DE AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA ABIERTA”

**Código del trabajo:** CC095

**Área:** Cirugía Adultos

Autores: Carolina Fuchs de Castro, María José Meza Salgado, Sebastián Luciano Pavanati Cortés.

Nombre Tutor: Wenceslao José Zegers Vial

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La amputación transmetatarsiana (ATM) corresponde a la resección de todas las falanges y epífisis distal de los metatarsianos. Se debe considerar ATM abierta en infecciones graves del antepié, con cierre formal de la herida tras control infeccioso. La incisión se realiza desde un punto medial a la cabeza del primer metatarsiano hacia la cara lateral del quinto metatarsiano, extendiéndose alrededor de la planta creando un colgajo plantar. Un colgajo microquirúrgico corresponde a la extracción de la zona dadora con su nexa vascular, para ser transferido a la zona receptora donde dicho nexa es restituido mediante técnicas microvasculares.

**CASO:** Paciente masculino de 36 años, DM II IR e hipertenso, con mal control metabólico y mala adherencia a tratamiento. Consulta por pie diabético con úlcera profunda en primer orjeo derecho. La radiografía muestra osteítis en cabeza de primer metatarsiano, por lo que se realiza amputación del primer orjeo, sin incidentes ni cierre de herida, con afrontamiento parcial de la piel. Durante la hospitalización evoluciona con extensa placa necrótica plantar, tejido esfacelado y abundante salida de pus por lo que se realiza en segunda instancia ATM abierta. Evoluciona en buenas condiciones con terapia antibiótica ajustada. Se realiza AngioTAC, que no evidencia compromiso arterial en ambas extremidades. Una vez completado tratamiento antibiótico, con cultivo negativo, se realiza colgajo microquirúrgico con zona dadora de muslo contralateral.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La ATM tiene el beneficio de dar funcionalidad al pie, mejorar su mecánica y tener mejores tasas de curación y rehabilitación que la amputación aislada. Además, ofrece longitud total de extremidades con deambulación y uso de zapatos normales. Por tanto, se concluye que fue bien indicada. Dada la gran prevalencia de DM II, es necesario educar y tratar, para lograr un adecuado control metabólico que prevenga complicaciones de alto impacto en la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** *Diabetic foot, hallux, amputation, microsurgical free flaps.*

**Autor Responsable:** Carolina Fuchs de Castro. cfuchs@miuandes.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Megacolon secundario a Chagas reporte de un caso.”**

**Código del trabajo: CC096**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Felipe Rojas Briones, Javier González Lucero, Javier Gonzalez de la vega Gonzalez.

Nombre Tutor: Felipe Mena Gil

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una infección sistémica cuyo agente causal es el protozoo *Trypanosoma cruzi*; fue descrita en 1909 por Carlos Chagas. Se transmite principalmente a los animales y al hombre a través de insectos vectores llamadas “vinchucas”. Algunas series la reportan como la tercera enfermedad infecciosa en América Latina.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, 60 años, antecedentes de hipertensión, Diabetes mellitus 2 no insulino requirente. Consulta por un cuadro de 2 semanas de evolución de cese de las deposiciones, con escaso tránsito de gases acompañado con distensión abdominal y dolor hipogástrico de intensidad 3/10 EVA. En Servicio de Urgencias, ingresa con hemodinamia estable, afebril y en buenas condiciones generales, al examen físico destaca gran distensión abdominal. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis que informa Acentuada dilatación del marco colónico con los caracteres de un megacolon. Dado al hallazgo se decide realizar Ac.Anti *Trypanosoma Cruzi* (Enf. Chagas), resultando positivo, el cual se confirma con el ISP, paciente se encuentra en seguimiento para eventual resolución quirúrgica.

**DISCUSIÓN:** La infección por *Trypanosoma Cruzi*, puede tener diversas presentaciones; las principales manifestaciones son cardiacas y gastrointestinales. En el caso expuesto la forma de presentación fue el megacolon, esta entidad tiene como principal manifestación la constipación progresiva con dificultad para la evacuación. En estos cuadros clínicos se producen períodos de distensión abdominal y, secundariamente, abdomen prominente. Las complicaciones del megacolon chagásico son el vólvulo y la obstrucción intestinal por fecaloma. Como médicos generales debemos conocer las múltiples manifestaciones que se pueden presentar en la infección por Chagas para tener una adecuada aproximación diagnóstica. Se debe recordar que la infección por Chagas no existe medicamentos ni vacunas para prevenir el contagio. Por tanto, la prevención y la educación constituyen las mejores herramientas para combatir esta afección.

**PALABRAS CLAVE:** *Megacolon, Chagas, Trypanosoma Cruzi*

**Autor Responsable:** Felipe Rojas Briones. firojas2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“CORIOAMNIONITIS Y SHOCK SÉPTICO EN MUJER CURSANDO CON EMBARAZO NO CONOCIDO: REPORTE DE UN CASO.”**

**Código del trabajo: CC097**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Alejandra Francisca Plaza Rasjido, Maria Sofia Cousiño Mery, Luz Constanza Islas Miranda.

Nombre Tutor: B. Quezada.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El shock séptico (SS) corresponde a una forma grave de sepsis que cursa con hipotensión persistente y refractaria a la reanimación con fluidos. En mujeres embarazadas, la principal causa obstétrica de SS es la corioamnionitis, que consiste en una infección intraamniótica clínicamente evidente. A nivel mundial la incidencia y mortalidad por sepsis en embarazadas abarca entre 0,96-7,1/1000 y 0,01-28,5/100,000 embarazadas, respectivamente. Un adecuado control y educación del embarazo, sumado a la detección y tratamiento oportunos del SS, son los principales factores para el buen pronóstico materno y perinatal.

Presentación del caso: Paciente de 18 años nulípara, con antecedente de cardiopatía congénita, consulta en urgencia por cuadro de dolor abdominal difuso, compromiso del estado general, disnea y anuria de 1 día de evolución. Al examen físico taquicárdica, hipotensa, taquipneica, palpación abdominal dolorosa y masa palpable en epigastrio. Se solicitan exámenes de laboratorio: Ácido láctico 23,6; Creatinina 3,82; BUN 48; Leucopenia 2.500 con predominio segmentado; trombocitopenia 111.000; hemoglobina 9,4. Durante instalación de sonda Foley se evidencia trabajo de parto en fase expulsiva, sin embarazo conocido por paciente. Recien nacido mortinato a término con signos de muerte fetal de varios días. En postparto inmediato evoluciona hemodinámicamente inestable, con inadecuada mecánica ventilatoria y encefalopatía. Se realiza TAC TAP que evidencia gas en cavidad endometrial, neumoperitoneo y líquido libre en pelvis. Ante SS de foco gineco-obstétrico, se decide histerectomía y manejo antibiótico de amplio espectro. Se traslada a UCI donde completa 1 mes de hospitalización previo a alta.

Discusión: Al evaluar a mujeres en edad fértil es fundamental considerar la posibilidad de embarazo, además educar respecto al control prenatal permite prevenir y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. Al sospechar SS en gestante, el tratamiento con antibióticos y reanimación materna debe ser precoz y en conjunto al gineco-obstetra por potencial interrupción del embarazo.

**PALABRAS CLAVE:** *Chorioamnionitis, Sepsis, Shock septic.*

**Autor Responsable:** Alejandra Francisca Plaza Rasjido. [afplaza@miuandes.cl](mailto:afplaza@miuandes.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Hiperparatiroidismo primario normocalcémico, a propósito de un caso.”

**Código del trabajo: CC100**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Diego Arturo Bazaes Núñez, Slavka Montserrat Chelebifski Vargas, Gabriela Patricia Antúnez Lay.

Nombre Tutor: Francisco Muñoz Ortiz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario (HPT-1a), trastorno endocrino caracterizado por la secreción autónoma de la hormona paratiroidea (PTH) tiene como presentación clínica más frecuente el HPT-1a hipercalcémico. No obstante, se ha descrito su variante normocalcémica, la cual presenta niveles elevados de PTH, con calcio sérico e iónico normales reportado en al menos dos oportunidades, sin causas secundarias de elevación de PTH.

**Caso clínico:** mujer de 79 años, con antecedente de hipotiroidismo y HTA. Consulta por densitometría ósea en rango de osteoporosis (L2-L4 0.897 gr/cm<sup>2</sup> Tscore -2.6, CFI 0.775 gr/cm<sup>2</sup> T score -1.9, CFD 0.705 gr/cm<sup>2</sup> T score -2.4), por lo que se administró vitamina D (50.000 UI semanales por 4 semanas). Se realizó estudio de laboratorio que reportó PTH elevada en dos oportunidades (95 pg/mL y 92 pg/mL; VN: 15-65 pg/mL) con Calcio plasmático y Calcio iónico normales, se diagnosticó PHPT normocalcémico (HPT-1aN) cuyo manejo fue control médico periódico.

**Discusión:** La incidencia del HPT-1aN varía entre 0,4-8,9% en cohortes comunitarias. Esta enfermedad tiene las mismas complicaciones que HPT-1a hipercalcémico, la mayoría de las series se reportan altas tasas de pérdida de densidad mineral ósea, fracturas y litiasis urinaria. El tratamiento es quirúrgico, paratiroidectomía, en sintomáticos y asintomáticos con daño renal u óseo; para los pacientes que no cumplen con estas condiciones o rechacen la intervención, se sugiere realizar monitoreo anual de PTH, calcio sérico, densitometría ósea y manejo médico de la osteoporosis.

**Conclusión:** HPT-1aN se acompaña de las mismas complicaciones que la variante hipercalcemia. La paratiroidectomía es el tratamiento de elección, sin embargo, el manejo médico puede ser una opción en pacientes con contraindicación o rechacen la cirugía.

**PALABRAS CLAVE:** *hyperparathyroidism, normocalcemic hyperparathyroidism, hypercalcemia, osteoporosis, parathyroidectomy, Chile*

**Autor Responsable:** Diego Arturo Bazaes Núñez. dabazaes@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Pseudoaneurisma de la arteria hepática izquierda como complicación de trauma hepático penetrante por arma blanca.”**

**Código del trabajo: CC101**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Sofía Kutscher Campero, Magdalena Fuenzalida Palacios, Dalay Purto Hoffmann.

Nombre Tutor: Cecilia Romero Manqui, J. Ramos

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La lesión hepática ocurre en el 5% de las admisiones por trauma. Su tamaño y ubicación anatómica lo convierten en el órgano más susceptible de lesiones por traumatismo. El mecanismo puede ser tanto cerrado como penetrante, correspondiendo el 13% de los casos a este último. Las complicaciones posteriores a un trauma hepático se presentan en el 12-14% de los pacientes. El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una complicación rara con una prevalencia del 1%. Puede ser asintomático o manifestarse tras su rotura como dolor abdominal, hemorragia digestiva o intraperitoneal y/o hemobilia.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 27 años con antecedente de trauma hepático penetrante por arma blanca operado mediante laparoscopia diagnóstica convertida. Tras reparación de lesión hepática, evoluciona favorablemente y es trasladado de manera precoz a hospital correspondiente. Consulta 3 semanas posterior a cirugía por cuadro de dolor abdominal, hematemesis y melena. Ingresa estable hemodinámicamente. Se realiza endoscopia digestiva alta que evidencia hemobilia. Angiotomografía computarizada informa pseudoaneurisma de arteria hepática izquierda de 1.4 cm. Se realiza arteriografía con confirmación diagnóstica, seguida de angioembolización exitosa del pseudoaneurisma. Paciente evoluciona de manera favorable y es trasladado a su hospital correspondiente.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El pseudoaneurisma es una complicación poco frecuente del trauma hepático y debe ser sospechada dada su elevada mortalidad (hasta 18%). Se recomienda seguimiento imagenológico cuando existe sospecha clínica de complicación y su diagnóstico se realiza con angiotomografía computarizada. Pacientes asintomáticos deben tratarse precozmente con angioembolización debido al riesgo de rotura. En casos con melena o hematemesis después de un traumatismo hepático, la hemobilia es sugerente de rotura de un pseudoaneurisma intrahepático y permite sospecharla; en pacientes estables hemodinámicamente y sin signos de sepsis, la angioembolización continúa siendo el tratamiento de elección. Su tasa de éxito oscila entre 75-100%, con menor morbimortalidad que la cirugía.

**PALABRAS CLAVE:** *Pseudoaneurysm, postoperative complication, therapeutic embolization.*

**Autor Responsable:** Sofía Kutscher Campero. sakutscher@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Sepsis secundaria a ITU baja: reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC102**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Daniel Hernán Cathalifaud Zilleruelo, Javier Sebastián Sandoval Salas, .

Nombre Tutor: Elizabeth Remolcois Cárdenas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La cistitis es la forma de Infección del Tracto Urinario (ITU) más frecuente. En general se presenta con síntomas urinarios bajos, sin generar compromiso sistémico ni sepsis, siendo estas complicaciones más bien raras y limitadas a escenarios específicos.

**Presentación del caso:** Mujer de 91 años con antecedentes de carcinoma vulvar infiltrante con compromiso uretral y vesical, usuaria de cistostomía, y con antecedente de 2 pielonefritis agudas previas en relación a hidroureteronefrosis. Traída por compromiso de conciencia cuantitativo súbito hasta sopor medio de 12 horas de evolución, sin historia de trauma, convulsiones ni síntomas urinarios recientes. Ingresa hipotensa, mal perfundida y desaturando, afebril. En exámenes destacan leucocitosis, PCR levemente elevada, hiperlactacidemia y alteración de creatininemia, sedimento urinario inflamatorio y Gram de orina con Bacilos Gram Negativos. TAC de cerebro sin hallazgos agudos y Rx de tórax normal. Se maneja con reanimación con cristaloides y Piperacilina/Tazobactam, que se ajusta rápidamente a Meropenem. Se solicita PieloTAC, en que se descarta hidronefrosis y urolitiasis, pero destaca engrosamiento parietal difuso de la vejiga asociado a cambios edematosos del tejido perivesical, compatible con urosepsis por cistitis no enfisematosa. Evoluciona con mejoría clínica y de laboratorio. Posteriormente se aísla en uro y hemocultivos *Proteus Mirabilis* multisensible.

**Discusión:** La ITU es una causa muy frecuente de sepsis en adultos, pero la mayoría son secundarias a pielonefritis agudas. La presentación de sepsis en relación a ITU baja es una complicación poco frecuente pero posible en pacientes frágiles o con factores de riesgo como instrumentalización de la vía urinaria, como usuarios de cistostomía como la paciente, por lo debe ser sospechada y tratada precozmente. Los pocos casos descritos en la literatura de sepsis por cistitis corresponden a cistitis enfisematosa, que no corresponde al cuadro clínico de la paciente.

**PALABRAS CLAVE:** *urinary tract infection; cystitis; sepsis.*

---

**Autor Responsable:** Daniel Hernán Cathalifaud Zilleruelo. dhcathalifaud@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Enfrentamiento en Infarto agudo al miocardio por disección de arteria coronaria descendente anterior: A propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC103**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: María Rosario Trujillo Silva, María José González Figueroa, Natalia Patricia Molina Espinoza.

Nombre Tutor: Vicente Joaquín González Isla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La patología coronaria es poco frecuente entre la población joven. El espectro de síndrome coronario agudo (SCA) varía entre angina inestable hasta muerte súbita, y dentro de las causas encontramos la disección espontánea de arteria coronaria, patología infrecuente que puede causar isquemia miocárdica. Esta corresponde a la separación no traumática ni iatrogénica de la pared de la arteria coronaria, y es más frecuente en población joven y mujeres.

**Caso clínico:** Mujer de 39 años, con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y obesidad, presenta cuadro de angina súbita de segundos de duración, asociado a disnea, palpitations y fatiga, en contexto de tensión emocional. Refiere ser primera vez que presenta este episodio. Consulta en cardiología hemodinámicamente con presión arterial elevada y con un electrocardiograma (ECG) que informa ritmo sinusal, supradesnivel ST (SDST) y onda T negativa en pared anterior y lateral, por lo que se deriva a servicio de urgencias, donde ingresa taquicárdica y asintomática. Se solicita nuevo ECG que informa ritmo sinusal regular y SDST dudoso en derivada V2, y enzimas cardíacas con Troponina US 746, y posteriormente 455. Se inicia manejo de SCA, con doble antiagregación, anticoagulación y estatinas por diagnóstico de IAM con SDST. A la coronariografía se constata lesión aguda con estenosis moderada distal en arteria descendente anterior, sugerente de hematoma disecante distal, de manejo médico no angioplastiable. Es dada de alta en buenas condiciones, con doble antiagregación, enalapril y betabloqueadores.

**Conclusión:** La disección de arteria coronaria presenta una clínica similar al SCA, como dolor torácico, y menos común irradiación en brazo y cuello, náuseas, disnea, entre otros. Para el diagnóstico es necesario una angiografía que informe una disección no iatrogénica y ausencia de aterosclerosis. En estos pacientes se prefiere manejo conservador, sobre la revascularización. Considerar uso a largo plazo de antiagregantes y betabloqueadores.

**PALABRAS CLAVE:** *Myocardial Ischemia, Acute Coronary Syndrome, Coronary Artery Disease, Coronary Angiography*

**Autor Responsable:** María Rosario Trujillo Silva. maria.trujillo@mail.udp.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Colangiopatía asociada a VIH, etiología de patología hepatobiliar en pacientes VIH positivo.”**

**Código del trabajo: CC104**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Agustín Felipe Muga Vaccarella, Cristóbal Ernesto López Le-Beuffe, Macarena Kutscher Monckeberg.

Nombre Tutor: Benjamín Andrés Sanfuentes Diez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Un porcentaje importante de pacientes portadores de VIH presentan complicaciones hepatobiliares de variadas etiologías, como patologías propias del virus, patologías infecciosas oportunistas y efectos adversos del tratamiento, entre otras. Debido a las implicancias terapéuticas, un adecuado diagnóstico diferencial es esencial.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 26 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución de diarrea acuosa y baja de peso de hasta 15 kg. 4 días previo a consultar presenta dolor abdominal hipogástrico tipo cólico, asociado a náuseas, vómitos, anorexia y coluria. En estudio inicial destaca ELISA VIH (+), TAC de abdomen y pelvis que muestra dilatación de vía biliar intra y extrahepática, sin factor obstructivo, sin alteración de pruebas hepáticas concomitantes. Hospitalizada presenta elevación de transaminasas, con persistencia imagenológica de dilatación de vía biliar. Se sospecha de ductopatía por VIH, por lo que se complementa estudio con colangiografía, compatible con diagnóstico. Se inicia terapia antirretroviral y ácido ursodeoxicólico, evolucionando favorablemente en condiciones de continuar manejo de forma ambulatoria.

**DISCUSIÓN:** La elevación de transaminasas debe relacionarse con la clínica, junto al recuento de CD4, para un diagnóstico adecuado. Ictericia y decaimiento son sugerentes de infecciones virales hepáticas agudas, mientras que dolor abdominal y un patrón colestásico de pruebas hepáticas sugieren cuadros obstructivos. La colangiopatía por VIH, cuadro obstructivo secundario a inflamación crónica dado infección por patógenos oportunistas, debe sospecharse en pacientes con recuentos de CD4 menor a 100, con dolor abdominal y elevación de fosfatas alcalinas. Deben revisarse los fármacos de uso crónico del paciente por el riesgo de hepatotoxicidad de la terapia antirretroviral.

**CONCLUSIÓN:** Las etiologías de la elevación de pruebas hepáticas en pacientes VIH positivo son variadas. Se deben correlacionar con clínica, patrón de elevación de estas, otros hallazgos de laboratorio e imágenes en caso de cuadro sugerente de patología obstructiva.

**PALABRAS CLAVE:** *HIV, HIV cholangiopathy, Biliary tract diseases.*

**Autor Responsable:** Agustín Felipe Muga Vaccarella. afmuga@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Rendimiento de la clínica y la ultrasonografía en el diagnóstico de colecistitis aguda: A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC105**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Gonzalo Enrique Moya Gallo, Macarena Kutscher Monckeberg, Agustín Felipe Muga Vaccarella.

Nombre Tutor: Eduardo Antonio Orellana Cifuentes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar secundario a la obstrucción persistente de la salida del conducto cístico. Es la complicación más frecuente de la colelitiasis y representa un diagnóstico diferencial fundamental dentro del dolor abdominal del cuadrante superior derecho.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 46 años, sin antecedentes mórbidos, con cirugía laparoscópica previa el 2018 por obstrucción intestinal. Se presenta con cuadro de 4 días de dolor abdominal en hipocondrio derecho, tipo cólico, asociado a vómitos alimentarios, compatible con cólico biliar. Al examen físico destaca signo de Murphy (+). Se realiza ecografía abdominal, compatible con colecistitis aguda. Se ingresa paciente a pabellón para colecistectomía laparoscópica, sin embargo durante la cirugía se observa gran distensión de asas intestinales, asociado a necrosis extensa de íleon distal, secundario a hernia interna por bridas. Se convierte cirugía a técnica abierta para adecuada resección intestinal y adherenciólisis, llevadas a cabo sin complicaciones.

**DISCUSIÓN:** El rendimiento de la clínica y la ultrasonografía para el diagnóstico de la colecistitis aguda es moderado. En particular, una revisión sistemática de 1994 reportó una sensibilidad de 88% y una especificidad de 80% en el uso de la ultrasonografía para el diagnóstico de la colecistitis. Falsos positivos pueden explicarse por la presencia de líquido libre circundante al conducto cístico. En cuanto a la clínica, ningún signo o síntoma específico permite hacer el diagnóstico, siendo el signo de Murphy el con mayor LR (2.8).

**CONCLUSIÓN:** Ni la clínica ni la ultrasonografía permiten confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda. En caso de duda diagnóstica, la colescintigrafía (cintigrafía HIDA) ha mostrado mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta patología. Sin embargo, el elevado costo y baja disponibilidad de este exámen dificultan su uso en la práctica clínica.

**PALABRAS CLAVE:** *Acute cholecystitis, Cholelithiasis, Ultrasonography.*

**Autor Responsable:** Gonzalo Enrique Moya Gallo. gemoya@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Signo y síndrome de Chilaiditi, a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC109**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Andrea Lorena Carvajal Ávila, Gabriela Lupe Calderara Cea, Magdalena Sofía Cobo Lewin.

Nombre Tutor: Daniela Valenzuela Stutman

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El signo de Chilaiditi es un signo radiológico infrecuente que describe la interposición del intestino delgado entre hígado y hemidiafragma derecho. Generalmente asintomático, pero en caso de manifestarse con dolor abdominal, vómito, constipación, distensión abdominal, entre otros, constituye el Síndrome de Chilaiditi, de manejo conservador en su mayoría.

**Caso Clínico:** Paciente femenino de 13 años, con antecedentes de gastrosquisis operada de RN, tres episodios de obstrucción intestinal, uno de manejo quirúrgico, consulta por dolor abdominal difuso intermitente, distensión, constipación y deposiciones duras. Al examen físico presenta abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos normales y sensibilidad a la palpación de hipocondrio y flanco derecho. Trae radiografía de abdomen simple previamente solicitada que describe “signo de Chilaiditi”. Se indica manejo sintomático con PEG y aumento en la ingesta de fibra y líquidos, con buena respuesta.

**Discusión:** El signo descrito, nombrado en honor a Demetrius Chilaiditi, radiólogo quien lo describió en 1910, es un hallazgo raro. Su incidencia ronda los 0.025 a 0.28% de las radiografías de tórax y abdomen, dándose principalmente en hombres mayores de 65 años. Se describen como predisponentes al cuadro, factores hepáticos, diafragmáticos, intestinales y antecedentes de cirugías abdominales. Es un concepto que deberíamos identificar en la visualización de imágenes que muestran haustras intestinales subdiafragmáticas y diferenciarlo de los posibles diagnósticos diferenciales de “aire en espacio subdiafragmático”, tales como neumoperitoneo, hernia diafragmática, neumatosis intestinal, absceso subfrénico, entre otros, que llevan a manejos diferentes.

**Conclusión:** Aunque es un hallazgo infrecuente en población pediátrica, es un elemento que debemos tener en cuenta en pacientes con factores predisponentes, ya que requiere un manejo conservador, a diferencia de sus diagnósticos diferenciales que podrían implicar un manejo quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** *Chilaiditi’s sign, bowel interposition, subdiaphragmatic air.*

**Autor Responsable:** Andrea Lorena Carvajal Ávila. alcarvajal@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Manifestación pulmonar en EII”

**Código del trabajo: CC110**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Andrea Lorena Carvajal Ávila, Gabriela Lupe Calderara Cea, Amaia Ortiz de Rozas Bernard.

Nombre Tutor: Ximena Marta Cea Bahamondes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones extraintestinales (MEI) de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tienen una incidencia que varía entre el 21 al 41%, destacando articulaciones, piel, ojos y tracto hepatobiliar y se describen más frecuentes en Enfermedad de Crohn (EC) vs Colitis Ulcerosa (CU). Otras menos frecuentes son cardíacas, pulmonares y pancreáticas.

**CASO CLÍNICO:** Paciente 19 años, antecedentes de CU y hospitalización por Neumonía con 14 días de tratamiento antibiótico. Evaluado por persistencia de dolor torácico basal bilateral, tos escasa y diarrea intermitente. Al examen físico destaca matidez basal de hemitórax izquierdo y lesiones cutáneas reseca. Al laboratorio, PCR 26.1, leucocitos 11600 y VHS 16. Se solicita TAC de tórax que describe compromiso pulmonar multifocal con predominio lóbulos inferiores, mayor a estudio previo, se sugirió descartar Poliangeitis granulomatosa. Se realiza estudio resultando negativo y se maneja con corticoides.

**DISCUSIÓN:** La etiopatogenia de MEI aún no es muy comprendida, pero se plantea un rol de factores ambientales e inmunes en personas susceptibles, relacionándose o no con la actividad de la EII. El compromiso pulmonar es más frecuente en CU y puede involucrar parénquima, árbol traqueo-bronquial o pleura, siendo más común las bronquiectasias. Así, se presenta como un cuadro inespecífico, con síntomas como disfonía, tos, expectoración, dolor torácico, disnea, entre otros, una función pulmonar normal o alterada hasta en un 50% de los casos e imágenes de tórax inespecíficas con compromiso pulmonar, intersticial o pleural. El manejo pulmonar es con corticoides sistémicos, logrando a las semanas buena respuesta.

**CONCLUSIÓN:** Las MEI de la EII, se deben tener en cuenta siempre al evaluar a un paciente con este antecedente, ya que puede cambiar el enfoque diagnóstico y con esto, el tratamiento. A nivel pulmonar es importante conocer el amplio compromiso que puede existir, que si bien es infrecuente, puede confundir con otras patologías.

**PALABRAS CLAVE:** *Inflammatory bowel disease, Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, Extraintestinal, Pulmonary Involvement.*

---

**Autor Responsable:** Andrea Lorena Carvajal Ávila. alcarvajal@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DEL PULGAR BILATERAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO.”

**Código del trabajo: CC111**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Stefanie Sofía Lehnert Garbarini, Gabriela Pía Mundaca Ferreira, Monserrat Antonia Cortés Arancibia.

Nombre Tutor: Pedro Ziede Diaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La tenosinovitis estenosante del pulgar es una patología del sistema tendinoso flexor que provoca limitación a la flexo-extensión digital. Representa un 3% de las patologías de la extremidad superior en la edad pediátrica y generalmente es unilateral. Puede manifestarse de forma congénita, y ser detectada al nacer o en los primeros años de vida. Habitualmente está asociado a un engrosamiento del tendón en la epífisis distal del primer metacarpo, denominado nódulo de Notta. Con respecto al tratamiento la evidencia no es categórica, algunos autores reportan mejorías con tratamiento ortopédico, sin embargo, otros creen necesaria la cirugía.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Preescolar de sexo masculino de tres años de edad, sin antecedentes mórbidos. Es traído por su madre a policlínico de Traumatología Infantil (TI) del Hospital Regional de Antofagasta (HRA) por presentar cuadro de cinco meses de evolución caracterizado por presentar posición en actitud flexora de la articulación interfalángica de ambos pulgares y con presencia de nódulos en poleas A1. Se indica rehabilitación kinésica por un mes y frente al fracaso terapéutico se decide resolución quirúrgica. Se realiza liberación percutánea de polea A1 de ambos pulgares, sin complicaciones. Evoluciona de forma favorable con movilidad conservada de ambos pulgares. Se mantiene en controles en policlínico de TI en HRA.

**DISCUSIÓN:** La escasa evidencia epidemiológica de esta patología en Chile hace relevante su exposición, siendo inusual su presentación bilateral. Es indispensable su intervención precoz, para evitar alteraciones en el desarrollo psicomotor y diversas discapacidades que quirúrgicamente pueden resolverse sin mayores complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Trigger Finger Disorder, Tenosynovitis, Pediatrics.*

---

**Autor Responsable:** Stefanie Sofía Lehnert Garbarini. stefanie\_lehnert@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Fractura de Talo a baja energía ¿es posible?”**

**Código del trabajo: CC113**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Rocío Pilar Astudillo Goic, Magdalena Leigh Jaar, Magdalena Cobo Lewin.

Nombre Tutor: Sebastián Canahuate Bravo-Iratchet

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

El astrágalo es el único hueso del talo que articula con la pierna. La fractura de astrágalo es poco frecuente, aunque segunda en frecuencia del talo. El mecanismo de fractura es de alta energía, en politraumatizados. Al examen físico se observa aumento de volumen y equimosis del talo y alteraciones en rangos de movilidad del tobillo o subtalar. La evaluación radiológica inicia con radiografía. El TAC ayuda a definir tratamiento, mayoritariamente quirúrgico. La RM se utiliza para seguimiento.

#### Caso Clínico

Paciente de 22 años, sexo femenino, con antecedente de Enfermedad de Berger tratada con corticoides. Consulta por traumatismo de tobillo izquierdo jugando volleyball, mecanismo de torsión por rotación interna e inversión, con pie fijo. Al examen físico destaca imposibilidad de cargar peso, dolor en peroné proximal y ambos maleolos, resto sin hallazgos. Se solicitan proyecciones de radiografía de pierna y tobillo izquierdo, sin fractura. Se diagnostica esguince de tobillo y manejo con bota larga. Consulta al tercer día por aumento de volumen y dolor. Al examen físico presenta dolor con carga, equimosis de tobillo y antepié, peroneo y tibial posterior M3, resto negativo. Nueva radiografía de pie con carga muestra fractura avulsiva de aspecto proximal y plantar de cuboides. Se indica kinesioterapia y tobillera en dos oportunidades. Al tercer control persiste inestabilidad y dolor, se solicita RM de tobillo que muestra derrame articular, tenosinovitis del tibial posterior y peroneos y fractura por impactación de la cúpula del astrágalo. Se descarta manejo quirúrgico y se realiza infiltración anterior y posterior. Paciente evoluciona favorablemente, logrando reiniciar deporte con soporte en 6 meses y rehabilitación completa al año.

#### Discusión

La fractura de astrágalo requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno. La gran superficie articular e irrigación terminal del astrágalo lo hacen propenso a complicaciones, entre ellas artrosis y necrosis avascular.

**PALABRAS CLAVE:** *Fracture, astragalus, talar*

**Autor Responsable:** Rocío Pilar Astudillo Goic. rpastudillo@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Manejo inicial de neumonía adquirida en la comunidad grave en adultos durante pandemia por Covid-19”**

**Código del trabajo: CC114**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Pablo Andrés Tapia Mora, Belén Alejandra Giménez Barros, Valentina Paz Kobus Garín.

Nombre Tutor: Constanza Orozco Soto, Francesca Fuentes Ramirez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El primer caso de la pandemia Covid-19 en Chile fue diagnosticado el 3 de marzo del 2020. Se propagó rápidamente y 2 semanas después se decreta la fase 4, haciendo intrazable el contagio. Desde ese día se ha considerado la infección por SARS CoV-2 como diagnóstico alternativo de cualquier infección respiratoria, tarea difícil dado su similitud con otros cuadros respiratorios. No obstante, un signo clínico importante es su progresión hacia una insuficiencia respiratoria grave que afecta incluso a la población joven. Dado que el resultado de la PCR para SARS Cov-2 puede tardar, el clínico se ve obligado a buscar otros diagnósticos diferenciales.

Presentación del Caso: Paciente masculino de 24 años consulta por 2 semanas de tos seca y disnea progresiva, asociadas a diarrea y baja de peso. Ingresa al servicio de urgencia febril, taquicárdico, taquipneico, y deshidratado. Imágenes destaca: radiografía de tórax con evidentes focos de condensación multilobar y TAC de tórax con opacidades parcheadas difusas en vidrio esmerilado en ambos pulmones de predominio basal. Paciente evoluciona con mala mecánica ventilatoria requiriendo intubación orotraqueal e ingreso a UCI. Estudio etiológico: panel viral (-), PCR COVID-19 (-), Baciloscopia (-), serología VIH (+), sin microbiología aislada en cultivos. Se inicia terapia antibiótica con doble cobertura para neumococo y se agrega trimethoprim/sulfamethoxazol más corticoides por sospecha de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP). Paciente evoluciona favorablemente con descenso de parámetros inflamatorios lográndose extubación a los 10 días con plan de completar terapia para PCP dado serología para *Pneumocystis jirovecii* (+).

Discusión: La PCP se mantiene como una de las infecciones oportunistas más frecuentes en el paciente infectado con VIH, no obstante, los pacientes inmunosuprimidos por otra causa también lo pueden presentar. Dado la pandemia actual por COVID-19, puede ser un desafío el diagnóstico dado la similitud en el cuadro clínico y su progresión hacia una insuficiencia respiratoria grave.

**PALABRAS CLAVE:** *Pneumocystis jirovecii*, *Pneumonia*, *Covid-19*, *SARS CoV-2*, *Respiratory Insufficiency*

---

**Autor Responsable:** Pablo Andrés Tapia Mora. patapia2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Fiebre de origen desconocido y poliartritis migratoria como presentación de neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoide.”**

**Código del trabajo: CC115**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Clara Rioseco Ramos, María Paz Amenabar Moreno, Gonzalo Moya Gallo.

Nombre Tutor: Melissa Valencia Castillo

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoide (NBCDP) es una enfermedad clasificada dentro de las leucemias agudas y neoplasias derivadas de precursores hematopoyéticos mieloides de células dendríticas plasmocitoides. Corresponde a una entidad clínica rara, agresiva (diseminación leucémica) y de mal pronóstico. Frecuentemente involucra piel, linfonodos, sangre periférica y médula ósea. En este reporte se presenta un caso de fiebre de origen desconocido (FOD) y poliartritis migratoria (PM) como presentación de NBCDP.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 34 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 2 meses de evolución de FOD, PM y baja de peso significativa. Ingresa febril, taquicárdica, con signos de artritis en codo y hombro derecho, dolor 6/10 EVA. Exámenes de ingreso: anemia normocítica normocrómica, parámetros inflamatorios elevados (VHS: 41, PCR: 9,16), LDH 834, FA: 269, artrocentesis: GB 400/uL, sin bacterias. Se inicia estudio infeccioso y reumatológico, resultando negativos. Se solicita TC TAP, el cual evidencia hepatomegalia, leve ascitis, sin evidencias de proceso neoplásico. Ecocardiograma sin evidencia de endocarditis infecciosa. Paciente evoluciona con agravamiento de dolor en esqueleto axial, persistencia de fiebre, taquicardia y parámetros inflamatorios elevados con leucocitosis con desviación izquierda (DI), anemia y trombocitopenia. Se solicita PET CT, el cual evidencia aumento del metabolismo glucídico y captación irregular en esqueleto axial y apendicular, hallazgos sospechosos de sustitución medular. En este contexto, se realizan mielograma: leucocitosis con DI, mielocultivo: negativo, y biopsia de médula ósea: hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con una neoplasia hematolinfoide indiferenciada, con una primera posibilidad diagnóstica una neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoide.

**DISCUSIÓN:** La NBCDP corresponde a una entidad clínica infrecuente y agresiva, previamente denominada como linfoma blástico de células NK. Representa sólo un 0,7% del total de neoplasias hematológicas. Dado su baja prevalencia, resulta relevante reportar casos clínicos para aportar a la construcción de evidencia sólida.

**PALABRAS CLAVE:** *blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm, unknown origin fever, migratory polyarthritis.*

---

**Autor Responsable:** Clara Rioseco Ramos. crioseco1@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Infección de piel y partes blandas por mycobacterium chelonae en paciente inmunosuprimida, reporte de caso.”**

**Código del trabajo: CC116**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Macarena Sara Farías Marambio, Clara Rioseco Ramos, Sofía Kutscher Campero.

Nombre Tutor: Patricio Ross Pérez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Mycobacterium chelonae es un microorganismo del conjunto de las micobacterias atípicas no tuberculosas de rápido crecimiento, encontrada en el ambiente nosocomial. Se han reportado infecciones en inmunosuprimidos originadas en procedimientos mínimamente invasivos. Clínicamente, se manifiesta como infecciones de piel y tejidos blandos, formando nódulos sensibles y eritematosos que pueden evolucionar a úlceras. Además, existen formas atípicas diseminadas. La micobacteriosis atípica corresponde a una entidad clínica infrecuente, importante a considerar en la etiología de las infecciones de piel y tejidos blandos.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 90 años, con antecedente de arteritis de células gigantes en corticoterapia, DM2IR, HTA, cardiopatía coronaria y hospitalización reciente por bola fúngica en seno maxilar. Consulta por cuadro de edema y dolor en extremidad inferior izquierda (EII). Se realiza ecodoppler y es hospitalizada con diagnóstico de TVP distal asociada a tromboflebitis superficial, iniciándose tratamiento con Rivaroxabán. Una semana después, la EII presenta aparición de lesiones nodulares sensibles y eritematosas, sin elevación de parámetros inflamatorios, evolucionando a ampollas hemorrágicas y purulentas, terminando en úlceras profundas. Se sospechó etiología infecciosa, iniciándose tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam y vancomicina, sin mostrar buena evolución clínica. Se realiza aseo quirúrgico de lesiones, tomándose biopsia y cultivo. Exámenes informan: dermatitis e hipodermatitis por micobacteriosis atípica, con cultivos positivos para mycobacterium chelonae. Se inicia Claritromicina y Amikacina, logrando regresión de lesiones cutáneas.

**DISCUSIÓN:** La micobacteriosis atípica en piel y tejidos blandos es una entidad clínica a sospechar en pacientes inmunosuprimidos que cumplan con la presentación clínica habitual o pacientes con diagnóstico de celulitis sin respuesta a tratamiento clásico. El diagnóstico incluye biopsia del tejido con tinción de Ziehl-Neelsen, cultivo y métodos de biología molecular. Si bien las recomendaciones actuales aconsejan basar el tratamiento en la susceptibilidad del antibiograma, existen esquemas sugeridos que incluyen macrólidos, aminoglicósidos y/o oxazolidinonas de forma prolongada, que deben tenerse en cuenta.

**PALABRAS CLAVE:** *Atypical Mycobacteriosis, Mycobacterium chelonae, Nontuberculous, cellulitis.*

**Autor Responsable:** Macarena Sara Farías Marambio. msfarias1@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Síndrome de HELLP en puerperio mediato. Reporte de un caso”

**Código del trabajo:** CC117

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Matías Noguera Hevia, José María Cabrera López, Tomás Andrés Cerda Gaete.

Nombre Tutor: Emanuel Llaguno Maturana

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El síndrome de HELLP representa un acrónimo caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, alteración de enzimas hepáticas y plaquetas bajas. Se presenta en mujeres embarazadas y puérperas. Su presentación clínica es variable, sin embargo, su síntoma cardinal es dolor en el cuadrante superior derecho (CSD), que puede ir acompañado de vómitos, compromiso neurosensoriales o síntomas inespecíficos. Se ha postulado un continuo entre la preeclampsia (PE) y el síndrome de HELLP. Sin embargo, hasta un 15-20% debuta sin el antecedente de hipertensión o proteinuria.

**Caso Clínico:** Puérpera de 23 años, con parto vaginal de 37 semanas. Antecedente de PE sin criterios de severidad diagnosticada a las 35 semanas. Evoluciona a las 48 horas postparto con cefalea asociada a escotomas y dolor en el CSD. Se solicitan exámenes de laboratorio en donde destaca hemoglobina de 12.8 g/dL, plaquetas de 14.100/mm<sup>3</sup>, aspartato-aminotransferasa y alanino-aminotransferasa en 326 y 235 U/L respectivamente, bilirrubina total en 0.3 mg/dL y lactato deshidrogenasa en 1537 U/L. Adicionalmente se solicita tomografía computada de abdomen y pelvis donde no se observa líquido libre ni hematoma subcapsular hepático. Se realiza diagnóstico de síndrome de HELLP y se solicita traslado a unidad cuidados intensivos para manejo de soporte y complicaciones asociadas a la patología. Paciente evoluciona de forma favorable con normalización de exámenes de laboratorio y resolución de síntomas.

**Discusión:** Si bien la mayoría de los casos ocurre entre las 28-37 semanas de gestación, un 30% de los casos puede ocurrir en el post-parto. Es importante para médicos generales conocer los síntomas cardinales y tener un bajo umbral para solicitar un hemograma, pruebas hepáticas y orina completa como primera aproximación. Si bien esta es una patología de presentación infrecuente (5-8/1.000 embarazos), es importante su detección precoz dado su asociación a morbimortalidad materna.

**PALABRAS CLAVE:** *HELLP syndrome, preeclampsia, thrombocytopenia, pregnancy complications, postpartum period*

---

**Autor Responsable:** Matías Noguera Hevia. [mnoquera1@uc.cl](mailto:mnoquera1@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“SHU típico con hipocomplementemia en Edad Atípica”

**Código del trabajo: CC118**

**Área: Medicina Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Javier Sebastian Sandoval Salas, Daniel Hernan Cathalifaud Zilleruelo, Tomas Andres Cerda Gaete.

Nombre Tutor: Diego Reyes Placencia

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) típico o asociado a Shiga-toxina corresponde al 90% de los casos de microangiopatía trombótica en pediatría en Chile, con una edad de presentación promedio a los 2 años y un cuadro típico de disentería, trombocitopenia y falla renal. Es una importante causa de falla renal aguda (AKI) en niños, en general reversible. Parte del otro 10% corresponde a SHU atípico (no causado por Shiga-toxina), el cual suele presentarse en personas mayores, sin diarrea, con falla renal oligúrica y trombocitopenia.

**Caso clínico:** Hombre de 15 años con antecedente de trastorno del espectro autista. Cuadro de 5 días de dolor abdominal cólico difuso, vómitos aislados y sensación febril no cuantificada, con diarrea sin elementos patológicos durante los primeros días, sin otros síntomas. Ingresa hemodinámicamente estable y afebril. En sus exámenes iniciales destaca trombocitopenia, AKI, hiperkalemia, LDH elevada e hiperbilirrubinemia indirecta. Es hospitalizado por la sospecha de SHU atípico. En estudio destaca C3 normal en límite inferior, C4 bajo y ADAMTS13 normal, estimándose como probable SHU atípico e iniciando plasmaféresis. Evoluciona constipado, anúrico y anémico, con requerimiento de terapia de reemplazo renal (TRR) y transfusiones. Posteriormente se logra aislar la presencia de E. coli O:157 y Shiga- toxina en deposiciones. Actividad hemolítica del complemento negativa. Evoluciona con mejoría progresiva de la función renal hasta suspensión de TRR y recuentos hematológicos al alza.

**Discusión:** Se presenta un caso de SHU típico a una edad infrecuente y con alteración de los niveles del complemento. La activación de la vía alternativa del complemento y disminución de C3 en sangre se ha asociado a cuadros más severos. Se ha reportado la disminución de C4 en algunos casos, siendo evidencia de activación de la vía clásica o lecitina del complemento, pero esto es muy infrecuente en la literatura.

**PALABRAS CLAVE:** *hemolytic uremic syndrome; complement activation; shiga toxin.*

**Autor Responsable:** Javier Sebastian Sandoval Salas. [jssandoval@uc.cl](mailto:jssandoval@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Importancia del uso de imágenes en el diagnóstico precoz de aneurisma aórtico abdominal”

**Código del trabajo:** CC119

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Fernanda Camila Kara Carmo, Diego Arturo Bazaes Núñez, Matías Noguera Hevia.

Nombre Tutor: Felipe Castillo, Felipe Fernandez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El aneurisma aórtico abdominal (AAA) corresponde a una dilatación mayor al 50% del diámetro aórtico abdominal habitual. La localización más frecuente es infrarrenal. En Chile la frecuencia es de 7,6% en hombres y 1% en mujeres con historia de tabaquismo, hipertensión o dislipidemia. Las imágenes, como la ecografía abdominal y tomografía computada, son un pilar fundamental para el diagnóstico y tratamiento precoz, evitando así el desarrollo de complicaciones.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 77 años, con antecedente de dislipidemia y tabaquismo suspendido hace 20 años (IPA de 10). Consulta por cuadro de 15 días de evolución de dolor abdominal epigástrico de carácter sordo tipo puntada, de intensidad progresiva, no relacionado a comidas, sin otros síntomas acompañantes. Consulta en gastroenterología, sin hallazgos relevantes al examen físico ni exámenes de laboratorio. Se solicita ecografía abdominal que informa aneurisma aórtico abdominal de 7.1 cm. Posteriormente se solicita AngioTAC que informa aneurisma aórtico abdominal infrarrenal fusiforme de 8,8 cm de diámetro mayor, con trombo mural excéntrico, con signos de rotura subaguda, asociado a pequeño hematoma retroperitoneal subagudo. Ingres a forma electiva para resolución quirúrgica, evolucionando sin incidentes.

**Discusión:** Si bien el diagnóstico de AAA podría ser clínico, no se puede confiar en el uso exclusivo de la palpación abdominal para diagnosticar o excluir la patología. Por lo tanto, el uso de imágenes como la ecografía abdominal y la TAC resultan indispensables para realizar un diagnóstico oportuno y precoz, lo cual ha demostrado disminuir el riesgo de rotura y por ende, de mortalidad en estos pacientes. El pronóstico de un AAA roto es ominoso, hasta un 50% de los pacientes fallece previo a la llegada al hospital, por lo tanto es importante no olvidar proceso de tamizaje con apoyo de imágenes en pacientes que presenten factores de riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** *Abdominal Aortic Aneurysm, Ruptured Aneurysm, Radiology*

**Autor Responsable:** Fernanda Camila Kara Carmo. fckara@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “HEPATITIS AGUDA AUTOINMUNE INDUCIDA POR TERAPIA ANTI RETROVIRAL”

**Código del trabajo:** CC120

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Fernanda Camila Kara Carmo, Daniela Kuzmanic Calabrese, Florencia López Goggi.

Nombre Tutor: Manuel Vicente Barrera Oñate

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: La hepatitis aguda puede deberse a múltiples etiologías, por ejemplo, de origen viral y secundaria a consumo de alcohol. Existen además casos de hepatitis aguda autoinmunes. Los fármacos por su parte pueden causar injuria hepática, produciendo alteración de transaminasas, con patrones colestásicos o hepatocíticos. En algunas ocasiones pueden generar una respuesta inmune y mediante este mecanismo causar una hepatitis aguda.

Caso clínico: Hombre de 30 años, con antecedente de infección por virus de inmunodeficiencia humana en terapia antiretroviral (TARV) con Dolutegravir, Abacavir y Lamivudina hace 10 meses. Consulta por cuadro de 4 días de evolución de astenia, dolor abdominal e ictericia. Ingresa en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, afebril e icterico, sin encefalopatía. En los exámenes de laboratorio destaca INR 1.9 Bilirrubina total 9.42 y directa 7.99 FA 153, GGT 195, Plaquetas 152.000. Se sospecha hepatitis aguda grave, por lo que se decide ingreso a unidad de paciente crítico (UPC) para manejo. Evoluciona con coagulopatía sin encefalopatía hepática y patrón hepatocítico. Serología de virus hepatotropos negativa. Se suspende terapia antiretroviral por ser candidata de enfermedad hepática inducida por fármacos. Perfil autoinmune hepático resulta negativo. Se decide realizar biopsia hepática donde se evidencia presencia de plasmocitos más eosinófilos por lo que se plantea posible Hepatitis Autoinmune inducida por fármacos. Se inicia terapia con corticoides y evoluciona en buenas condiciones, con mejoría de pruebas hepáticas. Al alta se decide cambio de TARV.

Discusión: El daño hepático inducido por fármacos es una entidad frecuente. Dentro de los posibles causantes se encuentra la TARV, sin embargo, lo clásico es que el daño se produzca más cercano a su inicio. La hepatitis autoinmune primaria es una causa reconocida de hepatitis aguda, sin embargo, su manifestación secundaria a fármacos requiere de alta sospecha y en la mayoría de las ocasiones un apoyo histopatológico para su diagnóstico definitivo.

**PALABRAS CLAVE:** *Hepatitis, autoimmune, Chemical and Drug Induced Liver Injury, Liver Failure, Acute*

---

**Autor Responsable:** Fernanda Camila Kara Carmo. fckara@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Tromboembolismo pulmonar de presentación atípica: a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC123**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Rocío Astudillo Goic, Pablo Valenzuela Leiva, Constanza Vargas Castro.

Nombre Tutor: Felipe Oyarzun Aguirre

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en Chile(1) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) es tercero en esa categoría(2). La clínica es variable, desde asintomática hasta muerte súbita. Los síntomas clásicos son disnea, dolor pleurítico y tos(3). Pacientes quirúrgicos, oncológicos, reumatológicos, inmovilizados, embarazadas y usuarias de anticonceptivos son de alto riesgo(4). Los score son de gran utilidad para segmentar en grupo de bajo riesgo, donde se recomienda solicitar Dímero D, y alto riesgo, donde el estándar es AngioTAC(5). El tratamiento es la anticoagulación.

#### Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 21 años, con antecedente de trastorno depresivo, consulta en atención primaria (APS) por cuadro de 15 días de dolor EVA 7/10 en hipocondrio derecho irradiado a dorso y hemitórax izquierdo irradiado a hombro ipsilateral, asociado a tos, disnea, fiebre 38°C y tope inspiratorio. Destaca soplo abdominal. Previamente diagnosticada de neumonía y tratada de forma ambulatoria con antibióticos orales, sin respuesta. Es derivada a Urgencias donde se encuentra normotensa, saturando 94%, no obstante, taquicardia 114 y taquipnea 30. Se solicitan exámenes de sangre y ECG que resultan normales. Se pide AngioTAC de tórax que muestra TEP bilateral con aplanamiento del septum interventricular, infarto pulmonar y hemorragia alveolar. Ecoscopia evidencia disfunción ventricular derecha. Eco Doppler EEII sin signos de TVP. Paciente es hospitalizada para manejo e inicio de anticoagulación.

#### Discusión

El TEP es una entidad clínica heterogénea, por lo que se debe tener una alta sospecha diagnóstica. Frente a pacientes con dolor torácico sugerente de neumonía, con mala evolución clínica, se debe ampliar el diagnóstico diferencial. El retraso en el tratamiento de esta entidad puede empeorar el pronóstico del paciente por extensión del TEP y shock cardiogénico. Definir la causa es primordial para el manejo, especialmente en mujeres jóvenes.

**PALABRAS CLAVE:** *Chest Pain, Pulmonary Thromboembolism, Young Adult*

**Autor Responsable:** Rocío Astudillo Goic. rpastudillo@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Esclerosis sistémica severa, reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC124**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Daniela Kuzmanic Calabrese, Fernanda Kara Carmo, Florencia López Goggi.

Nombre Tutor: Aileen Paola García Gómez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN:

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo y de la microcirculación que se caracteriza por la fibrosis de los tejidos y obliteraciones vasculares, pudiendo afectar la piel, el tubo digestivo, pulmones, corazón y riñones. Es infrecuente en edad pediátrica.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente, sexo femenino, presenta en 2017, a los 12 años, Síndrome Raynaud. Al poco tiempo evoluciona con úlceras digitales y se realiza capilaroscopia compatible. A lo anterior se agregan telangiectasias, endurecimiento cutáneo generalizado, con rigidez sobre todo en manos y perioral, artritis, alteraciones en la pigmentación, xeroftalmia, mialgias y debilidad muscular proximal y reflujo gastroesofágico. A los seis meses debuta con fibrosis pulmonar, manejada con micofenolato. Dado mala evolución, inicia pulsos de rituximab y ciclofosfamida, con regular respuesta. Al año de comenzado el cuadro, se le diagnostica hipertensión pulmonar y derrame pericárdico. En esta etapa presenta calcinosis en codos y nudillos, además de las úlceras, sobre todo en invierno. En contexto de compromiso multisistémico severo se inicia inmunoglobulina mensual y corticoides. Evoluciona luego con miocardiopatía dilatada severa. Dado deterioro clínico progresivo, actualmente paciente es candidata a trasplante cardiopulmonar y precursores hematopoyéticos.

#### DISCUSIÓN:

Aproximadamente el 10% de las ES se inician antes de los 16 años de edad. A diferencia de los adultos, el 90% de las ES en niños son difusas (EScd); al momento del diagnóstico tienen menos compromiso sistémico; la afectación cardíaca es más frecuente y la renal más infrecuente. El compromiso pulmonar es una de las manifestaciones más frecuentes, y es la principal causa de muerte en los pacientes con ES. Dada la baja frecuencia de esta patología en nuestro medio, es importante optimizar la sospecha diagnóstica frente a su presentación clínica para iniciar un tratamiento precoz.

**PALABRAS CLAVE:** *juvenile systemic sclerosis, systemic scleroderma, diffuse scleroderma*

**Autor Responsable:** Daniela Kuzmanic Calabrese. dskuzmanic@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hemorragia alveolar (HA) como debut de Lupus Eritematoso Sistémico (LES),  
reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC133**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Camila Paiva Brahm, Gabriela Antúnez Lay, .

Nombre Tutor: Javier Uribe Monasterio

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La hemorragia alveolar (HA) es una complicación poco frecuente y severa del lupus eritematoso sistémico (LES), con mortalidad cercana al 30%. Generalmente se presenta en pacientes jóvenes con LES activo. No existen RCT que evalúen el manejo más eficaz pero históricamente se han utilizado corticosteroides endovenosos, con buena respuesta. A éstos últimamente se han agregado terapias para mejorar pronóstico inmediato y prevenir recurrencias, entre ellas: rituximab, ciclofosfamida, micofenolato, hidroxicloroquina, plasmaféresis e inmunoglobulina endovenosa. Se presenta el caso de una mujer de 22 años, quien consulta por disnea, tos, dolor torácico y hemoptisis. Presenta historia de poliartralgia, fiebre intermitente, compromiso del estado general y edema de manos y cara. Al ingreso paciente con requerimientos de hasta 30% FiO<sub>2</sub>. Al examen físico destacan crépitos en ambas bases pulmonares, alopecia, úlceras orales, raynaud, edema de cara y palidez. Al laboratorio presenta ANA + 1/ 5120, anti DNA 1/160, Anti SSA/Ro (+), C3 20, C4 1, hemoglobina 8.1 g/dL, TTPA 95.9 segundos, plaquetas en 140.000. El lavado broncoalveolar (LBA) con hemorragia alveolar del árbol traqueobronquial. La radiografía y escaner de tórax presentan signos compatibles con HA con múltiples opacidades y zonas de mayor densidad, de aspecto condensante, de localización bilateral predominando en regiones medias e inferiores de ambos pulmones. Dado clínica, laboratorio e imágenes compatibles con HA secundaria a LES activo, se inicia manejo con pulso de metilprednisolona 3 gramos e inmunoglobulina endovenosa (0.4 g/Kg/día por 5 días). Presenta buena respuesta clínica, sin nuevos requerimientos de oxígeno. Evoluciona con pancitopenia secundaria a LES activo por lo que se decide retrasar inicio de inmunosupresores. Posteriormente, dado bicitopenia leve se mantiene con prednisona oral, hidroxicloroquina y micofenolato sin nuevos episodios de HA hasta el momento.

**PALABRAS CLAVE:** *“Hemorrhage”, “Lung”, “Lupus Erythematosus, Systemic”*

---

**Autor Responsable:** Camila Paiva Brahm. [cnpaiva@uc.cl](mailto:cnpaiva@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Osteomielitis de base de cráneo en contexto de rinitis atrófica secundaria a abuso de simpaticomiméticos”**

**Código del trabajo: CC135**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: María Francisca Seydewitz Osses, Vicente Hernan Gándara Fuenzalida, María Victoria Hanke Sepúlveda.

Nombre Tutor: Gonzalo Latorre Selvat

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La osteomielitis de base de cráneo (OBC) es infrecuente, pero presenta elevada morbimortalidad. Ocurre en relación a infecciones rinosinuales, óticas y, en menor frecuencia, por diseminación hematógena, iatrogenia o traumatismos. Los principales factores de riesgo son edad avanzada y diabetes mellitus. Existen escasos reportes de OBC por necrosis osteocartilaginosa por uso crónico de cocaína intranasal.

**CASO:** Paciente masculino de 47 años, con antecedente de atrofia de septo nasal, cornetes y paladar blando por uso crónico de cocaína intranasal. Consulta por compromiso del estado general, cervicalgia y sensación febril de un mes. Ingresa con rigidez nuchal y placa necrótica purulenta extensa en faringe posterior. En exámenes de ingreso destacan parámetros inflamatorios elevados, líquido cefaloraquídeo con pleocitosis (9 u/L) y neuroimágenes compatibles con OBC, paquimeningitis retroclival, tromboflebitis séptica de arteria carótida derecha y accidente cerebrovascular isquémico córtico-frontal. Se inicia antibioterapia empírica, se ajusta a piperacilina/tazobactam por hemocultivos positivos para *S. anginosus* y *S. oralis*/mitis multisensibles. Se inicia anticoagulación. Se realiza aseo quirúrgico de cavidades paranasales, aislándose *S. aureus* y epidermidis meticilino-sensibles, *Candida albicans* y *glabrata*, interpretando estas últimas como contaminación y realizando decalaje antibiótico a ampicilina/sulbactam. Evoluciona con cefalea persistente, progresión imagenológica de OBC y trombosis de senos venosos. Se ajusta tratamiento cubriendo todo microorganismos aislado, logrando evolución clínica e imagenológica favorable. Completa cinco semanas de tratamiento endovenoso y se decide alta hospitalaria para continuar tratamiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La clínica inicial de la OBC es inespecífica, por lo que el diagnóstico suele ser tardío. El tratamiento incluye antibioterapia empírica de amplio espectro, ajustada según microbiología, prolongada y con antifúngicos en casos refractarios, asociada idealmente a aseo quirúrgico precoz. La OBC no es exclusiva de inmunocomprometidos, presentándose en inmunocompetentes con factores predisponentes. Se debe sospechar OBC en infecciones rinosinuales u óticas con evolución tórpida, alteraciones neurológicas, y síntomas persistentes o desproporcionados.

**PALABRAS CLAVE:** *skull base; osteomyelitis; atrophic rhinitis; sympathomimetic*

**Autor Responsable:** María Francisca Seydewitz Osses. mfseydewitz@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Bloqueo Auriculo-ventricular completo por enfermedad de Lev-Lenegre.

Estudio y manejo a partir de un caso típico.”

**Código del trabajo:** CC139

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Amaia Ortiz de Rozas Bernard, Gabriela Calderara Cea, Andrea Carvajal Ávila.

Nombre Tutor: Pauline Kirsten Böhm Ghiringhelli

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCION:** El bloqueo auriculoventricular (BAV) completo corresponde a la interrupción de la transmisión del impulso eléctrico desde el atrio al ventrículo por una alteración anatómica o funcional del sistema excito-conductor. En ausencia de marcapaso su tasa de supervivencia a 1 año post síncope no supera el 50-70% lo que lo convierte en una de sus principales indicaciones. Tiene múltiples etiologías, siendo la más común (50%) la degeneración progresiva e idiopática del sistema de conducción cardiaco, denominado enfermedad de Lev (calcificaciones) o enfermedad de Lenegre (fibrosis y/o esclerosis).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre, 76 años con antecedente de HTA y DMNIR, usuario de Losartán y Metformina refiere episodio de apnea mientras dormía, asociado a palpitaciones. Es controlado en atención domiciliaria donde se detecta bradicardia, administrándose dos dosis de atropina y derivándose al Servicio de Urgencias. A la anamnesis dirigida refiere un episodio de síncope hace dos meses y de lipotimia dos días previo a la consulta, sin estudio. Ingresa hemodinámicamente estable, bradicárdico (35 lpm), asintomático y sin hallazgos patológicos al examen físico. Se realiza ECG evidenciando BAV completo con frecuencia bajo 40 lpm y QRS ancho. Se solicitan exámenes destacando troponinas ultrasensibles, electrolitos, TSH, T3 y hemograma en rango normal. Se hospitaliza e instala marcapaso permanente.

**DISCUSIÓN:** Generalmente, el diagnóstico se realiza integrando clínica sugerente (fatiga, disnea, dolor precordial, síncope, pre-síncope) y un ECG característico. Causas reversibles como isquemia miocárdica, hiperkalemia, hipo/hipertiroidismo severo o fármacos deben ser descartadas en primera instancia ya que podrían resolverse medicamente. Aun así, la mayoría se debe a una enfermedad progresiva e idiopática del sistema excito conductor cardiaco que requiere, una vez estabilizado el paciente, un marcapaso definitivo.

**CONCLUSIÓN:** Pese a que la enfermedad de Lev-Lenegre corresponde a la principal causa de BAV completo es importante conocer sus posibles etiologías reversibles para una correcta indicación de marcapaso.

**PALABRAS CLAVE:** *Bradycardia, Bradyarrhythmia, Complete Atrioventricular block, Pacemaker, Lev-Lenegre disease.*

---

**Autor Responsable:** Amaia Bernard Ortiz de Rozas. abernard@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “PRESENTACIÓN INICIAL DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA”

**Código del trabajo:** CC140

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Antonella Paz Oporto Fuenzalida, Sebastián Ignacio Valdivia Villagrán, Bastián Cristóbal Navarrete Montecinos.

Nombre Tutor: Pablo Andrés Olgúin Sepúlveda

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La insuficiencia suprarrenal primaria (ISRP), se caracteriza por la disminución de los niveles de cortisol plasmático. Clínicamente se manifiesta por oscurecimiento de la piel, baja de peso, anorexia, hipotensión, hipoglicemia, hiponatremia persistente e hiperkalemia.

**Caso Clínico:** Paciente de 77 años, con antecedente de hipotiroidismo. Consulta por cuadro baja de peso de 15 kilos en 3 meses, astenia, hiporexia, compromiso del estado general, vómitos post-prandiales y diarrea. Al ingreso se encuentra hipotensa, enflaquecida, mucosas secas, placas oscuras en plantas, manos, pies y melanoplaquias orofaríngeas. A la anamnesis refiere oscurecimiento progresivo de piel. Al laboratorio presenta hiponatremia severa (118 mEq/L) asociada a déficit de VEC, potasio de 5,2 mEq/L e injuria renal aguda prerrenal. Se maneja hiponatremia evolucionando lentamente, asintomática, sin episodios de náuseas, vómitos ni alteración de deposiciones. Tras normalización, se suspende el manejo hídrico. Sin embargo, tras controlar posteriormente los niveles de sodio, se observa nueva hiponatremia (116 mEq/L). Durante su hospitalización permaneció hipotensa, con glicemias en el límite bajo y potasemia elevada leve. Se solicitó medición de cortisol sanguíneo, destacando un nivel de 5,2 mcg/dL. Debido a esto, se sospecha una insuficiencia suprarrenal y se solicita prueba de estimulación con ACTH.

**Discusión:** Se presenta caso con sospecha inicial de una ISRP, debido a la clínica de la paciente y los resultados del laboratorio. Esta, nace por una hiponatremia persistente, asociada a una leve alza de la kalemia. Para realizar el diagnóstico formal, es necesario realizar una prueba de estimulación con ACTH con resultados concluyentes.

**Conclusión:** La sospecha inicial de una ISRP es fundamental para poder llegar al diagnóstico final, debido a que esta entidad puede manifestarse de diversas formas. El oportuno diagnóstico y tratamiento puede aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** *Primary adrenal insufficiency, Hyponatremia, Weight loss.*

**Autor Responsable:** Antonella Paz Oporto Fuenzalida. antoo.uv@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“SINDROME REGRESION CAUDAL: REPORTE DE UN CASO.”**

**Código del trabajo: CC142**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Sophie Natali Alvarez Cayo, Luis Eduardo Vásquez Miranda, .

Nombre Tutor: Ramón Serra Tagle

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: (SRC) tiene una incidencia de 0,1-0,25 casos por cada 10.000 embarazo; representa un espectro de defectos de la región caudal incluyendo un incompleto desarrollo del sacro y/o vertebras lumbares, afectando segmentos medulares o pelvis y extremidades inferiores. Su etiología no es clara, pero se propone un componente genético, diabetes pregestacional, bioquímicos. Caso Clínico: Paciente de 34 años, M1 (CCA) con antecedentes de diabetes pregestacional descompensadas (HBA1C de 9.8%), sin compromiso de órgano blanco, que logra un buen control metabólico con insulina desde las 10+5 semanas. Estudio ecográfico en el primer trimestre dentro de rangos normales, estudio morfológico y Doppler a las 24+6 semanas se observa feto vivo de 644 gramos (p 10-25 AP), con interrupción de la columna lumbar a nivel infraumbilical, ausencia del sacro y pie Bot izquierdo. Resto de la anatomía fetal sin alteraciones. Se completa estudio con Resonancia magnética observándose cuerpos vertebrales hasta nivel de L4-L5, cono medula 4 cuerpos vertebrales por sobre este nivel, sin presencia de sacro y no hay evidentes disrafias espinales. A las 36+0 semanas se realiza interrupción del embarazo por cesárea por rotura prematura de membrana, obteniendo recién nacido de sexo femenino de 2429 gramos, talla 36 cm, CC 33.5 cm, APGAR 9/10. Discusión: El diagnóstico del síndrome de regresión caudal o en los hallazgos ecográficos posibles de identificar desde el primer trimestre, pero es en el segundo trimestre cuando se completa la osificación del sacro, haciendo evidentes las alteraciones morfológicas. Es necesario para el estudio la Resonancia Magnética, la cual evalúa la extensión y compromiso de los tejidos blando y visceral. Conclusión: Es necesaria tanto la ecografía obstétrica con la resonancia magnética en el segundo trimestre para la confirmación diagnóstica.

**PALABRAS CLAVE:** *Caudal regression syndrome, sacral agenesis , caudal dysplasia*

**Autor Responsable:** Sophie Natali Alvarez Cayo. [soalvare@umag.cl](mailto:soalvare@umag.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hipertensión pulmonar precapilar asociada a virus de inmunodeficiencia humana (VIH-HTP), un reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC143**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Camila Paiva Brahm, Catalina Biénzobas Darraidou, Gabriela Antúnez Lay.

Nombre Tutor: David Chiliquinga Morales

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La hipertensión pulmonar (HTP) se define como un incremento en la presión media de arteria pulmonar mayor o igual a 25 mmHg en reposo, evaluado mediante cateterismo cardíaco derecho. Existen cinco grupos que se clasifican según su presentación clínica, características hemodinámicas y estrategia de tratamiento. El llamado grupo 1 (HAP), se caracteriza por HTP precapilar, no causada por alteración del parénquima pulmonar ni obstrucción de la circulación pulmonar. Su prevalencia en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es de un 0,5%. Su pesquisa y estudio solo está indicado en pacientes con clínica o exámenes sugerentes de signos de insuficiencia cardíaca derecha y aumento del calibre de arteria pulmonar y/o ventrículo derecho. El tratamiento es similar al de los diferentes tipos de HAP, exceptuando bloqueadores de canales de calcio ya que se ha visto una baja respuesta a estos en los pacientes con VIH.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 56 años, con historia de 5 meses de evolución de baja de peso, tos con expectoración y fiebre intermitente, en el contexto del cual se realiza el diagnóstico de VIH. Ingresa con un cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos, en el contexto del cual se realiza una tomografía computada de tórax (TAC), que presenta un calibre de arteria pulmonar de 31 mm y aumento en el calibre de ventrículo derecho sugiriendo HTP. Se confirmó el diagnóstico de HAP por cateterismo cardíaco, y se excluyeron causas pulmonares y obstructivas de HTP precapilar y otras causas de HAP mediante laboratorio. Se inició Sildenafil y fue dada de alta con seguimiento para inicio de terapia antiretroviral en su hospital de base e inscripción en Ley Ricarte Soto con eventual inicio de terapia complementaria para HTP.

**PALABRAS CLAVE:** *Hypertension, Pulmonary, HIV-1, HIV-2, Sildenafil Citrate*

---

**Autor Responsable:** Camila Paiva Brahm. [cnpaiva@uc.cl](mailto:cnpaiva@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“DIAGNÓSTICO DE NEUROSÍFILIS EN UN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA”**

**Código del trabajo: CC144**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Trinidad Paz Galaz González, Fernanda Camila Kara Carmo, Benjamín Kamal Hadad Selman.

Nombre Tutor: Manuel Vicente Barrera Oñate

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La neurosífilis corresponde a la infección del sistema nervioso central por el *Treponema pallidum*, agente causal de la sífilis. Esta puede ocurrir en cualquier etapa de la infección, cuya manifestación depende además de la coinfección con VIH. Se presenta el caso de un paciente de 58 años, previamente sano, que sufre caída sin golpe cefálico, que evoluciona con múltiples episodios de vértigo, sensación de abombamiento en oído izquierdo e hipoacusia ipsilateral asociado a alteración de la marcha. Al examen físico destaca paresia crural derecha y reflejo plantar extensor ipsilateral. La resonancia magnética de encéfalo informa un infarto bulbar paramediano izquierdo subagudo. La punción lumbar un VDRL reactivo 1:32. Dentro del estudio de coinfecciones se solicita ELISA VIH que resulta positivo. Se realiza audiometría la cual es concordante con hipoacusia neurosensorial bilateral. Se realiza el diagnóstico de neurosífilis y el paciente inicia tratamiento con penicilina evolucionando de forma favorable con mejoría de los síntomas neurológicos.

**PALABRAS CLAVE:** *Neurosyphilis, HIV, Hearing Loss, Sensorineural, Vertigo*

---

**Autor Responsable:** Trinidad Paz Galaz González. tpgalaz@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Aneurismas secundarios a Granulomatosis con poliangeitis: una presentación atípica”**

**Código del trabajo: CC149**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Jorge Andrés López Ruiz Esquide, María Trinidad Zegers Vial, Francisco José Vandeputte Martínez.

Nombre Tutor: Andres Valenzuela Suarez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La granulomatosis con poliangeitis (GPA), antes llamada granulomatosis de Wegener, es una enfermedad multisistémica rara, de presentación entre los 65-74 años, sin diferencias por sexo. Corresponde a una vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), necrotizante granulomatosa, de vaso pequeño-mediano. Su etiopatogenia está ligada a una respuesta inflamatoria que genera ANCA contra proteinasa 3 (PR3) mayoritariamente. Compromete principalmente vía respiratoria alta, pulmones y riñón. En menor frecuencia se manifiesta con alteraciones cutáneas, neurológicas y oftalmológicas.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 67 años presenta paresia de extremidades inferiores de un mes de evolución, progresiva hasta comprometer la marcha. Consulta en Urgencias, donde se objetiva paresia descrita, pesquizando además taquicardia y sensibilidad abdominal difusa. Destaca Hemoglobina de 7.7 g/dL, creatininemia de 1,33 mg/dL y orina completa con microhematuria. Se solicita un AngioTAC de tórax, que pesquia hemoperitoneo en relación a telangiectasia hepática. Se complementa estudio con una resonancia y AngioTAC de abdomen y pelvis, que muestran hemoperitoneo estable, y múltiples aneurismas saculares de arterias intrahepáticas, renales e intercostales. Respecto al compromiso neurológico, se extiende a extremidades superiores, y se realiza una electromiografía que evidencia mononeuritis asimétrica periférica. Se solicita un estudio reumatológico, en que destacan ANCA citoplasmáticos y PR3 positivos. Se diagnostica una GPA, y se inicia metilprednisolona. Respecto a los aneurismas, se realiza embolización por radiología intervencional.

**DISCUSIÓN:** Los aneurismas secundarios a GPA están descritos en alrededor de 20 casos en la literatura. Estos son frecuentes en otras vasculitis como la Poliarteritis Nodosa, sin embargo, esta no presenta compromiso de vaso pequeño ni ANCA (+). El caso presentado entrega un elemento más para la evaluación de pacientes con sospecha de vasculitis, teniendo en consideración que el desarrollo de aneurismas puede darse en GPA, aunque sea una presentación poco común.

**PALABRAS CLAVE:** *granulomatosis with polyangiitis, aneurysm, hemoperitoneum, paresis*

**Autor Responsable:** Jorge Andrés López Ruiz Esquide. jalopez10@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“PET CT en estudio de fiebre de origen desconocido (FOD): revisión de la literatura.”**

**Código del trabajo: CC150**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Lucero Hagedorn Estévez, Catalina Guerrero Gutiérrez, Valentina Kobus Garín.

Nombre Tutor: Cristóbal Walbaum García

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: FOD se define como fiebre > 38.3°C durante 3 semanas, sin diagnóstico luego de 1 semana hospitalizado. Sus etiologías son: 37.8% infecciones, 20.9% inflamatorias, 11.6% neoplásicas, 23.2% indeterminadas. El enfrentamiento incorpora exámenes generales junto a exámenes específicos según clínica y epidemiología local. En este trabajo revisaremos la evidencia sobre PET-CT en estudio de FOD, en base a un caso clínico.

Caso clínico: Paciente 16 años consulta por 3 semanas de fiebre hasta 39.5°C, cefalea, sudoración nocturna y mialgias. Sin baja de peso. Estudio ambulatorio: Hemoglobina (Hb) de 11.1, Leucocitos 2970. VIH, hepatitis B y C negativos. Ingresa para estudio. Se solicita ecocardiograma (normal), TC de abdomen y pelvis: nefritis bilateral y esplenomegalia; hemocultivos, urocultivo, serología bartonella y coprocultivo negativos. Se profundiza buscando parvovirus, toxoplasma, brucella y leptospira, todos negativos. Paciente sin síntomas reumatológicos, ferritina elevada. ANA, FR, ANCA, complemento, Perfil ENA, AngioRM de cerebro y cuello: normales. Evoluciona con Hb 8.0 y leucopenia, LDH normal. Frotis: 1 blasto. Citometría de flujo normal, impronta MO sin blastos; descartando leucemia. Finalmente se realiza PET-CT: adenopatías hipermetabólicas cervicales, retroperitoneales y mesentéricas, hipermetabolismo esplénico y medular. Informe biopsia MO: Linfoma de Hodgkin clásico.

Discusión: Algunas revisiones incluyen PET-CT en el algoritmo inicial de estudio, beneficiándose sobre el TC no producir nefrotoxicidad, menor radiación, determinar otras áreas corporales, mayor detección de inflamación vascular y musculoesquelética. En el caso, el PET-CT fue fundamental, realizándose como última línea de estudio dado su alto costo. Sin embargo, realización precoz habría ahorrado otros exámenes. Las principales desventajas son costo y accesibilidad, no recomendándose como examen de rutina 56. Guías recomiendan su uso luego de que anamnesis y exámenes generales no orienten a alguna etiología, como segunda/tercera línea. Sin embargo, falta evidencia que respalde al PET-CT en algoritmos de investigación.

**PALABRAS CLAVE:** *fever of unknown origin (FOD), positron emission tomography computed tomography, diagnostic imaging.*

**Autor Responsable:** Lucero Hagedorn Estévez. lahagedorn@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Intoxicación con litio en paciente en tratamiento por trastorno afectivo bipolar tras cirugía dental”

**Código del trabajo:** CC153

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Cristina Cornejo Valenzuela, Magdalena Fuenzalida Palacios, Clara Rioseco Ramos.

Nombre Tutor: Juan Ignacio Reculé Rivera

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El Trastorno afectivo Bipolar (TAB) es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por episodios de manía, hipomanía y depresión. Se clasifica en TAB I y TAB II. TAB I presenta al menos un episodio maníaco y puede incluir episodios de hipomanía y depresión. El litio es uno de los tratamientos de primera línea para TAB tipo I. La dosis se titula según el nivel plasmático del paciente, siendo óptimo entre 0,8 a 1 mEq/Lt. Entre los medicamentos que aumentan los niveles plasmáticos encontramos diuréticos de tipo tiazidas, antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) (excepto ácido acetilsalicílico), inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, tetraciclinas y metronidazol.

Presentación del caso: Mujer 22 años, 53 kilos, 1.55 metros, en tratamiento en eutimia con litio 1200 mg, lorazepam 4 mg, lamotrigina 200 mg por TAB I. Consulta por 2 días de evolución de sensación febril no cuantificada, temblores, náuseas, vómitos, cefalea holocraneal y estreñimiento. Relata cirugía dental recibiendo Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas para manejar dolor. Refiere interrupción de tratamiento con Litio 11 horas previo a consulta. Se describe paciente somnolienta, cooperadora, orientada en tiempo y espacio, taquicardia hasta 104 latidos por minuto, normotensa, afebril, bien perfundida, deshidratación moderada y abdomen doloroso difuso. Se volemiza abundantemente y hospitaliza. Dado evolución clínica favorable por mejora sintomática y litemia de 0.5 mEq/Lt se decide alta 24 horas post ingreso hospitalario.

Discusión: La paciente se intoxicó por usar AINEs y litio, ante esto es importante que como profesionales de la salud informemos a nuestros pacientes sobre la importancia de mencionar sus tratamientos farmacológicos cada vez que requieren una atención en salud y las interacciones que estos conllevan. Estos medicamentos no están contraindicados para pacientes que usan Litio, solamente se deben controlar sus niveles séricos de manera más frecuente.

**PALABRAS CLAVE:** *lithium, lithium toxicity, lithium poisoning*

**Autor Responsable:** Cristina Cornejo Valenzuela. cdcornejo@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Trombosis de seno venoso cerebral, a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC155**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Marleen Saavedra Villalobos, Macarena Farías Marambio, Walter Hernández Valenzuela.

Nombre Tutor: Orlando Ormeño Mellado

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa cerebral (CVT) y la trombosis de seno venoso cerebral (CVST) constituyen una condición rara, correspondiente a < 1 % (y hasta < 0.5%) de los eventos cardiovasculares cerebrales. Caracterizada por el polimorfismo de sus manifestaciones neurológicas, retrasando y dificultando el diagnóstico, se reporta al menos un factor de riesgo identificable en alrededor de un 85% de pacientes, y múltiples en alrededor de un 50%. Su síntoma más descrito es cefalea pudiendo presentarse como crisis convulsivas, náuseas, vómitos y déficit focales, según forma de inicio y venas afectadas.

#### CASO CLÍNICO

Hombre de 23 años, obeso, sin antecedente de cefaleas previas. Consulta por cuadro de 7 días de evolución de cefalea holocránea persistente hasta 7/10 EVA, asociada náuseas. Previamente tratado con analgesia oral sin respuesta reconsultando por persistencia de síntomas asociándose somnolencia. Evaluado por neurología, impresiona sin focalidad neurológica. Se solicita AngioTAC de cerebro evidenciando trombosis venosa de seno transversosigmoideo izquierdo, seno recto y seno longitudinal superior. Se inicia tratamiento con enoxaparina, profilaxis antiepiléptica y medidas de neuroprotección; presentando buena respuesta clínica al tratamiento anticoagulante. En el estudio se pesquisa una trombofilia por factor V de Leyden y la presencia de masa pulmonar.

#### DISCUSIÓN

La cefalea es el síntoma más frecuente de presentación, por lo que el abordaje inicial en urgencia incluye un TAC con o sin contraste para descartar otros diagnósticos como hemorragia intracraneana. El diagnóstico se realiza mediante Venografía-TC, siendo el gold standard la RM. La CVT puede ser potencialmente fatal, por lo que su tratamiento oportuno es fundamental, incluyendo terapia anticoagulante, tratamiento de la causa subyacente y manejo de complicaciones. La duración del curso de anticoagulación deberá ser desde 6 a 12 meses en eventos no provocados, por lo que resulta importante descartar trastornos de hipercoagulabilidad en casos sin factores de riesgo previos como el caso citado.

**PALABRAS CLAVE:** *Cerebral venous thrombosis, Stroke, Cerebral venous sinus*

**Autor Responsable:** Marleen Saavedra Villalobos. mersaavedra26@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Entendiendo la Manía Unipolar como un diagnóstico independiente al Trastorno Bipolar-I”**

**Código del trabajo: CC157**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Felipe Andrés Vergara Tike, Jennifer Anne Green Muñoz, Antonia Cooper Schencke.

Nombre Tutor: Felipe Mancilla H.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La Manía Unipolar (MU) es un trastorno que se comporta de manera distinta al Trastorno Bipolar-I (TB-I) y, sin embargo, actualmente no es considerado como un trastorno independiente y es codificado como TB-I por los manuales diagnósticos vigentes. En comparación al TB-I, la MU se presenta más en hombres, está asociado a mayor incidencia de síntomas psicóticos y temperamento hipertímico, tiene menor riesgo suicida y está menos asociado a trastornos ansiosos y de abuso de sustancias concomitantes. También, está asociado a mayor tasa de remisión y mejor funcionalidad a largo plazo. En cuanto a tratamiento, probablemente tiene peor respuesta a litio.

**Caso clínico:** Paciente hombre de 25 años, quien de manera retrospectiva relata episodio que inicia hace 4 años (a sus 21 años) caracterizado por cuadro de 3 meses de evolución compatible con episodio maniaco con síntomas psicóticos congruentes al estado de ánimo. Refiere, hasta la fecha, nunca haber presentado episodios depresivos.

**Discusión:** Los manuales diagnósticos describen que para diagnosticar TB-I no se requiere un episodio Depresivo Mayor, lo que implica que pacientes con MU quedan mezclados con pacientes bipolares dentro del diagnóstico de TB-I. Ha sido demostrada la diferencia de la MU con TB-I, por lo tanto, incluir pacientes con MU y TB-I dentro del mismo grupo probablemente crea un pool de pacientes heterogéneos, dificultando la interpretación de resultados de estudios y así impidiendo avanzar sobre el conocimiento de ambos trastornos.

**Conclusión:**

La inclusión de los pacientes con MU dentro de TB-I es un hábito que debemos cambiar. A pesar de ser poco prevalente, iniciando esta práctica podremos contar con mayor datos y experiencia sobre este trastorno y por ende mejorar nuestro enfoque con estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** *Unipolar Mania; Mania; Bipolar Disorder; Classification.*

**Autor Responsable:** Felipe Andrés Vergara Tike. felipevtike@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Trombosis de la vena porta, reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC161**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Consuelo Kutz Escobar, Daniela Kuzmanic Calabrese, Camila Tirado Andresen.

Nombre Tutor: José Antonio Ismael Jordán Ibarra

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN:

La trombosis venosa portal (TVP) no asociada a cirrosis ni enfermedad tumoral es la segunda causa de hipertensión portal en occidente. Es de suma importancia intentar un diagnóstico etiológico ya que hasta en un 60% de los casos existe un trastorno protrombótico sistémico subyacente.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente sexo masculino, 42 años, antecedente de tromboembolismo pulmonar (TEP) en 2017, riesgo bajo según score PESI, estudio etiológico negativo, anticoagulado por 6 meses con rivaroxaban, consulta por cuadro de 15 días de evolución de dolor abdominal epigástrico, tipo cólico, que aumenta con alimentación. Evoluciona en días posteriores con incremento de dolor y náuseas. Sin diarrea, vómitos ni síntomas urinarios. En últimas 48 hrs inicia sensación febril no cuantificada y calofríos por lo que decide consultar. TAC de ingreso informa trombosis aguda portal, áreas de isquemia hepática bilobares e hipertensión portal presinusoidal. Se repite estudio etiológico de trombofilia: SAF, Antitrombina III, Proteína C, Proteína S, factor V Leyden, mutación gen protrombina (G20210), mutación JAK2 negativos. Se anticoagula durante hospitalización y se indica al alta terapia anticoagulante de manera indefinida.

#### DISCUSIÓN:

Este caso clínico ilustra el caso de un paciente joven, de sexo masculino, con antecedente de TEP previo tratado por 6 meses. En primer lugar, destaca que su segundo evento tromboembólico sea de sitio atípico, como es la trombosis portal en pacientes no cirróticos. Como segunda consideración, está la importancia de buscar causas secundarias en estos casos, en particular la mutación de JAK-2 y el estudio de trombofilia, a pesar de que este último haya demostrado poca utilidad a la hora de predecir el riesgo de recurrencia en eventos no provocados. Por último, resulta fundamental considerar el riesgo beneficio de la anticoagulación de manera indefinida, a pesar de tener un estudio etiológico negativo, ya que fue su segundo evento trombótico sin un factor de riesgo identificable y posee un bajo riesgo de sangrado.

**PALABRAS CLAVE:** *portal thrombosis, portal hypertension, thrombophilia*

---

**Autor Responsable:** Consuelo Kutz Escobar. [clkutz@uc.cl](mailto:clkutz@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Trombosis venosa portal complicada con pileflebitis. A propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC178**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Bitter Alberto Martínez Toledo, Valentina Paz Milla Almonte, Muriel Ester Fernández Aguilera.

Nombre Tutor: Oscar Diego Magga Ballesteros

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La trombosis de la vena porta (TVP) puede afectar a pacientes cirróticos como sin patologías previas. La incidencia no está clara, pero se estima que varía entre 5-10%, presentándose de manera aguda o crónica. La clínica es variada, en casos de fiebre, escalofríos e hígado doloroso, se debe sospechar que estamos frente a una pileflebitis.

**Caso Clínico:** Paciente sexo masculino de 38 años con antecedente de Hepatitis A hace 4 años y MSM (Men sex men) consulta 07/02 por rectorragia de 3 horas de evolución posterior a actividad sexual asociado a sensación febril, en la que se observan 2 laceraciones traumáticas anales. Acude en segunda oportunidad 11/02, refiriendo que el día anterior comenzó con dolor en hipocondrio derecho, cólico asociado a ictericia, patrón colestásico en pruebas hepáticas, se realiza eco abdominal que informa probable hepatopatía en evolución, TC concluyente con TVP izquierda, persiste febril. Se hospitaliza por pileflebitis se inicia antibioticoterapia y anticoagulación.

**Discusión:** La clínica de la TVP se caracteriza por dolor abdominal y hepático, confirmándose el diagnóstico por TC con contraste con realce en fase arterial. El tratamiento se basa en anticoagulación para que se recanalice y se eviten complicaciones como isquemia intestinal y pileflebitis. La pileflebitis es una complicación generalmente secundaria a proceso inflamatorio intraabdominal, su manejo oportuno define el pronóstico del paciente que en un 88% se presenta con bacteremia, requiere antibioticoterapia precoz de amplio espectro, sin embargo la terapia anticoagulación es controversial.

**Conclusión:** La importancia del diagnóstico temprano de la TVP radica en el inicio de la anticoagulación, recanalizando y previniendo complicaciones. En este caso, el diagnóstico temprano de la pileflebitis ayuda a evolución óptima.

**PALABRAS CLAVE:** *Portal vein thrombosis, septic thrombophlebitis, anticoagulation, rectitis*

**Autor Responsable:** Bitter Alberto Martínez Toledo. bittermartineztolledo@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Puntaje RegiSCAR como herramienta diagnóstica para Síndrome de DRESS”

**Código del trabajo:** CC179

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Macarena Paz Astudillo Negrete, Renée Hola Carrasco, Bernardita Paz Buzzetti Horta.

Nombre Tutor: Hugo Esteban Demandes Fuentes

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La reacción farmacológica que incluye eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción de hipersensibilidad inducida por fármacos con letalidad del 10%. La clínica incluye erupción cutánea, fiebre, anomalías hematológicas, linfadenopatías y afectación de hígado, riñón, pulmón, corazón, SNC, tubo digestivo y sistema endocrino. Tiene latencia de 2-8 semanas entre la exposición al fármaco y el inicio de la enfermedad. Los antiepilépticos, las sulfonamidas y el alopurinol son las causas más frecuentes.

**PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, 87 años, con HTA, ERC II, síndrome convulsivo en tratamiento con fenitoína por 1 mes. Ocho días previo a consultar completó una semana de cotrimoxazol como tratamiento de celulitis. Consultó por 3 días de lesiones cutáneas, fiebre, somnolencia y diarrea. Ingresa hemodinámicamente estable, afebril, taquipneico, saturando 98% ambiental, con rash máculo-papular eritematoso, confluyente, no sensible ni pruriginoso, en tórax, abdomen y extremidades (aprox 88% de la superficie corporal total), Nikolsky (-), sin adenopatías cervicales ni axilares, resto normal. Exámenes de laboratorio: GB 6900, Neutrófilos 4100, Linfocitos 900, Eosinófilos 1200, plaquetas 159.000, TP 66%, INR 1.33, TTPA 42, BUN 56.9, Crea 3.47 (basal 1.77), GOT 64, GPT 86, FA 341, GGT 889, BT 1.03. Se diagnostica DRESS (probable) con compromiso renal y hepático secundario a fenitoína v/s cotrimoxazol, según el puntaje para diagnóstico de DRESS del Registro europeo de reacciones adversas cutáneas graves (RegiSCAR), con un puntaje total = 5.

**DISCUSIÓN:** Dada la alta variabilidad clínica y la latencia entre la exposición al fármaco y los síntomas, el diagnóstico de DRESS requiere alta sospecha y juicio clínico. Es de extrema ayuda utilizar el sistema de puntaje, creado por el RegiSCAR, que incluye variables clínicas y de laboratorio, para clasificar un caso según el puntaje total obtenido en: excluído, posible, probable y definitivo para DRESS.

**PALABRAS CLAVE:** *Drug Hypersensitivity Syndrome, eosinophilia, anticonvulsants*

**Autor Responsable:** Macarena Paz Astudillo Negrete. mpastudillo@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “Claudicación intermitente de extremidades en presentación atípica de Arteritis de la Temporal”

**Código del trabajo:** CC181

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Francisco José Vandeputte Martínez, María Trinidad Zegers Vial, Jorge Andrés López Ruiz Esquide.

Nombre Tutor: María Eugenia Martínez Ruiz-Esquide

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La arteritis de la temporal, o de células gigantes (ACG), es una vasculitis de vasos grandes y medianos de predominio en arterias craneales y arco aórtico. Afecta frecuentemente a mujeres mayores de 50 años y tiene alta morbimortalidad. Los pacientes presentan síntomas constitucionales, anemia y VHS elevadas, que dependen de un síndrome de inflamación sistémica, y síntomas isquémicos localizados. Los síntomas craneales clásicos son cefalea, sensibilidad craneana, claudicación mandibular y compromiso ocular. La biopsia de la arteria temporal confirma el diagnóstico, sin embargo las imágenes pueden ser de gran ayuda. Presentamos una paciente con ACG con compromiso de las arterias femorales y aortitis, presentación infrecuente, que responde bien a corticoides y anti IL-6.

**CASO:** Mujer de 73 años refiere cuadro de un mes de claudicación intermitente de extremidades inferiores con fatigabilidad, fiebre, baja de peso de 5 kilos y sudoración nocturna. Además presenta cefalea y cansancio mandibular al comer. Se constatan pulsos disminuidos en ambas extremidades inferiores. La pletismografía muestra enfermedad arterial femoropoplítea bilateral. Laboratorio evidencia hemoglobina 10.3 g/dL, VHS 103 mm/hr. El AngioTAC evidencia extenso compromiso vascular con engrosamiento parietal difuso de la aorta toracoabdominal, vasos supraaórticos, tronco celíaco, arterias ilíacas y femorales. La biopsia de arteria temporal muestra focos de microgranulomas y células gigantes multinucleadas. Se inicia prednisona 60 mg/día con remisión de la claudicación a las 6 semanas. Se agrega tocilizumab, inhibidor de la IL-6, como ahorrador de esteroides.

**DISCUSIÓN:** La causa más frecuente de claudicación intermitente en pacientes mayores es la enfermedad aterosclerótica. Sin embargo en esta paciente los síntomas inflamatorios sistémicos y el engrosamiento de pared de la aorta y femorales en el angioTAC sugieren la presencia de una vasculitis sistémica. Es importante considerar la ACG en pacientes con claudicación de extremidades inferiores porque el tratamiento oportuno evita complicaciones isquémicas.

**PALABRAS CLAVE:** *giant cell arteritis, intermittent claudication, vasculitis*

**Autor Responsable:** Francisco José Vandeputte Martínez. fjvandeputte@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Intoxicación por Aripiprazol: Proceso diagnóstico”**

**Código del trabajo: CC182**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Damian Bennett Miller, Cristián Waeger Ellwanger, Catalina Guerrero Gutierrez.

Nombre Tutor: Daniela Valenzuela Stutman

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El CITUC recibe aproximadamente 30.000 llamadas anualmente por intoxicaciones, la mayoría incidentales y correspondientes a preescolares (30.5%). El 58,2% son por medicamentos, la mitad de ellos agentes neurotrópicos (5). Sin embargo, no existe protocolo diagnóstico en el Servicio de Urgencia, destacando escasa disponibilidad de un método confirmatorio para estas intoxicaciones. El caso tiene como objetivo recalcar la importancia diagnóstica de la anamnesis.

Resumen del caso: Paciente de 2 años 9 meses consulta por 12 horas de somnolencia, rigidez corporal y temblores, sin otros síntomas. Padres refieren haberlo visto jugar con blister de Aripiprazol el día anterior, niegan acceso a otro fármaco o droga. Ingresa HDN estable, afebril, sin requerimientos de oxígeno. Al examen físico destaca rigidez cervical, diaforesis y somnolencia. TAC cerebral y punción lumbar: normales. Resto de exámenes normales. CITUC recomienda hospitalización debido a vida media larga del fármaco (75-150 hrs). Paciente se traslada a UPC dada intensa sintomatología y desarrollo de síndrome neuroléptico, sin características de neuroléptico maligno. Evoluciona de forma favorable, cumpliendo 84 horas de observación.

Discusión: El Aripiprazol es un antipsicótico agonista parcial de receptores de dopamina D2 y serotonina 5-HT1A, y antagonista de serotonina 5-HT2A. Ante intoxicación, los síntomas son: gastrointestinales, extrapiramidales, depresión del SNC y taquicardia(1). El diagnóstico es por historia y examen físico. Se maneja como compromiso de conciencia. Ingestiones accidentales en niños pequeños no requieren exámenes específicos. El screening de drogas en orina es de limitada utilidad, ya que antipsicóticos no son medidos de rutina. Niveles plasmáticos confirman una ingestión específica, sin embargo, se encuentran poco disponibles por lo que pareciera ser poco útil en la evaluación o manejo (3).

Conclusión: Al evaluar a un paciente pediátrico intoxicado, lo más importante es obtener una buena historia y examen físico. Esto orientará al tipo de intoxicación y no será necesario realizar exámenes específicos para iniciar manejo.

**PALABRAS CLAVE:** *Poisoning, Atypical Antipsychotic, Aripiprazol*

**Autor Responsable:** Damian Bennett Miller. dbennett@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “EDEMA PULMONAR AGUDO HIPERTENSIVO SECUNDARIO A INFARTO RENAL”

**Código del trabajo: CC184**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Magdalena Antonia Fuenzalida Palacios, María Paz Amenábar Moreno, Cristina Andrea Cornejo Valenzuela.

Nombre Tutor: Rodrigo Tagle Vargas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El edema pulmonar agudo (EPA) se manifiesta con disnea de rápida instalación y genera una emergencia médica. Se clasifica en cardiogénico (EPA-C) y no cardiogénico. En el EPA-C el intersticio y los alvéolos son ocupados por trasudado debido al incremento de presión hidrostática en las venas pulmonares. El EPA-C hipertensivo se produce por disfunción ventricular secundaria al incremento agudo de la presión arterial (PA), usualmente acompañado de sobrecarga de volumen. El objetivo de este trabajo es señalar una causa poco común de EPA-C hipertensivo: un infarto renal agudo.

**CASO:** Mujer de 52 años, no hipertensa. Con historia de 5 días de disnea súbita, palpitations intermitentes y dolor retroesternal y en hemiabdomen izquierdo. Consultó por mayor dolor. Signos vitales: PA 229/129 mmHg, pulso 95 lpm regular, frecuencia respiratoria 33 rpm, saturación de oxígeno 94% con oxigenoterapia. Examen físico: crepitaciones pulmonares bibasales y abdomen sensible periumbilical. Exámenes: electrocardiograma sin isquemia ni hipertrofia. Troponina 18,6 pg/ml (VN<14), CK/CK-MB 64/9 U/L, BNP 2210 pg/ml, creatinina 0.9 mg/dL. Radiografía de tórax: congestión pulmonar y derrame pleural bilateral. Se trató con nitroglicerina, captopril y furosemida. Estudio posterior descartó tromboembolismo pulmonar y patología cardíaca crónica. Se evidenció por AngioTAC infarto renal del polo superior izquierdo. Estudio de embolia cardiogénica y trombofilia fueron negativos. Dada de alta con triple terapia antihipertensiva y anticoagulantes orales.

**DISCUSIÓN:** La presentación clínica del infarto renal no es específica, por lo que llegar a su diagnóstico es un reto. La mayoría de los pacientes suelen presentar dolor abdominal o en flanco, sin embargo, puede manifestarse con fiebre, náuseas, o hipertensión incontrolable. Esta baja especificidad genera muchas veces un retraso en el diagnóstico y tratamiento. Si no se maneja a tiempo puede generar graves complicaciones cardiovasculares. Es importante conocer esta identidad y tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de EPA-C hipertensivo.

**PALABRAS CLAVE:** *Hypertension, pulmonary edema, renal artery obstruction.*

**Autor Responsable:** Magdalena Antonia Fuenzalida Palacios. mtfuenzalida@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“SECUENCIA PERFUSIÓN ARTERIAL RETRÓGRADA COMO COMPLICACIÓN EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL-BIAMNIÓTICO, REPORTE DE CASO.”**

**Código del trabajo: CC187**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Ana Belén Orostizaga Astudillo, Carolina Valeria Meneses Herrera, Andreas Heinz Rosenthal Navarro.

Nombre Tutor: Paulina Zuñiga Fernandez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La gestación múltiple ha experimentado un incremento importante en los últimos años. Presenta un riesgo de complicaciones maternas y fetales superior a la gestación única. La secuencia perfusión arterial retrógrada (TRAP) se presenta en 1:40.000-100.000 embarazos a nivel mundial.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Usuaría afroamericana de 38 años, antecedentes de embarazo gemelar de 24 semanas, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, obesa. Ingresa a controles tardíos en atención primaria siendo derivada a atención secundaria por mal control metabólico. Pese a indicaciones no logra compensación, así que se decide hospitalizar para monitoreo glicémico, dieta y ajuste insulínico. Se realiza ecografía de segundo trimestre, mostrando feto 1 obitado aumentado de tamaño, feto 2 en buenas condiciones, crecimiento en percentil 50. Tras lograr compensación se da de alta, sin embargo, se rehospitaliza por síntomas de parto prematuro. En esa oportunidad se asegura bienestar fetal, cérvix largo evaluado por ecografía, se administran tocolíticos para iniciar maduración corticoidal y se descarta corioamnionitis, decidiendo mantener hospitalizada para interrumpir embarazo a las 35 semanas dado rápido crecimiento de feto 1 y glicemias descontroladas. Al cumplir 34+4 semanas presenta rotura prematura de pretérmino de membranas, debiendo adelantar cesárea. Durante procedimiento quirúrgico se extrae a feto 2 en buenas condiciones, siendo ingresado en neonatología y feto 1 con apariencia de TRAP, actualmente en espera de autopsia. Se envía placenta a biopsia, reconociendo placenta gemelar monocorial biamniótica, sin signos inflamatorios en membranas corioamnióticas y parénquima veloso vascular normal.

**DISCUSIÓN:** El TRAP es muy extraño de ver en la práctica clínica. Actualmente es frecuente el diagnóstico precoz en el primer trimestre del embarazo debido a la estandarización de la ecografía y a mejor resolución de los equipos. Resulta muy importante manejar de forma oportuna el síndrome, ya que mientras antes se trate aumenta la expectativa de vida del feto bomba.

**PALABRAS CLAVE:** *multiple pregnancy, pregnancy complication, fetal viability.*

**Autor Responsable:** Ana Belén Orostizaga Astudillo. belen.oros@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“HEMANGIOMA CERVICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.”**

**Código del trabajo: CC191**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Jorge Eduardo Segovia Rojas, Vicente Javier Herrera Alcaíno, Marcelo Ignacio Portilla Rojas.

Nombre Tutor: PATRICIO JAVIER GAC ESPINOZA, G. Sandoval

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN

El hemangioma corresponde a un tumor vascular de crecimiento hamartomatoso y alto índice proliferativo. Es el tumor benigno más frecuente de la infancia y la mayoría tiende a la involución, sin embargo, puede manifestarse en la adultez. Un 60% se ubica en cabeza y cuello, con localizaciones variables. La ubicación intramuscular corresponde a <1% del total de hemangiomas, siendo el músculo masetero el más afectado en cabeza y cuello. Otras ubicaciones dentro de la región son aún más infrecuentes y representan un desafío diagnóstico.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 41 años, con antecedentes de colecistectomía. Consulta por aumento de volumen supraclavicular izquierdo progresivo de 3 años de evolución. Al examen físico destaca masa subcutánea elipsoidea, blanda, indolora y adherida a planos profundos. Se solicita TC de cuello que informa lesión expansiva multilobulada de 60 x 45 x 53 mm ubicada en el triángulo cervical posterior izquierdo con características de hemangioendotelioma/hemangiopericitoma. Se realiza resección vía cervicotomía izquierda transversa, de lesión tumoral de aspecto vascular de 7 x 5 cm adherida a músculos escalenos. Biopsia rápida informa neoplasia mesenquimática vascular de bajo grado, sin elementos de malignidad. Evoluciona favorablemente y se decide alta. Biopsia definitiva informa hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con hemangioma.

#### DISCUSIÓN

El hemangioma corresponde al tumor vascular benigno más frecuente y el 60% se ubica en cabeza y cuello. Su diagnóstico es eminentemente clínico y puede apoyarse en estudio imagenológico. Si bien existen múltiples opciones terapéuticas, la resección quirúrgica es la más utilizada y se considera especialmente ante duda diagnóstica con tumores vasculares potencialmente malignos, como hemangiopericitoma o hemangioendotelioma en este caso. La ubicación intramuscular es <1% y sólo se han reportado 6 casos con relación a músculos escalenos. A diferencia del resto, el hemangioma intramuscular difícilmente es diagnosticado de forma preoperatoria (<8%) dependiendo principalmente de la biopsia.

**PALABRAS CLAVE:** *hemangioma, intramuscular hemangioma, blood vessel tumor, neck, surgery*

**Autor Responsable:** Jorge Eduardo Segovia Rojas. [jorge.segovia@ug.uchile.cl](mailto:jorge.segovia@ug.uchile.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Proteinuria en rango nefrótico por Nefropatía por IgA (IgAN)”**

**Código del trabajo: CC192**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Lucero Hagedorn Estévez, Magdalena Leigh Jaar, Rocío Astudillo Goic.

Nombre Tutor: Joaquín Sharp Segovia, C. Walbaum

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: IgAN es la glomerulopatía primaria más prevalente, con una incidencia mundial de 2.5 cada 100.000 adultos. Para el diagnóstico se necesita una biopsia renal con dominancia o codominancia de tinción con IgA en el glomérulo y depósito de esta en el mesangio. Presenta amplias manifestaciones clínicas, siendo la más común la aparición de episodios de hematuria macroscópicas autolimitados posterior a infecciones respiratorias altas. Presentaremos una IgAN de manifestación atípica, para posteriormente discutir sobre las distintas manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente 20 años asmática, consulta a nefrología ambulatoria. Presenta historia de infección del tracto urinario (ITU) a los dos años con proteinuria. A los 13 años presenta proteinuria 3 g/24 horas, iniciando irbesartán. Desde entonces presentando 2 ITU altas y 9 bajas. Actualmente refiere orina espumosa, niega hematuria. Al examen físico normal, presión arterial 120/70 mmHg. Se solicitan exámenes destacando creatininemia 0.41 mg/dl, albuminemia 2.9 g/dl, colesterol total 242 mg/dl, glicemia 82 mg/dl, proteinuria 24 h 1789.9 mg/dl, sin hematuria, leucocituria ni glucosuria. Se realiza biopsia renal que demostró Nefropatía por IgA con borramiento pedicelar 25%, iniciando tratamiento con espironolactona e irbesartán. Posteriormente la paciente presenta episodios agudos de nefrosis franca, con edema, hipoalbuminemia y proteinuria en rango nefrótico, sin gatillantes identificables.

Discusión: Las manifestaciones clínicas de IgAN son amplias, sin existir patrón clínico característico. 40-50% de los casos se presentan como hematuria macroscópica. 30-40% se presentan como microhematuria asintomática, pudiendo acompañarse de proteinuria, generalmente <2g/24h. 5-15% se presenta como glomerulonefritis aguda y 5% se manifiestan con síndrome nefrótico. Presentamos este caso como llamado a ampliar nuestro diagnóstico diferencial en pacientes con proteinuria nefrótica, ya que, como presentamos, una enfermedad que clásicamente se clasifica como causa de síndrome nefrítico puede producir un nefrótico puro.

**PALABRAS CLAVE:** *IgA Glomerulonephritis, nephrotic syndrome, kidney disease*

**Autor Responsable:** Lucero Hagedorn Estévez. lahagedorn@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“CC - Atrapamiento cubital en canal de Guyon. Sospecha y diagnóstico a partir de un caso.”**

**Código del trabajo: CC193**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Magdalena Cristina Leigh Jaar, Camila Paz Tirado Andresen, Catalina Reyes Pérez.

Nombre Tutor: Sebastián Canahuate Bravo-Iratchet

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Las neuropatías por atrapamiento son comunes. El nervio cubital puede comprimirse a nivel del codo y menos frecuentemente a nivel de muñeca, originando el Síndrome de Guyon.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Mujer 22 años, voleibolista amateur (4-7 veces por semana). Consulta por 5 meses de dolor en borde cubital de muñeca izquierda, parestesias y disminución de fuerza en abducción y aducción del 4to y 5to dedo. Sin antecedente de traumatismo. Resonancia magnética evidencia disminución del espacio en el canal de Guyon por presencia de músculo abductor accesorio del meñique (ADMA). Se manejó con reposo deportivo por un mes y vendaje kinésico. Evolucionó favorablemente, con recuperación completa en 3 meses, descartándose manejo quirúrgico.

**DISCUSIÓN:** El nervio cubital proviene del cordón medial del plexo braquial. Discurre por el borde cubital del brazo y antebrazo, ingresa a la mano junto a su arteria homónima por el canal de Guyon, donde se bifurca en sus ramas terminales. Inerva sensitivamente al borde cubital de la mano, el 4to y 5to dedo; y permite la abducción, aducción de los dedos, y aducción del pulgar. Puede comprimirse en diversas localizaciones, produciendo signos y síntomas característicos evidenciables con la anamnesis y examen físico. Se requieren exámenes complementarios para la confirmación diagnóstica. Etiologías comunes son quistes ganglionares, lesiones y adhesiones traumáticas, patología vascular y músculos accesorios. Dentro de los últimos el ADMA es relativamente común. Puede causar atrapamiento cubital al presionarlo contra el ligamento transversal del carpo. El tratamiento va desde manejo conservador a descompresión quirúrgica según la causa. El manejo conservador está centrado en inmovilización para evitar compresión mecánica y trauma repetitivo.

**CONCLUSIÓN:** El síndrome de Guyon debe ser sospechado ante sintomatología del nervio cubital. El examen físico es orientador, pero su diagnóstico requiere de estudios complementarios. Su tratamiento depende de la etiología.

**PALABRAS CLAVE:** *entrapment, compression, ulnar, Guyon*

**Autor Responsable:** Magdalena Cristina Leigh Jaar. [mcleigh@uc.cl](mailto:mcleigh@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Absceso subperióstico de techo orbitario como complicación de rinosinusitis aguda, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC197**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Carolina Valeria Meneses Herrera, Ana Belén Orostizaga Astudillo, Andreas Heinz Rosenthal Navarro.

Nombre Tutor: Mario Alvarez Tapia, Mayra Gómez García

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Se presenta un caso de clínica atípica de rinosinusitis complicada, lo cual nos recalca la importancia del manejo multidisciplinario dentro de la atención en salud. Una paciente de 26 años consultó por un cuadro de 8 días evolución de aumento de volumen palpebral izquierdo asociado a cefalea intensa en la misma región, signos inflamatorios locales, fiebre y congestión nasal. Al examen físico se evidenció temperatura axilar de 37,4 °C, ptosis, descarga posterior serosa, oculomotilidad superior limitada y fondo de ojo sano. Laboratorio: leucocitosis de 20110/ $\mu$ L, proteína C reactiva de 201,5 mg/L. Tomografía computada orbitaria: lesión intraorbitaria izquierda desplazando globo ocular y ocupación sinusal fronto-etmoidal. Hospitalizada inició ceftriaxona/clindamicina, pero, a la tomografía, progresó con lesión sugerente de absceso cerebral de 13 mm en porción fronto-basal izquierda y aumento de signos inflamatorios sugerentes de miositis del recto superior y oblicuo superior izquierdos. Evaluada multidisciplinariamente, se decidió drenaje urgente, realizando orbitotomía y drenaje endoscópico nasal frontoetmoidal izquierdos. A dos días postoperatorio, persistía lesión subcortical en tomografía, impresionando edema de encefalitis, y disminución del tamaño de las lesiones orbitarias, ahora de aspecto laminar. A una semana, la paciente se presentó con menor edema, oculomotilidad conservada, sin alteraciones visuales, cefalea ni fiebre, dándose de alta en buenas condiciones. A pesar del gran compromiso orbitario, se observa pobre clínica, y sorprende la indemnidad neurológica por el incipiente compromiso intracraneano. Se suman a la presentación atípica, tanto la edad de la paciente, como la localización del absceso. Las complicaciones de rinosinusitis son graves por la importancia de las estructuras que rodean los senos paranasales. La localización en techo orbitario requiere, con mayor razón, manejo multidisciplinario, considerando oftalmología, otorrinolaringología y neurocirugía, debido a: localización, enfermedad causante y progresión de esta, respectivamente. La ausencia de alteraciones visuales y de la oculomotilidad podrían deberse a la localización del absceso.

**PALABRAS CLAVE:** *Sinusitis; Orbital cellulitis; Abscess; Encephalitis.*

**Autor Responsable:** Carolina Valeria Meneses Herrera. carolina.meneses@alumnos.uv.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Tromboflebitis séptica de vena ovárica en puerperio, a propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC202

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Macarena Farías Marambio, Marleen Saavedra Villalobos, Carolina Maldonado Pavez.

Nombre Tutor: Dusan Bader Pavlovic

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La tromboflebitis de vena ovárica (TVO) es una complicación infrecuente del puerperio, las incidencias van desde 0.05–0.18%, mayoritariamente se presenta más a derecha (90%) y en pacientes cesarizadas. En general, se manifiesta en puérperas que presentan fiebre hasta 92 horas postparto, asociado a dolor abdominal bajo y/o presencia de masa abdominal.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 24 años nulípara, puérpera de parto vaginal, con antecedentes de diabetes gestacional, hipertiroidismo, evoluciona a los 2 días con fiebre, taquicardia, sin otros síntomas ni hallazgos al examen físico, con parámetros inflamatorios elevados, sedimento de orina inflamatoria; se decide iniciar tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona. Posteriormente, paciente persiste febril, rescatándose urocultivo negativo, por lo que se amplía cobertura a clindamicina-gentamicina. Luego se rescatan hemocultivos que evidencian bacteriemia por enterococo faecalis ampicilino sensible, se ajusta tratamiento a ampicilina/sulbactam y se amplía estudio con TC contrastado, que informa signos de tromboflebitis de vena ovárica derecha, por lo que se decide mantener antibiótico e iniciar terapia anticoagulante con enoxaparina con plan de traslape a anticoagulación oral, presentando buena respuesta clínica.

**DISCUSIÓN:** La TVO es una patología infrecuente del puerperio, potencialmente mortal debido a sus complicaciones como embolías de vena cava inferior y/o pulmonar y/o sepsis, por lo que es importante diagnosticarla y tratarla a tiempo en pacientes con la clínica descrita. Su diagnóstico se realiza mediante ecografía-doppler, TC o RM. El tratamiento incluye antibióticos y anticoagulación; la duración de la terapia antibiótica dependerá de la evolución clínica, requiriendo al menos 48 horas afebril para su suspensión. El uso de anticoagulación es tema controversial, algunos estudios recomiendan tratarla como trombosis de sitio atípico durante al menos 3 meses, y otros no sugieren su uso, sin existir un consenso al respecto. Es relevante considerar el diagnóstico de TVO, una vez que otros diagnósticos infecciosos hayan sido excluidos.

**PALABRAS CLAVE:** *thrombosis, puerperal, thrombophlebitis ovary, puerperal infection*

**Autor Responsable:** Macarena Farías Marambio. msfarias1@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Miopatía necrotizante inmunomediada secundaria a atorvastatina. A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC203**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Luis Sebastián Hinojosa Díaz, Mónica Alejandra Cuevas Rodríguez, Marcela Paz Cossio Lagos.

Nombre Tutor: Ignacio Antonio Toledo Zuñiga

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Las estatinas causan un amplio espectro de reacciones adversas musculares, desde elevación asintomática de Ck hasta rabdomiólisis. La mayoría regresa al suspender el fármaco; sin embargo, un porcentaje desarrolla miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM), donde los síntomas persisten e incluso empeoran después de suspender la estatina. La MNIM por estatinas es poco frecuente, con una incidencia de 2 casos por millón de usuarios del fármaco.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 58 años que, tras IAM con SDST, estuvo 2 años en tratamiento con Atorvastatina. Presentó cuadro de 3 meses de evolución de dolor cervical y lumbar insidioso y progresivo hasta EVA 8/10. Acudió a urgencias, donde exámenes revelaron Ck total en 9826, decidiéndose ingreso. Se suspendió Atorvastatina y se inició manejo hídrico. Electromiografía con patrón miopático en extremidades inferiores (EE. II), especialmente a proximal, hizo sospechar MNIM. Se midió anticuerpos de perfil miopático, destacando ANA negativo y ENA 0.99. La biopsia muscular compatible con MNIM confirmó el diagnóstico. Dado que no presentaba debilidad muscular ni otras complicaciones, se decidió alta hospitalaria y tratamiento con Metotrexato y Prednisona. En los meses posteriores presentó debilidad muscular progresiva de EE. II de predominio proximal, con Ck total persistentemente elevada, llegando a la dependencia total. Tras kinesioterapia intensiva asociada a tratamiento inmunosupresor, recuperó su funcionalidad previa. Sin embargo, actualmente cursa una recaída de su enfermedad, con debilidad muscular de EE. II y niveles de Ck total tres veces sobre el límite superior normal.

**Discusión:** Pese a su perfil de seguridad demostrado, las estatinas no están exentas de complicaciones musculares graves. La MNIM se caracteriza por debilidad muscular de EE. II mayor a proximal que persiste al suspender la estatina, biopsia muscular con necrosis celular y presencia de autoanticuerpos anti-HMG-CR. El tratamiento consiste en suspender la estatina e iniciar inmunosupresores, con una recaída de 50-60%.

**PALABRAS CLAVE:** *Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors, Muscular Diseases, Muscle Weakness.*

---

**Autor Responsable:** Luis Sebastián Hinojosa Díaz. [luis.hinojosa.diaz@gmail.com](mailto:luis.hinojosa.diaz@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Hemangioma RICH, tratamiento quirúrgico”

**Código del trabajo:** CC204

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Damian Bennett Miller, Sebastián Moreno Campusano, Walter Hernandez Valenzuela.

Nombre Tutor: Monserrat Gutierrez Díaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Hemangioma RICH (Rapidly Involuting Congenital Hemangioma) es un tumor vascular benigno caracterizado por su tamaño máximo al nacimiento y posterior a esto presentan rápida involución y regresión a los 6-14 meses. Los Hemangiomas son la malformación más frecuente en menores de 1 año, incidencia de 1-2.6% al parto, afectando principalmente a mujeres caucásicas y localizándose generalmente en cabeza y cuello (60%).

Caso Clínico: Paciente 4 meses, RNT 38 semanas AEG con antecedente de Hemangioma RICH en pabellón auricular derecho desde nacimiento. Al nacer hospitalizada y evaluada por equipos de Dermatología y Cirugía Plástica del HSR. Posteriormente presenta episodio de sangrado de 70cc con compromiso hemodinámico, requiriendo transfusión de glóbulos rojos y traslado ante eventual necesidad de cirugía. Al ingreso paciente HDN estable, afebril, sin requerimientos de oxígeno. Al examen físico destaca tumor de aspecto vascularizado de 64x55 mm en pabellón auricular derecho, con úlcera central sin signos de infección ni sangrado activo. Laboratorio destaca Hb 10.6, TP: 15”, INR: 1.26, TTPA: 37.4, Dimero-D: 500, Fibrinógeno: 199 y P. Hepático normal. RM cabeza/cuello muestra hemangioma congénito con cortocircuito arteriovenoso intralesional. Se realiza resección quirúrgica del tumor más plastia con colgajos locales. Paciente evoluciona con hematoma retroauricular drenado, sin requerimiento de nuevas transfusiones y es dada de alta sin incidentes.

Discusión: Si bien son de buen pronóstico y la mayoría presentan involución total o parcial a los meses de vida algunos pueden presentarse con complicaciones como úlceras y hemorragias que pueden poner en riesgo la vida del paciente. Por esto la mayoría de estos tumores no requieren tratamiento específico, sin embargo, según la evidencia frente a complicaciones como: úlceras persistentes, inestabilidad hemodinámica, trombocitopenia, hemorragia sin respuesta a tratamiento médico o tumor sin signos de regresión a los 18 meses se recomienda la excisión quirúrgica o la embolización.

**PALABRAS CLAVE:** *Congenital, Hemangioma, Congenital Hemangioma, RICH*

---

**Autor Responsable:** Damian Bennett Miller. dbennett@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“MANEJO CONSERVADOR DEL PIE DIABETICO CON OSTEOMIELITIS:  
PRESENTACION DE UN CASO”**

**Código del trabajo: CC206**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Cristián Ugalde Báez, Martín Quintana Martinic, María Ignacia Pérez Rossi.

Nombre Tutor: Sergio Morales Diaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Pie diabético es una complicación de la diabetes mellitus que se presenta con úlceras con grado de infección de diferente severidad. La probabilidad de amputación es entre 20% a un 60% según nivel de severidad de la infección. La osteomielitis es una manifestación de infección severa y la probabilidad de amputación es alta. Presentación del caso: Masculino de 53 años con diabetes mellitus insulino requirente que presenta una herida nivel del maléolo derecho de 1 mes de evolución tratada de forma empírica con antibióticos y curaciones a nivel de centro de salud local. Consulta en servicio de urgencia por mala evolución, presentándose con herida de 5 por 7 cm con bordes necróticos y exposición de tejido ósea sin signos de infección sistémica. A la Resonancia magnética presenta signos de osteomielitis en zonas adyacentes. Se trata con antibióticos iniciados de forma empírica que se fueron ajustando por cultivo por vía oral y con perlas de vancomicina en la zona de osteomielitis, adicionalmente se hizo aseos quirúrgicos y tratamiento de la herida con vacuum assisted closure (VAC). Luego de veinte seis días de hospitalización: se logra una buena evolución amputación. Discusión: El pie diabético tiene varios abordajes, siendo lo más radical su amputación. Debe priorizarse generalmente un manejo médico inicial. Primariamente, compuesto por un adecuado manejo antibiótico, dado por una adecuada cobertura que se ajusta acorde a los cultivos obtenidos. Segundo, se asegura una efectiva llegada de los antibióticos en las concentraciones adecuadas al lugar a tratar. Conclusión: el manejo inicial de una infección por pie diabético es médico. Se debe considerar la amputación cuando la resolución de la herida y el nivel de infección es imposible de manejar con otro tipo de tratamiento

**PALABRAS CLAVE:** *diabetic foot, osteomyelitis, diabetes infection.*

---

**Autor Responsable:** Cristián Ugalde Báez. [crugalde@uc.cl](mailto:crugalde@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Enfrentamiento de Trastorno de Diferenciación Sexual (TDS) causado por Hiperplasia Suprarrenal Congénita”**

**Código del trabajo: CC207**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Paulen Xiu-fang Chen Chi, Sebastián Sánchez Zagal, Braulio Aliaga Campos.

Nombre Tutor: Hector Ivan Perez Alvarez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El TDS es una enfermedad poco frecuente caracterizada por alteración en la diferenciación sexual. Su etiología más frecuente es la Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). Se discute el caso de un recién nacido con TDS por HSC.

Caso: RNT 40 semanas, AEG, sexo indeterminado. Ecografía 32+2 semanas con genitales ambiguos (labios mayores con clitorimegalia). Examen físico al nacer, destaca clitorimegalia de 1,5 cms, labios mayores hiperpigmentados sin fusión en línea media, orificio en línea media que podría ser vagina. Estudio inicial: cariotograma 46XX, ecografía pelviana muestra útero, vagina y ovarios. Testosterona elevada 85.6 ng/dL (VN: 15-70ng/dL). Dada hiperplasia suprarrenal congénita Prader IV se inicia cortisol. Evoluciona sin falla renal ni trastornos hidroelectrolíticos. 17-OH progesterona baja (0.56ng/mL) descarta déficit 21-hidroxilasa. Se completa estudio con Testosterona, Estradiol, DHEAS, androstenediona, hormona antimulleriana, relación aldosterona-renina, ACTH; 11-desoxicorticosterona, 11-desoxicortisol y 17 pregnenolona, pendiente resultados. Etiología más probable: déficit b11-hidroxilasa.

Discusión: Se sospecha un TDS mediante recopilación de antecedentes personales, familiares, examen físico exhaustivo con inspección y palpación de los genitales (grado de virilización, Prader). Como exámenes complementarios iniciales se solicita Cariotipo, estudio hormonal, ecografía abdominal para observar gónadas, útero y/o vagina. Dentro de las múltiples etiologías, la más frecuente es la HSC. De acuerdo al déficit enzimático, encontramos formas graves y moderadas. El más importante es el déficit de 21-hidroxilasa porque provoca insuficiencia suprarrenal. Se confirma por aumento de 17-OH progesterona, androstenediona, testosterona, ACTH. Se caracteriza por pérdida salina con hiponatremia, hiperpotasemia e hipotensión. La segunda más frecuente es la 11βhidroxilasa, que presenta déficit de cortisol y aumento de 11-desoxicortisol y 11 desoxicorticosterona, habitualmente sin pérdida salina, con tendencia a la hipertensión.

Conclusión Siempre sospechar una HSC en neonata con signos de virilización, debido a gran morbilidad por crisis de pérdida salina, el tratamiento consiste en glucocorticoides y mineralocorticoides.

**PALABRAS CLAVE:** *congenital adrenal hyperplasia, glucocorticoids, Disorders of sexual development*

**Autor Responsable:** Paulen Xiu-fang Chen Chi. pxchen@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Patología esofágica como causa de dolor torácico”

**Código del trabajo:** CC208

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Belén Alejandra Giménez Barros, Trinidad Paz Galaz González, Benjamin Kamal Hadad Selman.

Nombre Tutor: Francisca Belmar Riveros

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Se presenta el caso de una paciente con dolor torácico atípico de causa no cardíaca que consulta en el servicio de urgencia.

**Descripción del caso:** Mujer de 86 años, sin antecedentes mórbidos que consulta en el servicio de urgencia por dolor torácico atípico de 2 días de evolución que se intensifica durante las últimas 12 horas. Ingresa normocárdica, afebril y orientada. En el estudio inicial destaca electrocardiograma con bradicardia sinusal, troponinas negativas y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Se solicita tomografía computada de tórax que muestra dilatación esofágica debido a lo cual se hospitaliza a cargo de cirugía digestiva para continuar el estudio. Posteriormente se realiza endoscopia digestiva alta que muestra dilatación esofágica compatible con megaesófago por Chagas. Durante la hospitalización se descarta el diagnóstico inicial y es dada de alta con el diagnóstico de trastorno esofágico funcional.

**Discusión:** El dolor torácico es uno de los principales motivos de consulta al servicio de urgencia, habitualmente asociado a patología cardiovascular debido a su alta prevalencia y morbimortalidad. Las causas de dolor torácico son múltiples por lo que el enfoque inicial siempre debe orientarse a descartar las causas emergentes como lo son el infarto agudo al miocardio, el tamponamiento cardíaco, el tromboembolismo pulmonar, neumotórax, disección arterial, entre otros. Sin embargo, se debe estar atento a los signos y síntomas clínicos que orienten a patologías no cardíacas como la rotura esofágica, u otras causas de menor gravedad, para poder realizar el diagnóstico e iniciar tratamiento de forma oportuna. Siempre se debe considerar la patología esofágica benigna como una de las causas frecuentes no cardiovasculares.

**Conclusión:** Este caso es un ejemplo de cómo abordar un dolor torácico en el servicio de urgencia. Muestra la importancia de conocer los diagnósticos diferenciales con énfasis en la patología esofágica como causa de dolor torácico.

**PALABRAS CLAVE:** *Chest pain, Esophageal motility disorder, Endoscopy*

**Autor Responsable:** Belen Alejandra Gimenez Barros. bagimenez@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Síndrome de Takotsubo por Tromboembolismo Pulmonar en paciente masculino con Síndrome antiFosfolípidos.”

**Código del trabajo:** CC210

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Magdalena Ruiz-Esquide Soto, Trinidad Paz Galaz González, Benjamín Kamal Hadad Selman.

Nombre Tutor: Valentina Orellana Naranjo

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: el síndrome de Takotsubo es una patología infrecuente que consiste en una disfunción transitoria del ventrículo izquierdo producida por estrés físico o emocional, de ahí su otro nombre, “síndrome del corazón roto”. En las imágenes se observa acinesia y abombamiento apical, que no corresponde a un territorio coronario.

Caso clínico: paciente de 33 años previamente sano, que presenta un cuadro de edema de extremidad inferior derecha, dolor torácico y disnea de esfuerzos. Se realiza un electrocardiograma que muestra Ts isobifásicas en V1-V3 y negativas en V4-V5, sin elevar troponinas, y una angiotomografía que muestra un tromboembolismo pulmonar (TEP) submasivo y trombosis venosa profunda fémoro-poplítea derechas, con sobrecarga de corazón derecho. Se solicita un ecocardiograma transtorácico que evidencia acinesia apical con fracción de eyección 40%, con morfología de cardiopatía isquémica versus Takotsubo. En el estudio de hipercoagulabilidad destacan anticuerpos anticardiolipinas y anticoagulante lúpico positivo, diagnosticándose un síndrome antifosfolípidos. Se descartó un accidente de placa con una coronariografía que mostró arterias sanas; dos meses después, se realizó una cardiorr resonancia que no mostró alteraciones de motilidad segmentaria ni fibrosis, confirmándose el diagnóstico de síndrome de Takotsubo. Discusión: el TEP es una causa rara de síndrome de Takotsubo, que se produciría por la descarga noradrenérgica desencadenada por el súbito aumento de la presión vascular pulmonar. En este caso, fue el estado de hipercoagulabilidad por Síndrome Antifosfolípidos el que llevó a un TEP submasivo. El principal diagnóstico diferencial es la cardiopatía isquémica por ateromatosis coronaria, que fue descartada por coronariografía y por la reversión de las alteraciones de la motilidad en el seguimiento.

Conclusión: el TEP es una causa a considerar del síndrome de Takotsubo, que consiste en alteraciones de la motilidad segmentaria con coronarias sanas, que revierte en un plazo menor a 6 meses, lo que puede ser evidenciado en una cardiorr resonancia.

**PALABRAS CLAVE:** *Takotsubo cardiomyopathy, Stress cardiomyopathy, Broken heart syndrome, Pulmonary thromboembolism.*

---

**Autor Responsable:** Magdalena Ruiz-Esquide Soto. mruizesquide@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de Bertolotti: causa poco frecuente de dolor lumbar crónico, a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC212**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Ailen Inostroza Molina, Camila Quilpatay Palma, Luis Felipe Lopez Uribe.

Nombre Tutor: Claudio Olmos González

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Mujer de 25 años, sin antecedentes consulta por cuadro de dolor lumbar bajo de un año y medio de evolución que cede parcialmente con antiinflamatorios e interfiere con las actividades de la vida diaria. Se realiza estudio con radiografía de columna que muestra hallazgos sugerentes de mega-apófisis transversa en L4, complementándose con una Resonancia Magnética Nuclear confirmando el diagnóstico de Síndrome de Bertolotti.

El Síndrome de Bertolotti corresponde a una alteración anatómica congénita en la que se presentan mega-apófisis transversas a nivel lumbar, que por sobrecarga mecánica genera alteraciones articulares y dolor lumbar bajo. Su prevalencia es variable en la literatura pero varía entre 4.0% - 35.9%, presentándose mayormente en hombres, con una edad promedio de presentación entre los 30-40 años. Se caracteriza clínicamente por dolor lumbar bajo de tipo facetario, secundario a una sobrecarga mecánica. Pudiendo llegar a producir alteraciones degenerativas en la articulación. Su diagnóstico se basa en el cuadro clínico asociado a alteraciones radiográficas que se clasifican según los criterios de Castellvi en 4 tipos, siendo más prevalente los tipo I y II. Se recomienda el manejo médico, sin embargo, existen alternativas invasivas que siguen siendo controversiales.

**PALABRAS CLAVE:** *low back pain, lumbar vertebrae, lumbosacral region, transitional vertebrae, Bertolotti's Syndrome.*

---

**Autor Responsable:** Ailen Inostroza Molina. ailen.anahi8@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Leucocituria persistente en paciente con Lupus: Tuberculosis renal y vesical”

**Código del trabajo:** CC214

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Francisca Donoso Mena, Francisco José Vandeputte Martínez, María Trinidad Zegers Vial.

Nombre Tutor: María Eugenia Martínez Ruiz Esquide

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La Tuberculosis (TB) urogenital es la tercera forma extrapulmonar más frecuente de TB. Generalmente ocurre por diseminación hematógena. Se debe sospechar ante el hallazgo de piuria o microhematuria en el sedimento urinario con urocultivos negativos, especialmente en personas con factores epidemiológicos asociados. Puede asociarse a síntomas urinarios irritativos. Se confirma con la demostración del bacilo de Koch en orina mediante cultivo o PCR, y una imagen radiológica que evidencie el compromiso urinario. El tratamiento es la terapia antituberculosa y derivación urinaria si existe obstrucción ureteral.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 61 años, antecedente de LES y nefritis lúpica tipo IV en tratamiento con plaquinol y prednisona 5 mg/día, actualmente en remisión. Recibió ciclofosfamida y micofenolato mofetil hace 12 años. Presentó 2 meses de disuria, polaquiuria, orinas turbias y baja de peso de 12 kg. Sin artralgias ni úlceras orales. Al examen físico destaca dolor a la palpación en flanco derecho. Laboratorio: creatinina 1.12 (previo 0.81), Anti-DNA negativo, C3-C4 normales. Orina: leucocituria 4 cruces, eritrocitos 5 unidades/campo y urocultivo negativo. Urotac evidencia extenso proceso inflamatorio del parénquima renal y sistema excretor derecho y vejiga. Ecografía abdominal muestra hidroureteronefrosis derecha. Se confirma tuberculosis reno-uretero-vesical mediante baciloscopias, PCR y cultivo positivo en orina para M. Tuberculosis. Se inicia tratamiento antituberculoso y se coloca catéter doble J derecho.

**DISCUSIÓN:** La leucocituria en pacientes con antecedente de nefritis lúpica podría orientar a reactivación de esta si ocurre en el contexto de un sedimento telescopado (con proteinuria, microhematuria, y acantocitos). Sin embargo, cuando ésta es aislada con UC negativo, es importante estudiar posible TB urinaria. El lupus aumenta el riesgo tanto de contraer infecciones como la TB, como de que éstas progresen. Esto ocurre por compromiso de la inmunidad propia de la enfermedad y los tratamientos inmunosupresores que se requieren.

**PALABRAS CLAVE:** *Urogenital tuberculosis, lupus nephritis, Lupus erythematosus, systemic*

**Autor Responsable:** Francisca Donoso Mena. fdonoso4@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Artritis Idiopática Juvenil Sistémica: importancia de hacer un diagnóstico oportuno y prospectivo”**

**Código del trabajo: CC215**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Daniel Hernán Cathalifaud Zilleruelo, Sigall Budnik Bitrán, Javier Sebastián Sandoval Salas.

Nombre Tutor: Nasser Duk Fonseca

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) incluye a un conjunto de enfermedades inflamatorias crónicas caracterizadas por artritis, fiebre, exantema, y manifestaciones sistémicas. Es la enfermedad del tejido conectivo más frecuente en pediatría, siendo su edad de inicio promedio para su forma sistémica a los 6 años.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 6 años de edad, sin antecedentes médicos previos, consultó por historia de 1 semana de fiebre hasta 39°C que se asoció a poliartralgia simétrica en muñecas, codos, caderas, rodillas y tobillos y claudicación. Al ingreso paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, sin dificultad respiratoria. Al examen físico destaca aumento de volumen en ambas manos, rodillas y dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas y cadera, sin otros hallazgos significativos. Fue evaluada por traumatología, quienes descartaron infección osteoarticular, sin embargo se hospitalizó para estudio y manejo del síndrome febril y poliartritis. Al examen de laboratorio destaca: VHS 112, PCR 192, Test ASO (+), IgM Mycoplasma (+), hiperferritinemia, anemia leve microcítica, leucocitosis con predominio de segmentados y trombocitosis. Dado Test ASO (+) e IgM Mycoplasma (+) se inicia antibioterapia. Además, por sospecha de patología de origen inmunológico se complementa estudio: FR (-) ANA (-) ANCA (-) Complemento C3/C4 Normal. Paciente completó antibioterapia, sin embargo por persistencia de peaks febriles se inició terapia corticoidal y metotrexato por sospecha de AIJ sistémica, con lo cual la paciente evolucionó con buena respuesta clínica, disminución de poliartritis y fiebre.

**Discusión:** La AIJ es una patología con distintas formas de presentación clínica, siendo su forma sistémica una de las más reportadas. Si bien para su diagnóstico definitivo se requiere de al menos 2 semanas de evolución de fiebre y 6 semanas de artritis, es fundamental una sospecha diagnóstica precoz para iniciar tratamiento oportunamente y prevenir complicaciones asociadas.

**PALABRAS CLAVE:** *Juvenile Idiopathic Arthritis; Polyarthritis; Child.*

**Autor Responsable:** Daniel Hernán Cathalifaud Zilleruelo. dhcathalifaud@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Revascularización de urgencia por Síndrome de Atrapamiento Poplíteo. A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC219**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Rocío Macarena Castro Venegas, Javiera Denisse Faret Contreras, Javiera Sofia Agouborde Kuncar.

Nombre Tutor: Diego Ardiles Lopez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de atrapamiento arterial poplíteo es una condición subreportada y subdiagnosticada que afecta las extremidades inferiores. Presenta una incidencia del 0,6-3,5%, con afectación bilateral hasta 2/3 de los casos y es 15 veces más frecuente en hombres. Su presentación habitual es como enfermedad arterial periférica en sus distintas etapas. **CASO CLÍNICO.** Hombre de 57 años sin antecedentes, deportista de alto rendimiento. Historia de 3 meses de evolución de claudicación intermitente progresiva de extremidad inferior derecha. Consultó por dolor de reposo de la extremidad. Al examen físico, frialdad y palidez con ausencia de pulsos de popliteo a distal en extremidad inferior derecha. Pletismografía compatible con isquemia crítica. Angiotomografía computada: a nivel poplíteo, importante reducción de calibre de arteria poplíteo con escaso contraste en trifurcación poplíteo y ramas distales, gran desarrollo de músculos circundantes a hueso poplíteo. Arteriografía con escasa representación de arteria poplíteo distal, tibial posterior y peronea, arteria tibial anterior parcialmente permeable. Evolución tórpida con rápida progresión de la isquemia del pie y dolor que no cede a opiáceos. Se procede a realizar puente poplíteo-tibial anterior con vena safena invertida en contexto de urgencia. Post operatorio con remisión de dolor y delimitación de la isquemia, requirió en un segundo tiempo amputación cerrada transfalángica del 1er a 4to orjejo. **DISCUSIÓN.** El diagnóstico se basa en historia clínica más estudio vascular complementario. Se debe realizar angiotomografía computada o angioresonancia magnética para evaluar variaciones anatómicas. La angiografía poplíteo es el método diagnóstico definitivo para planificación y resolución quirúrgica. El tratamiento es quirúrgico, depende principalmente de la severidad del daño arterial, siendo opción la miotomía de fosa poplíteo hasta la revascularización. La amputación se debe plantear en casos de isquemia irreversible de la extremidad.

**PALABRAS CLAVE:** *Intermittent Claudication, Ischemia, Peripheral Arterial Disease, Popliteal Artery.*

**Autor Responsable:** Rocío Macarena Castro Venegas. [mcv.rocio@gmail.com](mailto:mcv.rocio@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“¿Síncope o crisis epiléptica? A propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC221**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Mónica Alejandra Cuevas Rodríguez, Marcela Paz Cossio Lagos, Camila Paz González Vera.

Nombre Tutor: Alexander Vega Marchant

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La pérdida transitoria de conciencia (PTC) es la segunda emergencia neurológica más común. Tres condiciones representan más del 90% de sus causas: crisis epilépticas, convulsiones psicógenas no epilépticas y síncope. El correcto diagnóstico diferencial es crucial, ya que de esto dependerá la elección del tratamiento.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente que sufrió una de PTC de 10 minutos de duración, asociado a rigidez corporal, movimientos repetitivos de cabeza hacia un lado, cianosis perioral y de dedos y relajación de esfínter. Ingresó a urgencias con Glasgow 15, sin clínica post ictal. Las cifras tensionales en rango de crisis hipertensiva y la auscultación de un soplo cardiaco motivaron el planteamiento de síncope cardiogénico. Ingresó a sala básica, donde se estudió con ecocardiograma, que evidenció una estenosis aórtica moderada, y Holter, que mostró extrasístoles supraventriculares aisladas. Los hallazgos no explicaron la PTC. Se decidió complementar con estudio neurológico, realizándose un electroencefalograma (EEG), compatible con crisis epiléptica de inicio focal con compromiso de conciencia. Fue dado de alta con prescripción de tratamiento antiepiléptico y ajuste de tratamiento antihipertensivo. Actualmente permanece en control por neurología y cardiología. No ha presentado nuevos episodios de PTC.

**Discusión:** En el enfrentamiento inicial de un paciente con PTC, el valor de la anamnesis es fundamental para el diagnóstico diferencial. Si bien el síncope y las crisis epilépticas comparten características clínicas, existe una serie de preguntas clave para orientar el diagnóstico. En base a esto, se han diseñado scores que buscan sistematizar el proceso diagnóstico en el primer enfrentamiento con el paciente, como el de Sheldon et al. (2002). Ante la sospecha de crisis epiléptica, exámenes como el EEG y la neuroimagen son de apoyo; sin embargo, si se piden sin una clara sospecha basada en la clínica, sus resultados pueden llevar a un diagnóstico erróneo.

**PALABRAS CLAVE:** *Syncope, Seizures, Epilepsy, Differential Diagnosis, Unconsciousness*

---

**Autor Responsable:** Mónica Alejandra Cuevas Rodríguez. monica.cuevas@alu.ucm.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Derrame pericárdico recurrente como primera manifestación de Lupus Eritematoso Sistémico pediátrico, reporte de un caso.”**

**Código del trabajo: CC223**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Andreas Heinz Rosenthal Navarro, Carolina Valeria Meneses Herrera, Ana Belén Orostizaga Astudillo.

Nombre Tutor: Daniel Cortes Vega

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un trastorno de etiología desconocida, caracterizado por la producción de grandes cantidades de auto anticuerpos circulantes. Es una de las afecciones autoinmunes más frecuentes en pediatría, alrededor del 5% de los casos se presentan en la niñez. Sus manifestaciones clínicas son variadas, pudiendo afectar a cualquier órgano. Dentro de las menos comunes se encuentran las manifestaciones cardíacas, cuya presentación más frecuente es la pericarditis.

Paciente de 7 años, consulta por cuadro de dificultad respiratoria, al examen físico se objetiva edema de extremidades inferiores y hepatomegalia. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial y cardiomegalia. Ecocardiograma concluye: Hipertensión pulmonar moderada- severa, disfunción sistólica ventrículo izquierdo y derrame pericárdico de al menos 15 mmHg. Se realiza pericardiocentesis, cursando con Paro Cardio Respiratorio, requiriendo resucitación. Tras días de evolución favorable, presenta disnea asociada a dolor abdominal y torácico. Ecocardiograma revela: Reproducción de derrame pericárdico, sin elementos de taponamiento actual. Se realiza nuevamente pericardiocentesis. Ante sospecha de LES se solicita estudio inmunológico, y se inicia terapia con corticoides sistémicos. Con respuesta clínica exitosa, es dada de alta con diagnóstico de LES para continuar manejo ambulatorio.

Debido a la clínica variada de LES, la sospecha debe ser alta en pacientes que se presentan con síntomas difusos. Dentro de las manifestaciones cardíacas se describe pericarditis en un 12 %. Su presentación clásica incluye: Dolor torácico agudo generalmente acompañado de disnea. El diagnóstico es sugerido con radiografía de tórax y confirmado con ecocardiograma. La acumulación de líquido en el pericardio puede producir un taponamiento cardíaco con consecuencias mortales. Debido a la baja incidencia de pericarditis como manifestación en pacientes pediátricos con LES, la clínica poco sugerente y la letalidad asociada a este cuadro, es necesario un alto nivel de sospecha para su diagnóstico y manejo adecuado.

**PALABRAS CLAVE:** *Lupus erythematosus systemic, pericardial effusion, pericardiocentesis.*

**Autor Responsable:** Andreas Heinz Rosenthal Navarro. andreasrosenthalnavarro@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hernia de Spiegel atascada asociada a lesión perforante de intestino delgado por cuerpo extraño”**

**Código del trabajo: CC226**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Javiera Denisse Faret Contreras, Rocío Macarena Castro Venegas, Valentina Soledad Vásquez Salinas.

Nombre Tutor: Diego Ardiles Lopez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN.** La hernia de Spiegel es una hernia abdominal infrecuente con una incidencia reportada del 0,1 al 2%. Ocurre a través de la fascia Spigeliana, limitada medialmente por el músculo recto abdominal y lateralmente por la línea semilunar. El diagnóstico de la hernia de Spiegel requiere un alto índice de sospecha y un minucioso examen físico, ocasionalmente se debe complementar el estudio con técnicas de imagen como ecografía o tomografía computarizada. **CASO CLÍNICO.** Mujer de 58 años, obesa mórbida, con antecedentes de colecistectomía y apendicectomía, consultó por dolor abdominal súbito en flanco derecho en relación a una masa palpable. Al examen físico se encontró una masa sugerente de hernia tipo Spiegel atascada, la tomografía computarizada confirmó una hernia de Spiegel conteniendo asas intestinales con cambios inflamatorios locales y líquido laminar. A la exploración quirúrgica se evidenció una lesión transfixiante de intestino delgado por mondadientes. Se realizó resección intestinal con entero-entero anastomosis termino-terminal manual y reparación herniaria preperitoneal con malla. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al tercer día post operatorio. **DISCUSIÓN.** La hernia de Spiegel tiene una incidencia de atascamiento y estrangulación de 25% y 2-14% respectivamente. Por su parte, la perforación intestinal por ingestión de cuerpo extraño ocurre en el 1% de los casos, siendo el intestino delgado el sitio habitual de perforación. El tratamiento de ambas entidades es quirúrgico y se debe considerar la severidad del compromiso intestinal junto a las condiciones generales del paciente, para así valorar la necesidad de resección intestinal y estimar el riesgo asociado a una eventual anastomosis, todo esto sumado a los aspectos técnicos que exige la reparación de un defecto herniario en contexto de urgencia. La superposición de ambas patologías supone un desafío para el cirujano y su enfrentamiento debe analizarse caso a caso.

**PALABRAS CLAVE:** *Abdominal wall, intestinal perforation, ventral hernia.*

---

**Autor Responsable:** Javiera Denisse Faret Contreras. javierafaret@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Quiste de uraco infectado en paciente pediátrico.”**

**Código del trabajo: CC227**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Camila Jocelyn Díaz Díaz, Nidia Eva Dierlamm Duarte, Cristóbal Ignacio Bourgeois Silva.

Nombre Tutor: José David Reyes Rojas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El quiste de uraco es una alteración producida al obliterarse los extremos uracales persistiendo una cavidad quística intermedia. Afecta uno de cada 5.000 nacimientos, permaneciendo la mayoría asintomáticos, salvo cuando se complican, siendo la infección lo más frecuente, cuyo tratamiento consiste en el uso de antibióticos y drenaje. Actualmente el manejo quirúrgico escisional es objeto de discusión.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 3 años, sin antecedentes, consulta por cuadro de 3 semanas caracterizado por disuria, anorexia y fiebre intermitente. Al examen físico destaca masa palpable hipogástrica de 4cm, sensible, sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio muestran parámetros inflamatorios levemente elevados y orina completa normal. Se realiza ecografía abdominal que muestra imagen sugerente de proceso inflamatorio intraabdominal entre hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, de 73x33x43mm, adosado a asa colónica y techo vesical. Se hospitaliza con sospecha de plastrón apendicular y se inicia antibióticos triasociados endovenosos. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis: proceso inflamatorio en fosa iliaca izquierda que impronta la vejiga. Se realiza laparoscopia diagnóstica que evidencia quiste de uraco infectado (QUI). Se maneja con cefadroxilo oral y seguimiento ecográfico ambulatorio con posterior resolución de sintomatología.

**DISCUSIÓN:** El uraco es un remanente embriológico que transcurre desde la cúpula vesical hasta el ombligo. Los defectos en su obliteración producen distintas anomalías, representando un 30% los quistes. Los síntomas más frecuentes del QUI son fiebre, síntomas urinarios, masa palpable suprapúbica y dolor abdominal, siendo este último el más común. Dentro del diagnóstico diferencial destaca apendicitis aguda, cistitis, perforación visceral, hernia umbilical estrangulada y divertículo de Meckel complicado. El examen complementario inicial de elección es la ecografía. El tratamiento del QUI se debate entre el uso de antibióticos, drenaje y posteriormente escisión quirúrgica, versus el uso de antibióticos y seguimiento ecográfico, dado el riesgo de malignización futura.

**PALABRAS CLAVE:** *Congenital abnormalities, Urachal cyst, Urachus*

**Autor Responsable:** Camila Jocelyn Díaz Díaz. [camimidiaz@gmail.com](mailto:camimidiaz@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Dermatofibrosarcoma protuberans recidivante, a propósito de un caso”

**Código del trabajo: CC228**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Alberto Andrés Chandía Soto, Paula Verónica Münzenmayer Villalobos, Cristian Alfonso Münzenmayer Villalobos.

Nombre Tutor: Alvaro Andrés Compan Jimenez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Dermatofibrosarcoma protuberans (DFP): tumor maligno fibroblástico. Corresponde al sarcoma cutáneo más frecuente, se presenta frecuentemente en adultos entre 20 y 40 años. Tiende a presentarse como una lesión violácea en planos cutáneos superficiales de consistencia aumentada, crecimiento lento y habitualmente asintomática. Incidencia anual 0.8 - 5 por 1.000.000 habitantes.

Presentación del Caso: Paciente masculino, 26 años, con antecedente de DFP en cuero cabelludo operado el 2013, recidiva el 2015, vaciamiento cervical izquierdo el 2017 por adenopatía positiva en PET de control con biopsia negativa para tumor. Se mantiene en controles anuales con PET-CT normales. Paciente acude a control el 2020, destacan lesiones nodulares solevantadas circunscritas de 1cm de diámetro aproximadamente en cuero cabelludo, con biopsia positiva para DFP. Se realiza nuevo PET-CT en marzo del 2020 que no observó lesiones en cuero cabelludo ni focos hipermetabólicos; destacan adenopatías cervicales bilaterales, la mayor a derecha (grupo III derecho, 12mm en eje menor), hipermetabólica inespecífica. Dada evolución clínica, se decide ampliación de márgenes realizada en marzo del 2020. Biopsia postoperatoria informa márgenes positivos por lo que es nuevamente intervenido en mayo de 2020, aún en espera de resultado de biopsia. Paciente da su consentimiento para la presentación del caso.

Discusión: La mayoría de los DFP recidivan en los primeros tres años, sin embargo hasta 30% de los pacientes presentaron recurrencia 5 años después de la intervención, en dicho contexto, el seguimiento postoperatorio de estas lesiones cobra principal relevancia. Respecto a la periodicidad de dicho seguimiento no existe un claro consenso, nosotros recomendamos seguir, como ya se ha sugerido previamente, un seguimiento anual por al menos 10 años para pesquisar oportunamente eventual reincidencia de estas lesiones y así brindar un tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** *Dermatofibrosarcoma, Skin cancer, Scalp*

**Autor Responsable:** Alberto Andrés Chandía Soto. [alchandia@udec.cl](mailto:alchandia@udec.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Anemia aplásica adquirida idiopática refractaria a terapia inmunosupresora”**

**Código del trabajo: CC230**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Marcela Paz Cossio Lagos, Mónica Alejandra Cuevas Rodriguez, Camila Paz González Vera.

Nombre Tutor: Alexander Vega Marchant

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción** La anemia aplásica adquirida (AAA) es un trastorno poco frecuente y potencialmente mortal que se produce debido a la destrucción inmunomediada de las células madre hematopoyéticas. Se define por la asociación de pancitopenia con hipoplasia en la médula ósea, en ausencia de un infiltrado anormal o fibrosis. Se reporta una baja incidencia de 2-14 por millón al año. La etiología es desconocida en la mayoría de los casos.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 19 años sin antecedentes mórbidos. Consultó por cuadro de 25 días de evolución de equimosis en tórax, abdomen y extremidades inferiores (EE. II), de inicio espontáneo. Al examen físico presentaba petequias generalizadas mayores en EE. II, hepatoesplenomegalia y adenopatías cervicales bilaterales aumentadas de tamaño. Se solicitó hemograma que reveló pancitopenia severa. Se completó estudio etiológico de insuficiencia medular, sin lograr identificar la causa. Biopsia de médula ósea informó una celularidad del 5%, confirmando diagnóstico de anemia aplásica (AA). Se inició tratamiento inmunosupresor (TIS) con ciclosporina + prednisona, en espera de gamma globulina antitimocito de caballo (ATGAM), con regular respuesta, presentando episodios recurrentes de gingivorragia, epistaxis e infección, evolucionando a dependencia transfusional. Actualmente, a un año del diagnóstico, permanece con diagnóstico de anemia aplásica severa refractaria a TIS, sin posibilidades de trasplante de médula ósea alogénico.

**Discusión:** En los pacientes adultos-jóvenes y en AA severas se prefiere el trasplante de células madre hematopoyéticas de un donante hermano HLA-compatibles; no obstante, solo en el 30% de los casos es posible. El 70% restante es manejado con TIS combinada, tratamiento que se asocia a un 30% de refractariedad. Para pacientes refractarios, han emergido alternativas de manejo respaldadas por la evidencia, como el trasplante haploidéntico, danazol, eltrombopag y alemtuzumab.

**PALABRAS CLAVE:** *Anemia, Aplastic; Pancytopenias; Immunosuppression; Aplastic anemia, idiopathic*

**Autor Responsable:** Marcela Paz Cossio Lagos. marcep.cossio@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Angiofibrosarcoma nasal, hallazgo intraoperatorio, reporte de caso.”**

**Código del trabajo: CC231**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Paula Verónica Münzenmayer Villalobos, Alberto Andrés Chandía Soto, Cristian Alfonso Münzenmayer Villalobos.

Nombre Tutor: Thomas Wilhelm Schmidt Putz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Angiofibrosarcoma (AFS): raro y agresivo subtipo de sarcoma de tejido blando causado por células vasculares endoteliales. Corresponden a <1% de sarcomas de tejido blando. Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, con mayor predilección en piel. Aproximadamente 60% se presenta en cabeza y cuello. Presenta alta tasa de recurrencia y metástasis, con un pronóstico sombrío. La incidencia aumenta con la edad, frecuentemente presentándose entre los 60 y 71 años, sin predilección por sexo. La clínica depende de la ubicación de la lesión.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 40 años, sin antecedentes, consulta en urgencias en diciembre de 2019 por epistaxis recurrente de 1 mes de evolución con resoluciones momentáneas al uso de taponajes. Estudiado con nasofaringolaringoscopia que evidenció sangrado activo. Se programa para turbinectomía media, en intraoperatorio destacó hallazgo incidental de lesión de aspecto tumoral en cara lateral del cornete medio izquierdo, realizándose biopsia, informada como AFS de alto grado. Se completó estudio con tomografía computarizada contrastada de órbitas, macizo maxilofacial, cuello, tórax, abdomen y pelvis negativos para lesiones metastásicas. Para ampliar márgenes, se realiza maxilectomía medial endoscópica, realizando resección completa de cornete medio e inferior, pared lateral nasal y etmoidectomía completa con frontomía tipo 1 de Draf. Además de mucossectomía etmoidal y esfenoidal. Paciente cursó con buena evolución postoperatoria, sin complicaciones, actualmente realizando radioterapia adyuvante a lecho quirúrgico.

**DISCUSIÓN:** Los AFS son tumores agresivos, con supervivencia de 12-35% en 5 años. Presentan alta tendencia hacia la enfermedad metastásica multifocal. La diseminación es principalmente hematológica, temprana y agresiva, de ahí la importancia del diagnóstico precoz. Para mejorar la pesquisa, recomendamos correlacionar la clínica y antecedentes del paciente, especialmente si la respuesta a los tratamientos otorgados no se condicen con los diagnósticos diferenciales más frecuentes.

**PALABRAS CLAVE:** *Sarcoma, Incidental Findings, Epistaxis*

**Autor Responsable:** Paula Verónica Münzenmayer Villalobos. paulamunzen@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Enfermedad de Still de inicio en el adulto en un paciente con diarrea aguda”

**Código del trabajo: CC240**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Camila Paz González Vera, Marcela Paz Cossio Lagos, Mónica Alejandra Cuevas Rodríguez.

Nombre Tutor: Alexander Vega Marchant

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La enfermedad de Still es un raro trastorno inflamatorio sistémico, se caracteriza principalmente por fiebre, artralgias y rash cutáneo maculopapular asalmonado, aunque se puede presentar con diversas manifestaciones y complicaciones.

**Caso Clínico:** Masculino de 35 años sin antecedentes mórbidos previos. Con historia de 2 semanas de fiebre >39°C, odinofagia y artralgias, sin respuesta a terapia antibiótica indicada, quien posteriormente comienza con cuadro de deposiciones líquidas de mal olor, consultando en servicio de urgencias en regulares condiciones generales y diagnosticándose diarrea por *C. Difficile*. Durante hospitalización se evidencian peak febriles diarios y rash cutáneo concomitante, se inicia estudio de síndrome febril sin foco sin resultados patológicos, ante cuadro clínico característico se diagnostica enfermedad de Still y se inicia tratamiento con AINES y corticoterapia, presentando evolución favorable de la sintomatología. Actualmente se encuentra asintomático y sin tratamiento manteniendo controles periódicos.

**Discusión:** La enfermedad de Still es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas y no existen test diagnósticos para la confirmación. Se requiere una evaluación exhaustiva de las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio e imágenes en busca de descartar diagnósticos diferenciales. Los criterios de Yamaguchi son comúnmente utilizados para el diagnóstico. El tratamiento de primera línea consiste en AINES y glucocorticoides siendo efectivo para la mayoría de los pacientes. Otros tratamientos utilizados son los FARMES y terapias biológicas en casos más severos y refractarios.

**PALABRAS CLAVE:** *Fever, arthralgias, Still's Disease, Adult-Onset.*

---

**Autor Responsable:** Camila Paz González Vera. [camipazgv@gmail.com](mailto:camipazgv@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome nefrótico como presentación de amiloidosis primaria. Reporte de caso.”**

**Código del trabajo: CC241**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Gabriela Pia Mundaca Ferreira, Stefanie Sofía Lehnert Garbarini, Monserrat Antonia Cortés Arancibia.

Nombre Tutor: Armando Jose Núñez Angulo

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La amiloidosis primaria (AP) es un tipo de gammopatía monoclonal, caracterizada por el depósito de proteínas fibrilares solubles a nivel extracelular, siendo la amiloidosis primaria de cadena ligera (AL) la más frecuente. Con el tiempo la acumulación de amiloide provoca una disfunción orgánica grave. Su prevalencia aumenta con la edad, duplicándose en individuos de más de 65 años, con leve predominio del sexo masculino. La clínica es inespecífica y multisistémica; los órganos más afectados son riñón, con lesión glomerular que genera síndrome nefrótico, y corazón. El diagnóstico se realiza mediante el depósito de amiloide con tinción Rojo Congo (TRC) y se confirma por inmunofijación de proteínas. Se presenta este caso clínico para considerar la amiloidosis como diagnóstico diferencial en síndrome nefrótico, dado el mal pronóstico sin tratamiento.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 76 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial esencial y dislipidemia en tratamiento, consulta en el Hospital Regional De Antofagasta (HRA) por cuadro 3 meses de evolución caracterizado por anasarca, asociado a orinas espumosas y compromiso del estado general. Ingresa hemodinámicamente estable, hipertenso y con edema generalizado. Se realiza laboratorio básico evidenciando un síndrome nefrótico con proteinuria de 6928,2 mg en 24 horas. Se continúa estudio con imagenología renal, cadenas livianas libres en suero, inmunofijación de proteínas en sangre y orina compatible con gammopatía monoclonal. Biopsia renal con posterior TRC que confirma AL. Se inicia tratamiento con Prednisona con evolución favorable, por lo que es dado de alta con manejo ambulatorio por Hematología.

**DISCUSIÓN:** AL corresponde a una causa infrecuente de síndrome nefrótico, sin embargo, se presenta hasta en un 90% con compromiso renal, siendo ésta la manifestación inicial del paciente. Se debe sospechar precozmente por su sobrevida de hasta 12 meses sin tratamiento adecuado. Actualmente la terapia precoz garantiza una rápida recuperación y mejor supervivencia.

**PALABRAS CLAVE:** *Amyloidosis, Nephrotic Syndrome, Immunoglobulin Light Chains.*

**Autor Responsable:** Gabriela Pia Mundaca Ferreira. gabi.pia.88@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de Guillain-Barré variante Miller-Fisher, a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC245**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Jorge Andrés Muñoz Friz, Alberto Andrés Chandía Soto, Pablo Fernando Reyes Arellano.

Nombre Tutor: Enrique Tomás Werlinger Estay

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Guillain-Barré (SGB), corresponde a una polineuropatía aguda inmunomediada. El Síndrome de Miller-Fisher (SMF) es considerado una variante del SGB presentándose como una enfermedad paralizante monofásica aguda. Incidencia anual 1 por 1.000.000 habitantes, representando del 1 al 25% de todos los SGB. Más frecuente en hombres.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre, 29 años, sin antecedentes. Consultó por diplopía, debilidad muscular y micción dificultosa. Al examen físico destacó sopor, tetraparesia M3 simétrica, arreflexia, signo de Babinski y diplopía. Se solicita TAC de Cerebro contrastado y exámenes bioquímicos, sin alteraciones. Se instala catéter vesical y se hospitaliza en UTI iniciando Inmunoglobulina-intravenosa (IgIV) 30 gramos día por sospecha de SGB. Se realiza Punción Lumbar para estudios bioquímicos y panel viral resultando normales, se solicitan exámenes inmunológicos resultando todos normales, excepto ELISA para anti-GQ1b. Posteriormente, presentó insuficiencia respiratoria que requirió intubación. Al quinto día con IgIV sin mejoría clínica, solicitándose resonancia magnética contrastada de cerebro y columna sugerente de Polirradiculoneuropatía en raíces nerviosas. Ese día se inicia plasmaféresis hasta completar siete sesiones. Paciente presentó mejoría clínica manteniendo leve inestabilidad al deambular, siendo trasladado a cuidados básicos para observación, finalmente se decide alta para controles ambulatorios. Paciente otorgó consentimiento informado.

**DISCUSIÓN:** El SMF requiere elevado índice de sospecha, pues presenta múltiples diagnósticos diferenciales y una presentación clínica clásica caracterizada por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia, acompañado de la presencia de anti-GQ1b. Respecto al tratamiento, no existe consenso, recomendamos en caso de fracaso de terapia con inmunoglobulinas iniciar terapia con plasmaféresis por al menos 6 ciclos evaluando respuesta clínica

**PALABRAS CLAVE:** *Miller Fisher Syndrome - Plasmapheresis - Ophthalmoplegia - Spinocerebellar Ataxias - Reflex, Abnormal*

---

**Autor Responsable:** Jorge Andrés Muñoz Friz. jorgemunozf@udec.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Encefalitis subaguda por anticuerpos anti receptor de N-metil-D-aspartato, presentación atípica en pediatría”**

**Código del trabajo: CC248**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Melannie Gloria Ayala Aramayo, Luz María Salinas Sarmiento, Michaelle Jansin Jorquera Portilla.

Nombre Tutor: Victor Olivares Cerda

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La encefalitis por anticuerpos anti receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) es una enfermedad autoinmune de instalación subaguda. Clínicamente se manifiesta por trastornos neuropsiquiátricos y movimientos anormales como signos cardinales. La confirmación diagnóstica se basa en la presencia de anticuerpos antiNMDA (+).

**CASO CLÍNICO:** Escolar femenino de 9 años, previamente sana, consulta por cuadro de cefalea y vómitos explosivos, evolucionando a disartria en tres días. Del examen físico presenta prueba de pequeña paresia (+), de predominio braquial. Punción lumbar con presencia de leucocitos (100% mononucleares). Resonancia de Encéfalo con evento isquémico del lóbulo temporal y parcialmente lóbulos parietooccipital izquierdo. Evoluciona con deterioro progresivo del sensorio, afasia de expresión fluctuante y movimientos coreoatetósicos. Estudio viral en LCR positivo para Epstein Bar y Herpes Virus 7. Nueva Resonancia encefálica, una semana posterior a previa, informa nuevas lesiones, sin visualizar lesiones anteriores. Video Electroencefalograma con lentitud y actividad epileptiforme interictal hemisférica izquierda. Por sospecha clínica, se inicia inmunoglobulina y metilprednisolona, agregando luego plasmaféresis y rituximab. Responde lento y fluctuante, asociando comportamiento violento y alucinaciones. Estudio de LCR confirma anticuerpos antiNMDA.

**DISCUSIÓN:** La sospecha clínica y la experiencia del centro en este tipo de encefalitis, permitió el inicio precoz del tratamiento, incluso antes del estudio confirmatorio. Lo anterior determina un mejor pronóstico.

**CONCLUSIÓN:** La Encefalitis anti NMDA puede tener una presentación diferente a lo descrito clásicamente en la literatura, siendo la sospecha, diagnóstico y tratamiento oportuno la clave de su evolución.

**PALABRAS CLAVE:** *anti-n-methyl-d-aspartate receptor encephalitis, pediatrics, encephalitis, spinal puncture, human herpesvirus 7.*

**Autor Responsable:** Melannie Gloria Ayala Aramayo. ayala.melannie@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Sarcoma Sinovial Pulmonar como causa de Dolor Torácico Agudo - Reporte de un Caso”**

**Código del trabajo: CC249**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Margarita María Molinos Vergara, Raúl Katz Chamberlain, Matías Alejandro Del Canto Rojas.

Nombre Tutor: Nicolás Fernando Besser Pimentel

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Los Sarcomas Sinoviales (SS) son tumores del tejido conectivo de baja incidencia, caracterizados por la translocación t(X18)(p11;q11)(1). Corresponden al 5% de los sarcomas de tejidos blandos (2) y al 0,1-0,5% de los tumores pulmonares (1). Afecta principalmente a hombres jóvenes (3). Se ubican comúnmente en extremidades y de manera infrecuente a nivel intratorácico. Dado a que son tumores de rara ocurrencia, comportamiento agresivo y mal pronóstico, es un desafío el diagnóstico y tratamiento oportuno para mejorar la sobrevida de los pacientes.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 22 años, tabaquismo (IPA 0.6), sin antecedentes médicos. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de 3 horas de evolución de dolor torácico precordial izquierdo brusco, EVA 7/10, sin irradiaciones, asociado a tope inspiratorio. Al examen físico se aprecia buen estado general, hemodinámicamente estable, afebril y examen cardiopulmonar normal. Se descarta patología coronaria aguda y se realiza radiografía de tórax que destaca masa mediastínica superior izquierda ovalada de 10 x 8,5cm. Se realiza AngioTAC que describe tumor intrapulmonar sólido en lóbulo superior izquierdo de 9,4 x 5,8 x 9,7cm, sin adenopatías ni compromiso de estructuras adyacentes. Se decide alta y estudio ambulatorio. Se completa estudio de diseminación con PET CT con resultado negativo. Se decide toracotomía para extirpación de masa con lobectomía del lóbulo superior izquierdo. Biopsia con inmunohistoquímica concluye diagnóstico de Sarcoma Sinovial.

**DISCUSIÓN:** El SS pulmonar es un tumor infrecuente donde la clínica dependerá del compromiso de estructuras locales (1). Se presenta en la TAC de Tórax como una masa homogénea, bien circunscrita y solitaria, sin calcificaciones, compromiso óseo ni linfadenopatías (1). El gold standard diagnóstico es anatomopatológico, por medio de la demostración de la translocación t(X:18)(p11.2;q11.2). Actualmente, el uso del marcador inmunohistoquímico TLE1 ayuda a discriminar al SS de otros tumores de tejido blando(4).

**PALABRAS CLAVE:** *synovial sarcoma, pulmonary neoplasm, primary pulmonar synovial sarcoma, chest pain.*

---

**Autor Responsable:** Margarita María Molinos Vergara. mmmolinos@miuandes.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Endometrioma roto, causa de abdomen agudo: Reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC251**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Bayron Andres Moreno Ortiz, Felipe Eduardo Pavez Sotelo, Micaela Paz Moreira Manns.

Nombre Tutor: María Verónica Cardenas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El desafío de diagnosticar la causa de un abdomen agudo quirúrgico puede ser compleja inicialmente. Las causas ginecoobstétricas que requieren mayor cuidado es descartar un embarazo ectópico roto, debido a que puede llegar a causar inestabilidad hemodinámica. Dentro de los otros diferenciales en la mujer se encuentran las rupturas de quistes ováricos, los cuales son frecuentes en la edad reproductiva. Existen quistes fisiológicos y patológicos en donde se encuentran los endometriomas, los cuales son una masa quística que surge del tejido endometrial ectópico dentro del ovario.

**Caso clínico:** Paciente de 20 años, nuligesta, con historia de consultas previas repetidas por dismenorrea. Ingres a urgencia con cuadro agudo de dolor hipogástrico, hace 2 horas de evolución, sin irradiación, sin fiebre. Al examen físico destaca signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destaca PCR elevada sin leucocitosis. Se solicita TAC Abdomen y Pelvis que revela lesión de aspecto quístico dependiente del anexo derecho. Ingres a pabellón para laparotomía exploradora para su resolución. En el intraoperatorio evidencia endometrioma ovárico derecho roto, de 8 cm con salida de contenido achocolatado adherido a útero, ovario izquierdo, fondo de saco uterino y a recto. En contexto de múltiples adherencias se decidió sólo realizar drenaje del quiste y aseo de cavidad. Paciente presenta buena evolución en postoperatorio, sin complicaciones. Se decide alta en su tercer día con control ambulatorio.

**Discusión:** Si bien algunos autores opinan que la ruptura de quiste sin complicaciones se recomienda manejo expectante, en este caso se debía definir la causa de la sintomatología y, en contexto del tamaño y debido a que según la literatura los endometrioma rotos se asocian a hemorragias significativas, tenía indicación quirúrgica exploratoria.

**Conclusión:** La anamnesis ginecoobstetrica es relevante en todo caso de abdomen agudo, debido a lo frecuente que son estas patologías, los cuales pueden llevar a cambiar el manejo posterior.

**PALABRAS CLAVE:** *Ovarian cyst, endometrioma, acute abdomen.*

**Autor Responsable:** Bayron Andres Moreno Ortiz. bayron.moreno94@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “COLANGITIS ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo:** CC252

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Paula Alejandra De La Rosa Acuña, César Antonio Espinoza Pineda, Bruno Alonso Merino Nievas.

Nombre Tutor: Juan Pablo Sotomayor Herrera

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La colangitis asociada a infección por VIH produce afectación de la vía biliar, con estenosis y obstrucción, secundario a infecciones oportunistas. Generalmente se presenta con linfocitos T-CD4 <1001. Su prevalencia fue de 25% en pacientes VIH en etapa SIDA, antes de la terapia antiretroviral (TAR). Se presenta con dolor en hipocondrio derecho, fiebre e ictericia. El diagnóstico es imagenológico y el tratamiento es endoscópico con esfinterotomía y/o instalación de prótesis.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente masculino de 32 años, con antecedente de VIH diagnosticado hace 10 años con mala adherencia al tratamiento. Presenta dolor en hipocondrio derecho irradiado a dorso, de un mes de evolución, asociado a ictericia, coluria, prurito. En las últimas 48 horas se agrega fiebre. Al examen físico destaca ictericia de piel y mucosas, candidiasis orofaríngea, signos de grataje y dolor a la palpación en hipocondrio derecho e hipogastrio. Exámenes destaca hiperbilirrubinemia directa, serología hepatitis B no reactivo, linfocitos T-CD4 14, carga viral citomegalovirus elevada. Se ajusta TAR y profilaxis. Se hospitaliza para estudio. Tomografía computarizada de abdomen con contraste: edema parietal de colédoco. Resonancia magnética: masa obstructiva en la confluencia de los conductos hepáticos. Colangiopancreatografía: se coloca prótesis biliar plástica. Paciente evoluciona de manera favorable.

**DISCUSIÓN:** La colangitis por VIH es una patología infrecuente en la era de la TAR, sin embargo, este trabajo intenta mostrar la importancia de la adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH ya que las complicaciones e infecciones oportunistas son una realidad actual.

**CONCLUSIÓN:** La colangitis asociada a VIH no sólo está relacionadas a inmunosupresión, sino también al tratamiento recibido y a la coinfección por VHB y/o VHC2. El diagnóstico de estas complicaciones implica la diferenciación del compromiso intra o extrahepático y el grado de inmunosupresión. El estudio debe incluir pruebas hepáticas, recuento de linfocitos T-CD4 e imágenes, para plantear las principales posibilidades diagnósticas.

**PALABRAS CLAVE:** HIV INFECTION, CHOLANGITIS, JAUNDICE.

**Autor Responsable:** Paula Alejandra De La Rosa Acuña. paulaalejandrailra@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Rotura uterina en embarazo con utero doble: Reporte de Caso”

**Código del trabajo:** CC253

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Bayron Andres Moreno Ortiz, Valentina Paz Milla Almonte, Cassandra Anisis Numi Malermo.

Nombre Tutor: María Verónica Cardenas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La incidencia de anomalías uterinas congénitas en mujeres en edad fértil se estima en 1 por cada 600 a 2000 embarazos, sin embargo es difícil de estimar. Entre las más frecuentes son útero septado, bicorne, arcuato, didelfo (doble), unicornes e hipoplasia uterina. Es relevante debido a que presentan diferentes complicaciones tanto obstétricas como maternas.

**Caso clínico:** Primigesta de 22 años, cursando un embarazo de 12 semanas, sin antecedentes mórbidos, consulta a urgencia por cuadro de dos días de evolución de clínica, examen físico y laboratorio compatible con pielonefritis aguda. Se realiza ecografía transvaginal informada como feto único, con LCF (+), Obs útero doble. Se hospitaliza para tratamiento antibiótico endovenoso. En su segundo día de hospitalización, evoluciona con dolor abdominal intenso con signos de irritación peritoneal. Se realiza ecografía TV que evidencia abundante líquido libre compatible con hemoperitoneo, no se visualiza embarazo, por lo cual se somete a laparotomía exploradora de urgencia. En pabellón se evidencia hemoperitoneo extenso asociado a rotura de hemiútero, con feto obitado en cavidad abdominal, por lo que se decide realizar hemihisterectomía derecha y transfusión glóbulos rojos y se deriva a UTI por regulares condiciones generales. Se realiza traslape antibiótico oral, evoluciona en buenas condiciones generales, egresando de UTI al segundo día. Se mantiene un día en sala y se da posteriormente de alta con control ambulatorio.

**Discusión:** La incidencia de útero didelfo es rara, algunos estudios demuestran un 0.3% en la población general. Comúnmente las principales complicaciones son infertilidad, abortos recurrentes, partos prematuros. La complicación más temida es la rotura uterina, en donde el riesgo aumenta a medida que avanza el embarazo y puede llegar a comprometer la vida materna.

**Conclusión:** La pesquisa precoz de malformaciones uterinas son de vital importancia para definir el manejo y pronóstico posterior, y a la vez advertir sobre posibles secuelas obstétricas y comorbilidades asociadas.

**PALABRAS CLAVE:** *Double uterus, Uterine rupture, Hemoperitoneum*

**Autor Responsable:** Bayron Andres Moreno Ortiz. bayron.moreno94@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “INFARTO ESPLÉNICO COMO PRIMERA MANIFESTACION DE FIBRILACION AURICULAR: REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo:** CC254

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Paula Alejandra De La Rosa Acuña, César Antonio Espinoza Pineda, Bruno Alonso Merino Nievas.

Nombre Tutor: Juan Pablo Sotomayor Herrera

---

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El infarto esplénico (IE) ocurre cuando la arteria esplénica o una de sus ramas se ocluyen por embolo o trombo. Es poco reportado en la literatura, siendo más frecuente en endocarditis bacteriana, trastornos hematológicos y en menor medida fibrilación auricular (FA) . La clínica de presentación es dolor en hemiabdomen izquierdo. El diagnóstico con tomografía computarizada (TC) de abdomen. El tratamiento depende de la causa.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de daño hepático crónico alcohólico, Enfermedad renal crónica, nefrectomía radical derecha por tumor renal. Consulto por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo irradiado a fosa lumbar y flanco ipsilateral, insidioso y progresivo. Sin otros síntomas. Ingresa a servicio de urgencias hipertenso y taquicárdico. Al examen físico destaca dolor a la palpación en fosa lumbar izquierda. Exámenes de ingreso destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo, Proteína C Reactiva elevada, trombocitopenia. TC abdomen y pelvis con contraste: IE. Hipertensión portal con esplenomegalia y circulación colateral. Se hospitaliza e inicia anticoagulación con heparina no fraccionada, hidratación y analgesia. Posteriormente se pesquia ritmo irregularmente irregular, con soplo sistólico en foco mitral III/VI. Electrocardiograma: FA con respuesta ventricular rápida. Ecocardiograma transtorácico: estenosis aortica moderada, aurícula izquierda moderadamente dilatada, ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica, fracción de eyección preservada e insuficiencia mitral leve. Evoluciona favorablemente y se decide alta con tratamiento anticoagulante y control de ritmo.

**DISCUSIÓN:** El IE es raro, y la FA debe sospecharse como causa, incluso en ausencia de arritmia en el electrocardiograma. Nuestro caso clínico demuestra que ante un infarto esplénico se debe sospechar incluir en el estudio etiológico fenómenos tromboembólicos, endocarditis bacteriana y neoplasia subyacente.

**CONCLUSIÓN:** El IE es poco común. Puede cursar con clínica característica o ser un hallazgo imagenológico. Debe sospecharse un fenómeno embólico en ausencia de otras enfermedades para iniciar el tratamiento anticoagulante.

**PALABRAS CLAVE:** ATRIAL FIBRILLATION, SPLENIC INFARCT, THROMBOEMBOLIA

**Autor Responsable:** Paula Alejandra De La Rosa Acuña. paulaalejandradlra@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE/CIRROSIS BILIAR PRIMARIA DE PRESENTACIÓN SERONEGATIVA: REPORTE DE CASO”

**Código del trabajo:** CC261

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Fernanda Alejandra Castro-Méndez López, Valentina Natalia Novoa Velázque, Catalina Paz Henzi Gómez.

Nombre Tutor: Cesar Navea Salinas

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de superposición (SSP) corresponde a la condición en que dos enfermedades hepáticas autoinmunes coexisten simultáneamente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 37 años, sin antecedentes mórbidos, no refiere alergias, consumo de fármacos o alcohol. Presenta cuadro de 1 año de evolución caracterizado por compromiso del estado general, fatiga, anorexia y baja de peso progresivos. Al consultar destaca examen físico normal con IMC 24. En el laboratorio destaca alteración del perfil hepático de predominio inflamatorio con bilirrubina total 2,36mg/dL, Bilirrubina directa 1.68mg/dL, FA 168U/L, GGT 169U/L, GOT 706U/L, GPT 893U/L, INR normal en 1.1. Serología VHA, VHB y VHC negativas. Anticuerpos antinucleares, anti músculo liso, anti mitocondriales, anti LKM1 y anti citoplasma de neutrófilos negativos, recuento de inmunoglobulinas G, M y A normal, ferritina y saturación de transferrina normales. Ecografía abdominal describe hepatopatía crónica con vías biliares de calibre normal y colangioresonancia que describe edema de espacios porta con sutil edema de pared vesicular. Se realiza biopsia hepática, hepatitis de interfase y compromiso ductal compatible con SSP: cirrosis biliar primaria (CBP) con hepatitis autoinmune (HAI). Se inicia tratamiento con ácido ursodeoxicólico, budesonida y azatioprina. Evolucionan con mejoría sintomática y normalización completa de pruebas hepáticas. Actualmente se mantiene tratamiento con ácido ursodeoxicólico y azatioprina.

**DISCUSIÓN:** Se describe hasta en el 8 y 9% de concomitancia entre HAI y CBP. A su vez, 10 a 25% de HAI y 5 a 10% de CBP respectivamente se presentan de forma seronegativa. Este caso describe dos condiciones histológicas con estudio de anticuerpos negativo, pero al aplicar los criterios de Chazouillères y cols resulta concordante con diagnóstico de SSP y que tras recibir terapia acorde al diagnóstico histológico presenta respuesta significativa.

**CONCLUSIÓN:** La realización de un estudio completo en SSP es imprescindible dado a las implicancias pronósticas y terapéuticas de ambas condiciones.

**PALABRAS CLAVE:** *overlap syndrome, autoimmune hepatitis, primary biliary cirrhosis, liver tests.*

**Autor Responsable:** Fernanda Alejandra Castro-Méndez López. fer.cml20@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Hernia diafragmática tardía secundaria a lesión traumática. A propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC262

**Área:** Cirugía Adultos

Autores: Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman, Paulina Pilar Calzada Olave, Carolina Andrea Bendek Venegas.

Nombre Tutor: Javier Hurtado Sejas

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Las hernias diafragmáticas (HD) se definen como el paso del contenido abdominal a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se clasifican en congénitas o adquiridas por trauma. La HD traumática es una entidad poco común. Hasta un 30% se presenta de manera tardía, con periodo de intervalo entre la injuria y la presentación desde 24 horas hasta 50 años.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 21 años, con antecedente de lesión torácica inferior izquierda por arma blanca hace 2 años. Consulta por cuadro de dolor abdominal de 2 días de evolución en hemiabdomen superior izquierdo, asociado a tos seca, disnea con tope inspiratorio y vómitos. Ingresa con hemodinamia estable, taquicárdico y afebril. Al examen físico destaca disminución del murmullo pulmonar inferior izquierdo. Abdomen distendido y doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, ruidos intestinales presentes, sin signos de irritación peritoneal. Por sospecha de obstrucción intestinal se realiza tomografía computada de abdomen que informa íleo mecánico con cambio de calibre en relación a HD posterior izquierda complicada. Se decide resolución quirúrgica por toracotomía izquierda, se reduce contenido colónico vital y se repara defecto herniario. Evoluciona favorablemente con alta al séptimo día post operatorio.

**Discusión:** La HD traumática tardía es poco frecuente, pudiendo ser secundaria a trauma cerrado o penetrante. Se presenta con complicaciones en 80% de los casos, constituyendo una urgencia quirúrgica. Se manifiesta con sintomatología respiratoria aguda y gastrointestinal como obstrucción intestinal o abdomen agudo, haciendo su sospecha un desafío, debido a su amplio espectro clínico. Dentro del estudio radiológico la tomografía computarizada posee mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, permitiendo demostrar además posibles complicaciones y necrosis.

**Conclusión:** La HD debe tomarse en cuenta como diagnóstico, frente a traumatismos torácicos o abdominales de larga data, logrando así disminuir sus complicaciones mediante un tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** *Hernia diafragmática traumática, Traumatic diaphragmatic Hernia, Diagnóstico tardío, Tomography.*

**Autor Responsable:** Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman. jhasmin.hg@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “SÍNDROME RIÑÓN PULMÓN EN DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO”

**Código del trabajo: CC274**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Catalina Paz Henzi Gómez, Valentina Natalia Novoa Velásquez, Fernanda Alejandra Castro-Méndez López.

Nombre Tutor: Fernando Maulen Gomez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Síndrome riñón pulmón (SRP) corresponde a la aparición de hemorragia alveolar difusa acompañada de glomerulonefritis rápidamente progresiva, siendo su incidencia de 10 casos/millón de habitantes/año. La clínica característica incluye tos, disnea, hemoptisis, dolor pleurítico y hematuria que pueden ocurrir con semanas o meses de diferencia, y su aparición se relaciona en general, con la presencia de trastorno autoinmunitario subyacente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 32 años con antecedente de hipertiroidismo y púrpura trombocitopénica autoinmune, presenta cuadro de disnea que inicia súbitamente en reposo, acompañada de tos con expectoración mucosa y escasas estrías sanguinolentas, sensación febril y escalofríos. Le anteceden dos episodios de iguales características diagnosticados y tratados como neumonía atípica. Durante hospitalización evoluciona con insuficiencia renal aguda oligúrica AKIN II y compromiso respiratorio progresivo que lleva a realizar intubación electiva, visualizándose salida de sangre por tubo endotraqueal. Se concluye cuadro de hemorragia alveolar y se solicita estudio de anticuerpos: dilución ANA 1/320, Anti DNA 1/20, ANCA positivo, Complemento C3 y C4 bajos que hacen sospechar Lupus Eritematoso Sistémico. Biopsia renal no concluyente por mala calidad de la muestra.

**DISCUSIÓN:** Los datos de ingreso y la evolución clínica permiten concluir SRP de etiología lúpica. Sin embargo, se plantea que una etiología autoinmune siempre debe ser descartada en un paciente con cuadros respiratorios a repetición y antecedente de enfermedad autoinmune.

**CONCLUSIÓN:** Debido a que SRP tiene mortalidad del 25-70% y que sugiere una serie de diagnósticos diferenciales de importancia, su estudio e inicio de terapia multidisciplinaria con corticoides sistémicos e inmunosupresores de forma oportuna, son mandatorios.

**PALABRAS CLAVE:** *kidney lung síndrome, sistemic lupus erythematosus, atypical pneumonia*

**Autor Responsable:** Catalina Paz Henzi Gómez. cata.gonza@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Meningitis de Mollaret: un caso atípico”

**Código del trabajo: CC277**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Michaelle Jansin Jorquera Portilla, Melannie Gloria Ayala Aramayo, Luz María Salinas Sarmiento.

Nombre Tutor: Francisco Salvador Sagüez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La Meningitis de Mollaret es un cuadro infrecuente de afección recurrente del sistema nervioso central ocasionado por fenómenos autoinmunes o por virus herpes simplex (VHS) tipos 1 y 2, siendo este último más frecuente. En un 50% de casos vinculado a infección genital.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 50 años con historia de migraña y antecedente de meningitis hace 20 años, presenta cefalea refractaria a tratamiento, con TAC de cerebro normal. En tercera visita a urgencias se realiza punción lumbar luego de fiebre menor a 24 horas de duración y leves signos de irritación meníngea, obteniéndose LCR anormal, positivo para VHS-2. Resonancia cerebral con ectasia de ventrículos laterales y cambios involutivos no acordes a la edad. Repetidos EEG con brotes de actividad lenta de amplio voltaje asociados a actividad epileptiforme difusa, sin embargo, no tuvo crisis epilépticas clínicas. Recibió tratamiento con aciclovir vía endovenosa durante un mes y valaciclovir durante dos semanas más, ante persistencia de cefalea, aparición de alteraciones cognitivas leves y escasa mejoría en parámetros de LCR. También recibió dexametasona endovenosa por cinco días. Se utilizó Topiramato como antiepiléptico y para tratamiento de las cefaleas. Evolución con mejoría lenta, pero completa. A los 6 meses normalización del EEG.

**DISCUSIÓN:** Este caso difiere ampliamente en su evolución en comparación a casos típicos descritos como Meningitis de Mollaret, ya que la infección no fue autolimitada y requirió tratamiento prolongado. Sin embargo, coincide con reportes previos en la recurrencia y etiología por VHS-2. El importante compromiso encefálico documentado por los EEG puede ser responsable del curso clínico prolongado.

**CONCLUSIÓN:** La meningitis recurrente por VHS-2, llamada también Meningitis de Mollaret, podría no tener un curso autolimitado y breve en algunos pacientes. Los síntomas clínicos aparentemente leves pueden ser persistentes y los estudios paraclínicos pueden evidenciar afección encefálica relevante.

**PALABRAS CLAVE:** *Meningitis, spinal puncture, headache, human herpesvirus 2, aseptic meningitis*

**Autor Responsable:** Michaelle Jansin Jorquera Portilla. michaelle.jorquerap@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “QUISTE DERMOIDE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES RETROAURICULARES”

**Código del trabajo:** CC285

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Belén Francisca Corvalán Avendaño, Carolina Uberlinda Carvajal Calderón, Gabriel Alejandro Dávila Contreras.

Nombre Tutor: Gabriel Aedo Inostroza

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Los quistes dermoides son lesiones subcutáneas congénitas benignas que usualmente se distribuyen a lo largo de las líneas de fusión embrionarias de los procesos faciales o del eje axial. Se localizan frecuentemente sobre la fontanela anterior, bregma, zona superior y lateral de la frente. Clínicamente se describen como nódulos subcutáneos de entre 1 a 4 cm, de consistencia elástica, crecimiento lento y asintomático. Si bien la transformación maligna de estas lesiones es excepcional, debe descartarse malignidad especialmente en pacientes adultos.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por lesión retroauricular derecha de larga data, sin síntomas asociados. Al examen físico se palpa un nódulo retroauricular de 2x0.5 cm de consistencia líquida, bien delimitado, no adherido a planos profundos. Se solicita ecotomografía que informa imagen hiperecogénica al tejido adiposo, avascular sugerente de lipoma. Se decide extirpación y biopsia de lesión. Durante escisión destaca estructura quística con contenido líquido citrino y pelos en su interior. El estudio histológico evidencia lesión quística revestida de epitelio escamoso estratificado, con contenido de folículos pilosos, glándulas sebáceas y músculo liso compatible con quiste dermoide asociado a reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño.

**Discusión:** Dentro del enfrentamiento clínico de una lesión nodular retroauricular resulta fundamental el apoyo diagnóstico a través de estudios imagenológicos, debido a la amplia gama de diagnósticos diferenciales, ya que muchos tumores dérmicos y subcutáneos producen lesiones similares tales como: quiste epidérmico, quiste triquilemal, lipoma, pilomatrixoma, entre otros. En el caso de nuestro paciente, la ecotomografía sugirió la presencia de lipoma, sin embargo, el diagnóstico definitivo se obtuvo mediante la biopsia.

**Conclusiones:** Debido a la gran diversidad de diagnósticos diferenciales frente a lesiones tumorales retroauriculares, resulta fundamental utilizar estudios imagenológicos como apoyo al diagnóstico clínico, nunca olvidando que el diagnóstico definitivo se logra mediante el estudio histológico.

**PALABRAS CLAVE:** *Dermoid cyst, retroauricular lesion, differential diagnosis, histological diagnosis.*

**Autor Responsable:** Belén Francisca Corvalán Avendaño. belen.corvalan@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “SÍNDROME DE DRESS SECUNDARIO A USO DE FENITOÍNA EN LACTANTE DE 14 MESES DE EDAD”

**Código del trabajo: CC287**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Catalina Paz Henzi Gómez, Valentina Natalia Novoa Velásquez, Michaelle Jansin Jorquera Portilla.

Nombre Tutor: Fernando Maulen Gomez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción de hipersensibilidad grave e infrecuente a medicamentos, en su mayoría anticonvulsivantes. Los criterios diagnósticos son la sospecha de una reacción medicamentosa, eosinofilia y/o linfocitos atípicos en sangre periférica y afectación de dos o más órganos internos, incluida la piel. La incidencia estimada de este síndrome varía de 1/1000 a 1/10,000 en los pacientes expuestos a medicamentos.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Lactante masculino con antecedente de microcefalia y epilepsia diagnosticada hace 2 meses que persiste con crisis a pesar de tratamiento con levetiracetam 190ml cada 12 horas, inicia cuadro caracterizado por fiebre, tos, rinorrea y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas. A su ingreso TAC cráneo encefálico y punción lumbar sin alteraciones, por lo que se indica dosis de carga y mantención de fenitoína junto con aumentar dosis de levetiracetam a 46mg/kg/día. Paciente se mantiene febril sobre 38°C e inicia erupción cutánea máculo-papular eritematosa en tronco y cara que se generaliza en 24 horas con lesiones purpúricas en extremidades inferiores. Hemograma evidencia leve leucocitosis y eosinofilia 15% que aumenta a 19% en cuatro días con compromiso de circulación distal. Inmunología indica dos pulsos de inmunoglobulina más metilprednisolona y suspensión de fenitoína por sospechar síndrome DRESS, sin embargo, el paciente ya presentaba necrosis de las 4 extremidades cuya única resolución fue la amputación.

**DISCUSIÓN:** En este caso, el síndrome de DRESS fue asociado a fenitoína, fármaco anticonvulsivante aromático que tiene una incidencia del 4%. Debido a su mortalidad de hasta 10%, debe tenerse un alto índice de sospecha clínica en poblaciones usuarias de estos fármacos. Su manejo consiste en suspender el fármaco, medidas de soporte y corticosteroides por tiempos prolongados.

**PALABRAS CLAVE:** *DRESS syndrome, Phenytoin, Hypersensitivity reaction.*

**Autor Responsable:** Catalina Paz Henzi Gómez. cata.gonza@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome febril y poliartralgias: una variante de sarcoidosis aguda. A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC290**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Carlos Ignacio Quilodrán Ruiz, Maria Ignacia Retamal Barahona, Angela Renata Devoto Caceres.

Nombre Tutor: Felipe Quilodrán Ruiz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de etiología desconocida caracterizada por acumulación de linfocitos T, fagocitos mononucleares y granulomas no caseificantes en los tejidos involucrados. El síndrome de Löfgren se define por la presencia de eritema nodoso, adenopatías hiliares e inflamación articular.

**Resumen:** Paciente masculino de 49 años sin antecedentes, consulta en unidad de emergencia adulta Hospital Carlos Van Buren el 11/10/18 por cuadro de 1 mes de evolución: Astenia, adinamia, fiebre de predominio nocturno, diaforesis, poliartralgias de grandes articulaciones, asociada a lesiones solevantadas, eritematosas y dolorosas a la palpación de 1 semana de evolución en cara anterior de extremidades inferiores. Al examen físico destaca Sinovitis de ambos tobillos y Paniculitis en el tercio inferior de ambas piernas. Al estudio microbiológico, inmunológico y serológico no destacan hallazgos, sin embargo, al TC tórax se observan múltiples adenopatías mediastínicas. Se realiza tratamiento sintomático con AINEs y colchicina con una respuesta parcial. Evaluado por Reumatología dado síndrome febril prolongado en estudio, se solicita estudio histológico para descartar síndrome linfoproliferativo Biopsia de adenopatías mediastínicas por VATS: Linfadenitis granulomatosa sarcoidótica. El paciente es finalmente manejado con corticoterapia con muy buena respuesta. Al año de control del alta no presenta síntomas, alteraciones al laboratorio ni adenopatías mediastínicas.

**Discusión:** Diagnostico difícil a realizar, considerando distintas etiologías a descartar, además considerando niveles de ECA normales en este caso, alejándonos del diagnóstico de sarcoidosis. Afortunadamente, en el caso de la sarcoidosis aguda, el pronóstico es bueno y evoluciona sin mayores complicaciones para el paciente pese a la demora diagnóstica.

**Conclusión:** El adecuado abordaje desde el ingreso y una buena coordinación entre los distintos equipos de especialistas son vitales cuando el estudio inicial no da respuestas. Estudio histológico fundamental sobre todo para descarte de patologías con peor pronóstico.

**PALABRAS CLAVE:** *Lymphadenopathy, Sarcoidosis, erythema nodosum*

**Autor Responsable:** Carlos Ignacio Quilodrán Ruiz. quilodran.ci@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Ruptura de aneurisma poplíteo gigante, emergencia quirúrgica.”**

**Código del trabajo: CC297**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Rocío Macarena Castro Venegas, Javiera Denisse Faret Contreras, Javiera Sofía Agouborde Kuncar.

Nombre Tutor: Diego Ardiles Lopez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El aneurisma de la arteria poplítea (AAP) constituye la segunda ubicación más frecuente de aneurismas verdaderos luego de los aórticos, con una incidencia estimada de 0,1-1%, siendo más común en hombres de 65 a 80 años. Su presentación como ruptura aneurismática ocurre en el 2% de los casos con consecuencias catastróficas que amenazan la extremidad y la vida del paciente.

**CASO CLÍNICO:** Hombre de 72 años, antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presentó historia de dos semanas de evolución de dolor y aumento de volumen en extremidad inferior izquierda. Al examen se objetiva pulso poplíteo amplio y ausencia de pulsos distales. Al laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios, anemia severa y falla renal aguda. Angiotomografía computada: AAP de 6 cms de diámetro con signos de ruptura y gran hematoma circundante. Presentó deterioro hemodinámico súbito posterior al estudio imagenológico. A la exploración quirúrgica de urgencia, se constató gran AAP roto, con hematoma parcialmente organizado. Se realizó bypass femoro- poplíteo infra-articular con prótesis ante ausencia de conducto venoso adecuado, más fasciotomía de los compartimientos de la pierna.

**DISCUSIÓN:** El APP suele ser asintomático, pero puede presentar fenómenos de trombosis local o tromboembolismo distal, que se manifiestan como isquemia aguda o enfermedad arterial periférica en sus distintos grados. Infrecuentemente se presenta como ruptura, cuyo riesgo aumenta significativamente a mayor tamaño aneurismático. El diagnóstico del AAP roto es fundamentalmente clínico-imagenológico, siendo la arteriografía el estudio gold standard. El tratamiento es quirúrgico, consta del control del sangrado, exclusión del aneurisma y revascularización con conducto autólogo o protésico. Una alternativa de tratamiento es la cirugía endovascular, que ha ganado terreno con resultados similares a la cirugía clásica. Se describe en la literatura una tasa de amputación de hasta 30%, con mortalidad perioperatoria de hasta 11% para ambos procedimientos.

**PALABRAS CLAVE:** *Hematoma, Popliteal artery, Ruptured aneurysm.*

**Autor Responsable:** Rocío Macarena Castro Venegas. [mcv.rocio@gmail.com](mailto:mcv.rocio@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “SINDROME DE CIMITARRA COMO CAUSA DE NEUMONIA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO”

**Código del trabajo:** CC307

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Catalina Andrea Díaz Papapietro, Esteban Ignacio Romero Hernández, -.

Nombre Tutor: Francisca Valenzuela Hapette

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El síndrome de la cimitarra es una anomalía congénita donde la vena pulmonar derecha drena directamente en la vena cava inferior, hipoplasia del pulmón derecho y dextrocardia (1, 2, 3). Puede acompañarse de anomalías bronquiales (3). Tiene una incidencia estimada de 1 a 3 por cada 100 000 nacidos vivos preferentemente en sexo femenino (1). Su presentación clínica que puede variar desde asintomático a hipertensión pulmonar(1). Su nombre se a la similitud de la imagen radiologica del drenaje venoso anómalo con una espada turca (cimitarra) (3).

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino lactante menor de 8 meses sin antecedentes mórbidos conocidos. Es hospitalizada en Hospital Pediátrico Luis Calvo Mackenna por neumonia adquirida en la comunidad, con diagnóstico clínico y radiológico, que requiere oxigenoterapia. La paciente evoluciona de forma lenta y tórpida, por lo que se solicitó nueva radiografía de torax para descartar complicación de la neumonia. Se observó con claridad imagen en cimitarra y dextrocardia. El estudio con angioTC de torax y abdomen confirmó drenaje venoso anómalo e hipoplasia del pulmón derecho. Al interrogatorio dirigido destaca disnea leve durante lactancia pero sin restricción de tiempo de lactancia y reticulado cutáneo ocasional durante periodos anteriores de resfrío. La paciente evolucionó con mejoría de su neumonia adquirida en la comunidad. Se derivó a equipo de cardiología para completar estudio y definir conducta.

Conclusión: El síndrome de la cimitarra es un diagnóstico de ingreso poco frecuente. La asociación de malformaciones congénitas, pueden reducir la capacidad de respuesta del paciente frente a situaciones de estrés, como es el caso de esta paciente, cuyo curso clínico de la neumonia tuvo un weaning de oxígeno más lento de lo esperado que indujo a control radiológico que permitió diagnóstico. Elementos de sospecha diagnóstica en pacientes pediátricos pueden ser neumonías a repetición o con evolución tórpida, defectos en ganancia pondoestatural y signos de insuficiencia cardíaca.

**PALABRAS CLAVE:** *Scimitar syndrome, dextrocardia, neumonia, infant*

**Autor Responsable:** Catalina Andrea Díaz Papapietro. catalinadiaz@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Presentación atípica de apendicitis aguda en adulto mayor. A propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC314**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman, Leyla Victoria Chaban Carrasco, Carolina Andrea Bendek Venegas.

Nombre Tutor: Javier Hurtado Sejas

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, causada por obstrucción de su lumen. Su presentación clásica ocurre entre los 20 y 30 años, el diagnóstico es clínico y el tratamiento quirúrgico (apendicectomía). La presentación clínica en adultos mayores es infrecuente, variando entre 1-2% y se asocia a mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo en tratamiento. Consulta en 3 ocasiones por cuadro de 1 semana de evolución de dolor abdominal difuso asociado a distensión abdominal, náuseas y vómitos. Ingresa con hemodinamia estable y afebril. Destaca abdomen distendido, ruidos intestinales presentes, doloroso a la palpación, con signos de irritación peritoneal. Laboratorio de ingreso muestra elevación de parámetros inflamatorios, falla renal aguda, e hipernatremia. Se solicita estudio con tomografía computada de abdomen destacando acentuada pelviperitonitis y proceso apendicular con perforación contenida. Bajo el diagnóstico de peritonitis apendicular, se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de apéndice necrótica y aplastronada. Por mala evolución clínica se traslada a unidad de paciente crítico.

**Discusión:** La apendicitis es una entidad clínica que ocurre principalmente en jóvenes, con clínica clásica de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas, vómitos y signos de irritación peritoneal. La presentación atípica ocurre principalmente en pacientes adultos mayores, con un cuadro larvado de dolor abdominal difuso y leve, con o sin signos de irritación peritoneal. Su presentación en ancianos suele ser grave, debido al riesgo de complicaciones como perforación, que varía entre un 40-80% y mortalidad asociada del 15% si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

**Conclusión:** La apendicitis aguda es infrecuente en ancianos, pero debe sospecharse en contexto de dolor abdominal y debido a su alto riesgo de complicaciones, resulta fundamental el diagnóstico y manejo precoz.

**PALABRAS CLAVE:** *Apendicitis, Anciano, Appendicitis, Aged, abdominal pain.*

**Autor Responsable:** Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman. Jhasmin.hg@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Malformaciones de Chiari I: Sospecha y manejo a partir de un caso clínico”**

**Código del trabajo: CC315**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Micaela Paz Moreira Manns, María José Rosen Petersen, Alberto Gabriel Lagos Arriaza.

Nombre Tutor: Victor Ivo Monreal Eloaiza

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Las malformaciones de Chiari son afecciones congénitas que se definen por anomalías anatómicas de la unión craneocervical con desplazamiento hacia abajo de las estructuras cerebelosas. La malformación de Chiari I (MC I) se caracteriza por amígdalas cerebelosas que se desplazan anormalmente por debajo del foramen magnum. Este tipo es el más común de las malformaciones de Chiari.

**Caso Clínico:** Niño de 8 años , con antecedente de escoliosis desde los 2 años. Presenta historia de 2 meses de evolución de episodios de cefalea frontal de moderada intensidad que ceden ante analgesia habitual, y con examen físico normal. Consulta a neurólogo, quien indica entre otros exámenes un TAC cerebral que muestra imágenes compatibles con siringomielia y siringobulia. Es derivado a neurocirugía, donde se decide completar estudio con RNM de cerebro y médula espinal, evidenciándose descenso de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magnum, siringomielia y siringobulia. En este contexto se determina necesidad de tratamiento quirúrgico.

**Discusión:** Las malformaciones de Chiari se asocian con cavitaciones de la médula espinal (siringomielia). El diagnóstico de malformación de Chiari tipo I en pacientes con o sin síntomas se establece con técnicas de neuroimagen. Clínicamente, puede presentarse como un hallazgo asintomático, pero puede producir compresión del tronco encefálico. La siringomielia está asociada con el CH-I en 75- 85% de los casos. Los signos clínicos incluyen dolor, debilidad y parestesia de las extremidades.

**Conclusión:** Teniendo en cuenta la clasificación vigente, el caso de referencia coincide con un Arnold Chiari tipo 1 asociado a siringomielia, el tratamiento de elección es quirúrgico, el cual consistente en la descompresión del foramen magnum.

**PALABRAS CLAVE:** *Arnold-Chiari malformation, Cerebellum, Congenital anomalies.*

**Autor Responsable:** Micaela Paz Moreira Manns. micaa.moreiram@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Accidente vascular isquémico en paciente pediátrica de 4 años por mutación de Metilentetrahidrofolato reductasa (MTH – FR)”**

**Código del trabajo: CC316**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Micaela Paz Moreira Manns, María José Rosen Petersen, Alberto Gabriel Lagos Arriaza.

Nombre Tutor: Victor Ivo Monreal Eloaiza

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción:

La tasa de incidencia anual de accidente cerebrovascular isquémico arterial en bebés y niños varían de 0,6 a 7,9 / 100.000 niños por año. La mutación C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) es la principal causa de hiperhomocisteinemia. La hiperhomocisteinemia es un factor de riesgo reconocido para aterotrombosis.

#### Caso clínico:

Preescolar sexo femenino de 4 años edad sin antecedentes mórbidos. Consulta al servicio de urgencia por historia de 1 día de evolución de pérdida de control de esfínter, disartria y ataxia, asociado a lateralización de la boca, siendo mayor el compromiso de estos durante el día. Al examen físico se evidencia parálisis facial central derecha, con disartria y paresia de extremidad superior derecha, sin otra alteración. Junto con el resto de exámenes solicitados en el servicio de urgencia, se realiza RMN de cerebro con protocolo stroke donde se evidencia lesión protuberancial izquierda en territorio perforante que restringe en difusión, hiperintensa T2 Flair, sin componente hemorrágico. Se decide hospitalizar con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico para manejo y estudio. Se realiza estudio de trombofilias, encontrando una mutación de la Metilentetrahidrofolato reductasa. Se detecta presencia de mutación en estado homocigoto.

#### Discusión:

La 5,10-MTHFR es una enzima que interviene en el metabolismo de la homocisteína. La forma más común de hiperhomocisteinemia genética es el resultado de la producción de una variante termolábil MTHFR con actividad enzimática reducida. La hiperhomocisteinemia leve-moderada se describe como factor de riesgo independiente de aterosclerosis y trombosis.

**PALABRAS CLAVE:** *arterial ischemic stroke, infant, metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR), hiperhomocisteinemia*

---

**Autor Responsable:** Micaela Paz Moreira Manns. micaa.moreiram@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hiperplasia suprarrenal congénita clásica en lactante menor: importancia de la sospecha diagnóstica a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC317**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Micaela Paz Moreira Manns, María José Rosen Petersen, Bayron Andriés Moreno Ortiz.

Nombre Tutor: Victor Ivo Monreal Eloaiza

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La hiperplasia suprarrenal congénita (HSRC) engloba todos los trastornos hereditarios de la esteroidogénesis suprarrenal del cortisol. Más del 95 % de los casos de HSRC son causados por deficiencia autosómica recesiva de 21-hidroxilasa, debido a mutaciones del gen CYP21A2. La frecuencia de presentación según datos estadísticos a nivel mundial es de 1 en 10 000 a 18 000 personas.

**Caso clínico:** Lactante menor de 1 mes y 3 días, sin antecedentes mórbidos. Con historia de repetidas consultas con pediatra por mal incremento ponderal. Alimentado con lactancia materna y fórmula. Madre refiere que se duerme al alimentarlo al pecho y que tarda 1.5 horas en alimentarlo con 30ml fórmula, durmiendo además mucho durante el día. En control con pediatra es derivado al servicio de urgencia por persistir bajo peso, presentando además vómitos y letargia. Se hospitaliza para manejo y estudio. Al examen físico de ingreso destaca paciente hipoactivo, piel y mucosas bronceadas, genitales hiperpigmentados, desnutrido, enoftalmo y con deshidratación clínica moderada. En exámenes de laboratorio destaca Na 120 mEq/L, K 5.9 mEq/L, Cl 84mEq/L y pH 7.39. Se hospitaliza en UPC pediátrica, se manejan alteraciones hidroelectrolíticas y se inicia tratamiento con hidrocortisona en dosis de estrés 100 mg/m<sup>2</sup>/ IV día por 3 días, evolucionando favorablemente. Resultado de 17-OHP confirmatorio.

**Discusión:** El diagnóstico hormonal del déficit de 21 OH se basa en la demostración de valores plasmáticos elevados de 17- OHP. La crisis de insuficiencia suprarrenal tiene una importante morbimortalidad si no se instaura un tratamiento adecuado.

**Conclusión:** Se destaca la importancia de sospechar HSRC y derivarla a tiempo ya que la crisis suprarrenal presenta riesgo de mortalidad, siendo fundamental su sospecha clínica, para diagnóstico y tratamiento precoz.

**PALABRAS CLAVE:** *Congenital adrenal hyperplasia, cortisol, 21-hydroxylase*

**Autor Responsable:** Micaela Paz Moreira Manns. micaa.moreiram@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Lesiones Traumáticas de la Aorta Torácica: Reporte de 2 casos”**

**Código del trabajo: CC318**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: María José Alexandra Muñoz Urrutia, Javier Ignacio Moraga Diaz, .

Nombre Tutor: Juan Carlos Herrera Neira

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

Las lesiones traumáticas de la aorta Torácica (LTAT) son producto de accidentes de alta energía con mecanismos de desaceleración, siendo la transección aortica en el istmo la lesión más vista. 75 - 90% mueren en el lugar, para los sobrevivientes, juega un papel destacado el uso de reparación endovascular.

#### Reporte de casos

Mujer, 61 años, con HTA. Sufre colisión vehicular. Ingresa a servicio de urgencia con luxofractura de tobillo, fracturas costales, hemoneumotorax bilateral y aneurisma sacular aortico. Se atienden lesiones de riesgo vital y se solicita tomografía computarizada (TC) de tórax. Informa en aorta torácica descendente dilatación aneurismática fusiforme con flap de disección. Se realiza reparación endovascular en aorta. Evoluciona de forma favorable.

Mujer, 33 años, con obesidad mórbida. Sufre colisión vehicular. Es llevada a hospital de mediana complejidad presentando fractura de fémur, laceración en istmo aortico, flap de disección, y hematoma mediastinico periaortico. Por alto riesgo de rotura y progresión de disección se traslada a centro de mayor complejidad para reparación endovascular de urgencia. Se realiza sin incidentes y con evolución favorable.

#### Discusión

La aorta torácica posee segmentos fijos y móviles, al ser sometida a desaceleración provoca disrupción en las capas de su pared, este mecanismo hace sospechar el diagnóstico de LTAT, la TC de tórax con contraste lo confirma, con 100% de valor predictivo negativo. La reparación quirúrgica abierta, con mortalidades de 30 %, isquemia medular 10 - 19%, fue de elección hasta la aparición del dispositivo aórtico torácico endovascular en 2005, iniciando la técnica endovascular, con mortalidades 4% - 2,1%, isquemia medular menor del 1%. En la actualidad se consideran todos los pacientes candidatos para esta técnica de estar disponible.

#### Conclusión

Las LTAT poseen alta mortalidad, la técnica endovascular han mejorado este pronóstico con menos morbimortalidad. Técnica que actualmente en Chile esta disponible.

**PALABRAS CLAVE:** *Aorta; Endovascular Procedures; Emergency medicine.*

**Autor Responsable:** María José Alexandra Muñoz Urrutia. mariajalexandra.mu@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “OSTEÍTIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA: INFLAMACIÓN DE PROCESO ODONTOIDEO POR STHAPYLOCOCCUS AUREUS”

**Código del trabajo: CC319**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Alex Germán Salazar Venegas, Miguel Ignacio Peña Sáez, Ricardo Andrés Torres Rodríguez.

Nombre Tutor: Daniel Antonio Salgado Valenzuela

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La osteítis vertebral es una patología poco frecuente, de etiología predominantemente bacteriana, comprometiendo generalmente vertebrastorácicas o lumbares, siendo más prevalente en varones de 29 a 74 años, comúnmente en pacientes con patologías asociadas. La presentación clásica es fiebre, dolor cervical y alteraciones al examen neurológico. Las complicaciones comúnmente son hemiplejía y tetraplejía.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 84 años presenta cervicalgia a nivel C2 de dos semanas de evolución, tras lo cual desarrolla tetraparesia flácida, afebril, sin compromiso de conciencia. Al ingreso destaca PCR >200 mg/L, tomografía computada de columna cervical revela colección intrarraquídea y extramedular anterior en relación al borde posterior del proceso odontoide condicionando significativa raquiestenosis cervical. Se inicia esquema antibiótico empírico Ceftriaxona, Vancomicina y corticoterapia con dexametasona. Hemocultivo positivo para Staphylococcus aureus multisensible, por lo que se ajusta antibioterapia a Cloxacilina. Resonancia magnética de columna cervical de control evidencia disminución de colección a nivel de proceso odontoide. Paciente evoluciona favorablemente con recuperación de fuerza muscular, sosteniendo la marcha y disminución de parámetros inflamatorios.

**DISCUSIÓN:** La osteítis vertebral es infrecuente, de presentación poco definida que requiere alta sospecha clínica para identificarse. En el caso expuesto coincide con este perfil sumado a una ubicación atípica, cuyo diagnóstico se realizó dada la sintomatología neurológica de la paciente, la disponibilidad de imagenología y la identificación del agente causal para dirigir la antibioterapia.

**CONCLUSIÓN:** La osteítis cervical es muy infrecuente, con clínica poco definida, que conlleva a una gran morbimortalidad si no se trata a tiempo. Su diagnóstico requiere de alta sospecha clínica e imagenología, y desgraciadamente, no siempre es posible identificar el agente causal.

**PALABRAS CLAVE:** *Osteitis, Quadriplegia, Staphylococcal Infections*

**Autor Responsable:** Alex Germán Salazar Venegas. a.salazar02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Paraganglioma cardiaco: Reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC320**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Javier Ignacio Moraga Diaz, Maria Jose Alexandra Muñoz Urrutia, .

Nombre Tutor: Laura Diaz Carrero

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos productores de catecolaminas derivados de los ganglios simpáticos y parasimpáticos. Localizándose principalmente en abdomen y en el cuerpo carotideo. La localización cardiaca es inusual.

#### Presentación del caso

Paciente femenina de 49 años, hipertensa, hábito tabáquico activo, derivada de atención primaria en salud por cardiomegalia, asociada a insuficiencia cardiaca clase funcional III según New York Heart Association. Se realiza ecocardiograma reportando masa heterogénea, encapsulada, 6 x 5 cm, adosada a pared de ventrículo y atrio derecho, Fracción de eyección: 55%. Resonancia magnética nuclear reporta masa hipervascular en surco atrio ventricular derecho de 8 x 7 x 8 cm, leve derrame pericárdico. Coronariografía: red coronaria izquierda normal, coronaria derecha de gran desarrollo en relación al tumor. Se realiza resección tumoral, sin complicaciones, cuya biopsia reporta tumor de 8.3 x 6.5 x 3.5 cm: paraganglioma, inmunohistoquímico positivo para sinaptofisina100, cromogranina, molécula de adhesión celular neuronal (CD 56), vimentina e inhibina. Metanefrinas en orina de 24 horas post cirugía, normales.

#### Discusión

El presente caso clínico es de interés ya que los paragangliomas cardiacos son neoplasias poco frecuentes. Una vez diagnosticadas, está indicada la resección quirúrgica; el procedimiento tiene una mortalidad aproximada del 3%. La complejidad de la intervención varía según la vascularidad, la ausencia de capsula y la dificultad para resecar el tejido tumoral de las estructuras adyacentes. Además, los paragangliomas por ser productores de catecolaminas se asocian a alto riesgo de complicaciones cardiovasculares perioperatorias debido a la descarga de catecolaminas y a hipovolemia, aspectos que no fueron observados en el presente caso.

#### Conclusión:

La resección de un paraganglioma es de alto riesgo por las limitaciones técnicas y poca experiencia del personal médico, de la fisiología y anatomía del tumor. Hay una baja prevalencia de la patología, esto también influye en la falta de reportes de casos.

**PALABRAS CLAVE:** *Catecholamines, paraganglioma, neuroendocrine tumors*

**Autor Responsable:** Javier Ignacio Moraga Diaz. moragadiazjavier@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“ABSCESO SUBPERIÓSTICO COMO COMPLICACIÓN DE UNA CELULITIS ORBITARIA. REPORTE DE UN CASO.”**

**Código del trabajo: CC321**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Alex Germán Salazar Venegas, Miguel Ignacio Peña Sáez, Rocío Catalina Salazar Rodríguez.

Nombre Tutor: Michael Gerardo Soto Matta

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

La celulitis orbitaria (CO) es aquella que involucra el contenido de la órbita. La prevalencia es mayor en población pediátrica. Es una complicación infrecuente de la rinosinusitis bacteriana, sin embargo, es la mayor causa de esta. El absceso subperióstico es la principal complicación.

#### Presentación Del Caso

Preescolar de 2 años 9 meses con antecedentes de hipertrofia amigdalar e infecciones respiratorias a repetición, presenta cuadro de tos y coriza asociado a fiebre hasta 38 °C intermitente de 10 días de evolución adicionando en las últimas 48 hrs eritema, calor local, dolor y aumento de volumen periorbitario derecho. Manejado en APS como conjuntivitis viral. 48 hrs posteriores consulta por persistencia del cuadro, agregando proptosis del ojo derecho. Exámenes destacan leucocitos 10340 y PCR 132.5. TC de órbitas maxilofaciales y cavidades perinasales informa absceso subperióstico de 8 mm determinando proptosis; sinusitis etmoidal y maxilar con signos de cronicidad. Inicia tratamiento antibiótico endovenoso con posterior drenaje.

#### Discusión

La sospecha diagnóstica se basa en una historia y examen clínico cuidadoso. Se confirma con TC, descartando además posibles complicaciones como en este caso. El factor subyacente más común es la sinusitis etmoidal. Para el tratamiento se debe tener en cuenta la antibioterapia y la necesidad de un manejo quirúrgico, siendo un tema debatido en el absceso subperióstico.

#### Conclusión

La infección de la órbita es común y puede asociarse con una morbilidad significativa por lo que se deben conocer los signos clínicos, etiología y el tratamiento adecuado siendo muy importante el manejo multidisciplinario.

**PALABRAS CLAVE:** *Orbit. Orbital Cellulitis. Ethmoid Sinusitis.*

**Autor Responsable:** Alex Germán Salazar Venegas. a.salazar02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Aneurisma paraoftálmico derecho sintomático no roto, reporte de caso”

**Código del trabajo:** CC322

**Área:** Cirugía Adultos

Autores: Jorge Andrés Muñoz Friz, Pablo Fernando Reyes Arellano, Hernán Francisco Riquelme Flores.

Nombre Tutor: Enrique Tomás Werlinger Estay

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Los aneurismas intracraneales (AIC) corresponden a una debilidad de pared del vaso produciendo dilatación con riesgo de sangrado y lesiones secundarias a la hemorragia subaracnoidea con elevada morbimortalidad (1). La incidencia de AIC es un 1-6% de la población (2). De estos 86.5% surge en la carótida. El segmento oftálmico representa el 7.5-10% de los aneurismas intradurales (3). La mayoría de estos aneurismas son asintomáticos, pero podrían presentar: pérdida visual por compresión del nervio óptico, convulsiones, cefalea y ataques isquémicos transitorios. En estos casos el riesgo de rotura es significativamente mayor, haciendo importante tratarlas (2).

Caso clínico: Paciente femenina, 72 años, hipertensa, obesa, con clínica de cefalea y diplopía de 1 semana de evolución, al examen se evidencia ptosis derecha y oftalmoparesia (salvo levoversión). De estudio destaca resonancia magnética de cerebro sugerente de microangiopatía de carótida derecha, angiotomografía computarizada de cerebro muestra aneurisma sacular paraclinoideo derecho, angiografía muestra aneurisma paraoftálmico lateral derecho (6.5 x 8.2 x 5 milímetros), 50% estenosis en carótida interna derecha. Se decide resolución quirúrgica mediante angioplastia carotídea derecha con stent y despliegue de divisor de flujo al cuello del aneurisma, realizado sin incidentes. Posteriormente evoluciona favorablemente, sin focalidad neurológica, escáner de cerebro con contraste de control no evidenció complicaciones. Tras ocho días postoperada se decide el alta. Paciente otorga consentimiento informado.

Discusión: Es importante el diagnóstico precoz del aneurisma paraoftálmico, basado en la clínica descrita, puesto que retrasar el tratamiento supone un mayor riesgo de rotura (6% anual) y aumento de morbilidad a largo plazo (4). Para ello el conocimiento del cuadro clínico y alta sospecha son fundamentales, sumado a la pesquisa de factores de riesgo como el género femenino, la hipertensión arterial y el sobrepeso presentes en gran parte de la población, incluida esta paciente (1).

**PALABRAS CLAVE:** *Intracranial aneurysm, early diagnosis, risk factors.*

**Autor Responsable:** Jorge Andrés Muñoz Friz. [jorgemunozf@udec.cl](mailto:jorgemunozf@udec.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC324**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Alberto Gabriel Lagos Arriaza, Pedro Felipe Aguilar Rodriguez, Micaela Paz Moreira Manns.

Nombre Tutor: Jorge Arche Prats, A. Perez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: Los tumores mucinosos apendiculares (TMA) corresponden a una patología rara caracterizada por la dilatación quística del apéndice secundario a la secreción de mucina. Ocurre alrededor de la sexta década de la vida siendo generalmente asintomáticos o manifestándose con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho. Se clasifican en pólipos serrados, neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (LAMN), neoplasia mucinosa apendicular de alto grado (HAMN) y adenocarcinomas mucinosos. Los TMA tienen el potencial de generar diseminación al peritoneo en forma de pseudomixoma peritoneal (PMP).

Caso clínico: Presentamos a un paciente femenino de 52 años con antecedentes de hepatitis autoinmune y lupus eritematoso sistémico, quien consulta por dolor abdominal crónico en fosa iliaca derecha. Se realiza estudio con tomografía computarizada el cual constata la presencia de mucocele apendicular asociado a densidades omentales difusas. Se realiza apendicectomía laparoscópica evidenciándose material mucinoso en toda la cavidad peritoneal y un apéndice aumentado de tamaño con material mucinoso in situ. El estudio histopatológico, tanto apendicular como de la mucina peritoneal, concluye con el diagnóstico de LAMN e hiperplasia mesotelial reactiva con ausencia de neoplasia, respectivamente. Discusión: Los LAMN corresponde a una neoplasia que exhibe un crecimiento expansivo, sin infiltración de la pared apendicular. Deben ser considerados como tumores invasivos expansivos ya que pueden perforar la pared apendicular provocando una diseminación peritoneal y el consecuente PMP. El tratamiento es quirúrgico asociado a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en caso evidenciarse diseminación de mucina en cavidad peritoneal.

Conclusión: Los TMA corresponden a una patología infrecuente que deben tenerse en consideración en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal sobre todo en adultos mayores. Los LAMN pueden parecer inocuos debido a sus características no infiltrantes, sin embargo, su patrón invasivo atípico implica que se deba efectuar un tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** *apendicular mucinous neoplasia, peritoneal pseudomyxoma, hyperthermic intraperitoneal chemotherapy.*

---

**Autor Responsable:** Alberto Gabriel Lagos Arriaza. [alagos94@gmail.com](mailto:alagos94@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Masa hepática gigante: Hiperplasia nodular focal versus hepatocarcinoma variante fibrolamelar. Diagnóstico diferencial radiológico”**

**Código del trabajo: CC325**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Waldo Mauricio Fraelich Bascuñan, Constanza Andrea Yon Oyarce, Alexis Antonio Berrios Guerrero.

Nombre Tutor: Rolando Cocio Arcos

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

La hiperplasia nodular focal (HNF) es una lesión focal hepática (LFH) benigna sin riesgo de malignización cuya prevalencia fluctúa entre el 0.3-3% y típicamente afecta a mujeres de entre los 30 a 40 años. El hepatocarcinoma (HCC) fibrolamelar, su diagnóstico diferencial imagenológico, es una variante poco frecuente del HCC (menos del 1%), que se presenta fundamentalmente en mujeres jóvenes sin antecedente de hepatopatía crónica de base.

#### Presentación del caso

Mujer de 50 años con HNF diagnosticada por biopsia percutánea bajo tomografía computada (TC). Un año post biopsia consulta por dolor abdominal, ictericia y baja de peso. Se solicita resonancia magnética (RM) de hígado que evidencia gran lesión focal hepática de 12x17 cm ubicada en lóbulo hepático derecho, con focos hemorrágicos intralesionales, realce hipervascular heterogéneo y cicatriz central, con crecimiento de hasta 5 cm en su eje mayor, con respecto a estudios previos. Dadas las características sugerentes de HCC, se realiza exéresis tumoral por lobectomía derecha extendida.

#### Discusión

El enfrentamiento de una LFH sólida con cicatriz en mujer joven plantea el diagnóstico diferencial entre HNF y HCC fibrolamelar. El patrón de realce hipervascular característico con homogenización al parénquima en fases consecutivas, el contenido homogéneo y una cicatriz central con signo "spoke-wheel" hiperintensa en secuencia potenciada en T2, plantea como primera opción una HNF. La presencia de patrón de realce hipervascular heterogéneo, focos de hemorragia y cicatriz central hipointensa en secuencia potenciada en T2, junto a su rápido crecimiento como en este caso, son características de malignidad. Por ese motivo se realiza exéresis tumoral, la que da como resultado un HCC variante fibrolamelar.

**PALABRAS CLAVE:** *focal nodular hyperplasia, hepatocellular carcinoma, radiology.*

**Autor Responsable:** Waldo Mauricio Fraelich Bascuñan. [waldo.fraelich@usach.cl](mailto:waldo.fraelich@usach.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Dermatomiositis juvenil: un reporte de caso”**

**Código del trabajo: CC326**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Ricardo Ignacio Sebastián Luer Águila, Kidel Mariman Catrileo, .

Nombre Tutor: Michael Gerardo Soto Matta

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas son enfermedades inmunomediadas raras, que afectan primariamente al músculo esquelético, manifestándose con inflamación, debilidad, y una serie de expresiones extramusculares. Dentro de éstas, dermatomiositis es una enfermedad cuyo hallazgo distintivo es la afectación cutánea, con una distribución bimodal con picos entre 5-14 y 45-65 años. En su forma juvenil -bajo los 18 años- presenta tasas de incidencia anual de apróx. 2-4/millón de menores de 18 años. El diagnóstico incluye: debilidad muscular simétrica y proximal, erupción eritemato-violácea escamosa, elevación de enzimas musculares, cambios miopáticos electromiograficos, biopsia muscular con alteraciones y ausencia histopatológica de otras miopatías.

**REPORTE DE CASO:** El caso índice es una escolar de 6 años que presentó un cuadro de 2 meses de evolución de lesiones descamativas eritematosas en ambos párpados superiores que posteriormente se extendieron a todo su rostro, tórax, abdomen y extremidades, presentando un mes después artralgia y debilidad

en tobillos, la cual se propaga a extremidades superiores, con dolor a la movilización. Consulta tras presentar fiebre cuantificada hasta 38.9°C, asociado a disfagia, al examen físico es posible objetivar debilidad muscular bilateral simétrica proximal en cinturas escapular y pélvica, asociado a lesiones descamativas generalizadas, eritema periorbitario y pápulas de Gottron en manos. Exámenes de laboratorio revelan alza en parámetros inflamatorios, CK total 14267, CK-MB 2435, FR 22.4, ANA (+), patrón nuclear-nucleolar grumoso. Posteriormente se realiza electromiografía que resulta compatible con proceso miopático inflamatorio.

**DISCUSIÓN:** DMJ no representa un diagnóstico común, más debe ser considerada como diferencial en un paciente pediátrico con lesiones dérmicas y debilidad muscular. El reconocimiento de las lesiones cutáneas características, más una analítica de laboratorio básica con enzimas musculares puede orientar el diagnóstico, el cual resulta de gran importancia para iniciar un tratamiento precoz y evitar complicaciones y mortalidad durante la fase aguda de la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** *juvenile dermatomyositis, myopathy, autoimmune disease*

**Autor Responsable:** Ricardo Ignacio Sebastián Luer Águila. r.luer02@ufromail.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de Leriche: Descripción clínico-radiológica de dos casos clínicos”**

**Código del trabajo: CC331**

**Área: Cirugía Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Waldo Mauricio Fanelich Bascuñán, Camila Paz González Rodríguez, Francisco Andrés Carrasco Fredes.

Nombre Tutor: Rolando Cocio Arcos, S Rodríguez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

El Síndrome de Leriche o enfermedad oclusiva aorto-iliaca es una entidad clínico-radiológica de origen ateromatoso, cuya presentación clínica está dada por la triada claudicación intermitente, pulsos femorales ausentes o disminuidos y disfunción eréctil. No se disponen cifras de prevalencia nacional, pero se estima que cerca del 30% de los casos serían asintomáticos.

#### Presentación de los casos

Caso 1: Mujer de 49 años con antecedente de tabaquismo crónico (TBQ), consulta por cuadro de dolor en reposo de extremidad inferior derecha, asociado a cambios tróficos en pie ipsilateral de más de 2 semanas de evolución. Ante sospecha de isquemia crítica se solicita angiogramía computada (angioTC) de extremidades inferiores (EII), que informa: trombosis arterial que compromete a la arteria iliaca externa derecha, asociado a estenosis de la iliaca común, femoral común y femoral superficial. Ante estos hallazgos, se realiza Bypass iliofemoral y femoro-poplíteo derecho.

Caso 2: Hombre de 71 años con antecedente de diabetes tipo 2, TBQ y enfermedad arterial oclusiva periférica, que al ingreso es Rutherford 5. Con estos antecedentes se solicita angioTC de Tórax, abdomen y pelvis y EII examen que informa: acentuada ateromatosis de aorta toracoabdominal con oclusión de aorta abdominal infrarrenal y tercio proximal de ambas arterias iliacas comunes y acentuada ateromatosis arteria poplíteo con estenosis mayores al 80%. Ante la severidad de estos hallazgos, se realizan Bypass: axilofemoral, femoro-femoral y femoro-poplíteo.

#### Discusión

Ambos pacientes tienen en común el antecedente de TBQ, lo que se condice con la literatura y con los hallazgos intraoperatorios. Al realizar la evaluación de pulsos (clínica y Doppler), se constataron severamente abolidos, como es el caso del paciente 2" se debe modificar por "A la evaluación de pulsos (clínica y con doppler), se constatan severamente abolidos, sobre todo en el paciente 2.

**PALABRAS CLAVE:** *Leriche syndrome , peripheral occlusive arterial disease, radiology.*

**Autor Responsable:** Waldo Mauricio Fanelich Bascuñán. [waldo.fanelich@usach.cl](mailto:waldo.fanelich@usach.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome purpúrico de causa inusual: reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC333**

**Área: Medicina Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Angela Devoto Cáceres, María Ignacia Retamal Barahona, Carlos Quilodrán Ruiz.

Nombre Tutor: Felipe Quilodrán Ruiz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción. La púrpura son extravasaciones de sangre a nivel de los capilares, que pueden ser puntiformes (petequias) o más extensas (equimosis) y no se blanquean completamente a la presión. Pueden ser palpables o no palpables y el cuadro clínico es dado por la patología de base. Puede deberse a trastornos hematológicos, de coagulación o vasculares y suele clasificarse en trombocitopénica o no trombocitopénica.

Caso clínico. Mujer 54 años, con antecedentes de hipertensión y diabetes mellitus 2. Usaria de metformina y losartán. Sufre fractura de húmero derecho, manejado con inmovilización y analgesia: paracetamol y ketoprofeno. Cinco días después, inicia con malestar general, fiebre, artralgias y mialgias. Al examen físico: púrpura palpable en abdomen y extremidades inferiores. Exámenes de laboratorio normales. VIH (-). Estudio inmunológico y electroforesis de proteínas sin alteraciones y en biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica por fármacos. Se maneja como síndrome purpúrico no trombocitopénico por vasculitis por antiinflamatorios con analgesia, cetirizina, pregabalina, prednisona y cotrimoxazol, presentando buena evolución.

Discusión. Las vasculitis de hipersensibilidad pueden ser provocadas por reacciones adversas a medicamentos, siendo este el caso anterior. Aunque sus manifestaciones han sido observadas en pocas ocasiones frente al tratamiento con AINES, con la biopsia y el Algoritmo de Naranjo, se pudo establecer el diagnóstico y su relación con el ketoprofeno. Se debe tratar el factor desencadenante (en este caso suspender AINES) e iniciar tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones. Muchos factores pueden desencadenar un síndrome purpúrico y es importante sospechar reacciones atípicas frente a un tratamiento medicamentoso, siendo fundamental una buena anamnesis y examen físico. El diagnóstico de las púrpuras es clínico y con los hallazgos en hemograma, recuento de plaquetas y pruebas de coagulación, junto con los antecedentes y otros síntomas nos llevan a la etiología. En el caso de las vasculitis, las distintas manifestaciones junto con la biopsia nos dan el diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** *purpura, cutaneous leukocytoclastic vasculitis, anti-inflammatory*

**Autor Responsable:** Angela Devoto Cáceres. angeladevoto23@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“S1Q3T3 en ECG, reporte de un caso”

**Código del trabajo: CC218**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Consuelo Leonor Kutz Escobar, Camila Tirado Andresen, Diego Mussri Gonzalez.

Nombre Tutor: Dafne Segall Kohen

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

El tromboembolismo pulmonar (TEP) conforma la tercera patología cardiovascular más frecuente (1), sobretudo en adultos mayores, inmovilizados y usuarios de estrógenos o ACO. Se han descrito alteraciones electrocardiográficas asociadas al TEP, que si bien no son suficientes por sí solas para establecer el diagnóstico, han sido usadas cada vez más con rol pronóstico (2). El patrón S1Q3T3 es un hallazgo clásico. Aunque es poco sensible, tiene especificidad de 97% para TEP y posee valor pronóstico significativo prediciendo qué pacientes tendrán falla cardíaca derecha (3).

#### Caso clínico

Paciente sexo femenino de 29 años sin antecedentes mórbidos, usuaria de ACO hace 9 años intermitentemente, consultó por cuadro de 4 días de dolor en hipocondrio derecho irradiado al dorso. Sin fiebre, disnea ni otros síntomas. Ingresó taquicárdica, normotensa, eupneica, examen físico segmentario sin alteraciones. En exámenes se obtuvo parámetros inflamatorios elevados, troponinas normales. ECG mostró taquicardia sinusal con patrón S1Q3T3. Radiografía de tórax con aumento confluyente de trama intersticial basal bilateral. AngioTAC describió signos de tromboembolismo pulmonar en ramas de ambos lóbulos inferiores, asociado a áreas de vidrio esmerilado periféricas y a trombosis de la vena cava. Se inició monitorización continua, manejo de TEP multisegmentario con HBPM y cobertura antibiótica asociada por probable condensación pulmonar.

#### Discusión

En este caso clínico, el patrón S1Q3T3 asociado a taquicardia sinusal fue clave para hacer diagnóstico de TEP, siendo útil su elevada especificidad. Resulta importante reconocerlo, ya que un estudio prospectivo determinó que pacientes con al menos una alteración electrocardiográfica tenían mayor mortalidad al primer mes (29%) versus los que no tenían alteraciones (11%) (4). Además, este patrón tiene un rol pronóstico importante, porque refleja pacientes que tendrán enfermedad de mayor severidad o peor outcome (3), lo que debería promover un manejo agresivo de manera precoz.

**PALABRAS CLAVE:** *electrocardiogram – pulmonary thromboembolism – prognosis.*

**Autor Responsable:** Consuelo Leonor Kutz Escobar. [clkutz@uc.cl](mailto:clkutz@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “Osificación Mesentérica Heterotópica Asociado a Obstrucción Intestinal: Reporte de Caso”

**Código del trabajo: CC220**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Sigall Budnik Bitran, Ernesto Escobedo Carvajal, Andrea Gallardo.

Nombre Tutor: Constanza Sofia Gallardo Vidal

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La osificación heterotópica (OH) es una patología rara, que implica tejido óseo en tejido blando, lo que es anormal. Su etiología es desconocida, pero se podría asociar a inflamación persistente del tejido. De los casos reportados la mayoría se observa en paciente con antecedentes de trauma o múltiples cirugías.

**Caso Clínico:** Paciente de 57 años con antecedente de Leiomioma Uterino operado el 2007 y el 2019 por una masa recidiva en el retroperitoneo. Evoluciona luego de la segunda intervención con múltiples cuadros de obstrucción intestinal que en un principio respondieron a tratamiento médico, pero que luego evolucionó de forma tórpida, requiriendo una resección de duodeno, íleon y yeyuno asociado a una anastomosis duodenoyeyunal en dos ocasiones. Pese a esta intervención persiste con íleo adinámico que no permite tolerancia oral pese al manejo multidisciplinario, por lo que solicitan dos endoscopias digestivas altas en donde se describe estenosis a nivel duodenal y un TAC de abdomen en donde se observó un aumento de densidad de lesiones mesentéricas, que pudiesen corresponder a OH versus calcificación secundaria a peritonitis esclerosante. Debido a los hallazgos se decide iniciar tratamiento con metilprednisolona y prednisona hasta completar 14 días. Al segundo de tratamiento la paciente evoluciona con mejoría del cuadro, por lo que se da de alta.

**Discusión:** Si bien existe poca información sobre el manejo de estos casos, cabe mencionar que a pesar de que el tratamiento quirúrgico es una opción, no es del todo recomendado y es necesario evaluar la situación de cada paciente, y más si es que el manejo médico con antiinflamatorios no esteroideos o con corticosteroides han demostrado tener beneficio.

**Conclusión:** La OH es inhabitual, pero se debe sospechar para evitar complicaciones y entregar un tratamiento adecuado.

**PALABRAS CLAVE:** *Ossification Heterotopic, Intestinal Obstruction, Treatment*

---

**Autor Responsable:** Sigall Budnik Bitran. sbudnik@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR PRIMARIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE TEJIDO CONECTIVO: REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo:** CC222

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Patricio Alejandro Barraza Egaña, Felipe Ignacio Rojas Briones, Javier Alexis González Lucero.

Nombre Tutor: Renata Farías Siel

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La Hipertensión Arterial Pulmonar Primaria (HAP) corresponde a una enfermedad crónica, progresiva, de baja prevalencia pero alto impacto en calidad de vida y letalidad<sup>1</sup>. La etiología suele ser idiopática, por drogas, infecciosas y en asociación a enfermedades del tejido conectivo<sup>2</sup>.

**Presentación del caso:** Mujer, 57 años, antecedente de artritis reumatoide refractaria, ingresa por cuadro de 3 meses de evolución de disnea hasta CF III, ortopnea, edema de EEII y episodios sincopales. Destacan pequeñas lesiones ulcerosas en pulpejos y livedo reticularis en cara anterior de ambas rodillas. Se realiza angioTAC en donde se pesquisa tronco de arteria pulmonar aumentado, aurícula derecha dilatada y leve atenuación en mosaico de parénquima pulmonar. Ecocardiograma: FEVI 58%, aumento de diámetro de cavidad derecha, insuficiencia tricuspídea moderada-severa, foramen oval permeable, PSAP >80 mmHg. Estudio autoinmune negativo, sin actividad reumatológica. Se solicita cintigrama VQ, DLCO y espirometría, sin alteraciones. Cateterismo cardiaco confirmó HAP, con test de vasorreactividad negativo. Se rescata biopsia de lesiones cutáneas que muestra vasculitis de vaso pequeño.

**Discusión:** El diagnóstico de HAP es clínico/hemodinámico con cateterismo cardíaco derecho asociado a test de vasorreactividad para establecer diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico requiere PAPm >25 mmHg, PCP <15 mmHg, en ausencia de neumopatía o enfermedad tromboembólica crónica, los cuales se descartan con ecocardiograma, angioTAC, cintigrama VQ y pruebas funcionales pulmonares<sup>3</sup>. Si bien, la esclerodermia sistémica es la etiología más frecuente entre las enfermedades autoinmune asociadas a HAP<sup>2</sup>, se han descrito casos de artritis reumatoide, ya sea como enfermedad intersticial pulmonar o como manifestación de un proceso vasculítico sistémico. Mucho más infrecuente, se ha descrito un caso de arteritis pulmonar sin vasculitis sistémica<sup>4</sup>, tal como en el reporte actual. Se expone el caso debido a su causa etiológica inusual.

**PALABRAS CLAVE:** *Pulmonary Hypertension, Connective Tissue Diseases. Rheumatoid Arthritis.*

**Autor Responsable:** Patricio Alejandro Barraza Egaña. pabarraza@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Íleo Biliar secundario a una fístula colecistoduodenal en un paciente con obstrucción intestinal, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC224**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Álvaro José Morales Palma, Francisco Ignacio Rojas Briones, Carolina Francisca Gómez Reyes.

Nombre Tutor: Wenceslao Zegers Vial

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El íleo biliar representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal, el cuadro clínico puede ser similar al de cualquier obstrucción intestinal, por tanto, es difícil de sospechar. Se presenta un caso dentro de este porcentaje (1).

**Caso:** Mujer, 63 años, sin antecedentes mórbidos, consultó ambulatoriamente por cuadro de 5 días de evolución de vómitos, dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y ausencia de deposiciones. Al examen físico destacaba abdomen distendido, doloroso a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal. Fue derivada para hospitalización donde ingresó afebril, normotensa, normocárdica, saturando 98% amb. Al laboratorio: PCR 2 mg/dL, Leucocitos 11300/mm<sup>3</sup>, Hematocrito 44% y pruebas hepáticas normales. Se solicitó tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis contrastada que mostraba gas en conductos biliares con imagen compatible con fístula colecistoduodenal, distensión de asas de intestino delgado e imagen compatible con cálculo en lumen de intestino delgado y excavación pelviana. Se diagnosticó íleo biliar y se trató quirúrgicamente logrando extraer un cálculo de 4 cm a 20 cm de la válvula ileocecal. La paciente evolucionó favorablemente con resolución de su sintomatología, recuperando tránsito intestinal y sin desarrollar complicaciones. Fue dada de alta en buenas condiciones.

**Discusión:** El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Para su diagnóstico la TC tiene una sensibilidad sobre el 90%, pudiendo mostrar el cálculo en el 88% de las veces. En este caso se presenta un íleo biliar secundario a una fístula colecistoduodenal, entidad poco frecuente. El estudio de imagen es imprescindible para el diagnóstico y para el manejo posterior. El tratamiento es la extracción del cálculo (1).

**Conclusión:** El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. La tomografía computada contrastada de abdomen y pelvis es el estudio de elección. El manejo quirúrgico fue exitoso en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** *Intestinal obstruction, biliary fistula, cholecystolithiasis.*

**Autor Responsable:** Álvaro José Morales Palma. [ajmorales@uc.cl](mailto:ajmorales@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Osteomielitis secundaria a úlceras por Reynaud severo reporte de un caso.”

**Código del trabajo:** CC229

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Felipe Ignacio Rojas Briones, Javier Ignacio Gonzalez de la vega Gonzalez, Patricio Alejandro Barraza Egaña.

Nombre Tutor: Simón De la Maza Fontecilla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El fenómeno de Raynaud (FR), está definido como una respuesta vascular exagerada al frío o al estrés y que se caracteriza por cambios de coloración de la piel de manos, pies, nariz, orejas u otros, afecta dependiendo la etnia, al 3 al 5% de la población general<sup>1</sup>.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenino, 71 años, antecedentes Lupus eritematoso sistémico avanzado, Esclerodermia con Sd de Reynaud severo. Usuaria de prednisona, Plaquinol y Rituximab. Consulta por un cuadro de 4 semanas de evolución de dolor y aumento de volumen en 2do y 3er dedo de la mano derecha, asociado a cambio de coloración, mayor en el 3er dedo, salida de secreción purulenta intermitente, sin fiebre. Ingresa al servicio de urgencia con hemodinamia estable, afebril, al examen físico destaca mano derecha con 2do y 3er dedo con aumento de volumen y cambio de coloración a distal. Resonancia magnética informa Acroosteólisis de dedo medio, con osteomielitis del segmento remanente de la falange distal y de la falange media. Es evaluada por traumatología que plantea resolución quirúrgica, procedimiento se llevo a cabo sin complicaciones.

**DISCUSIÓN:** El FR se clasifica en primario, cuando se presenta de forma aislada o secundario cuando es una manifestación más de otra enfermedad. FR tiene un curso benigno en su mayoría, pero en ciertas ocasiones progresa a casos más severos como trastornos tróficos, Infecciones periungueales, pequeños focos de necrosis tisular y úlceras. En el caso expuesto se presento con úlceras, estas se manifiestan en las yemas de los dedos o alrededor del lecho ungueal, cicatrizan con lentitud, son extremadamente dolorosa y tienen la complicación de sobreinfección <sup>1</sup>.

El FR es una manifestación que debe alertar al médico para descartar causas potencialmente graves. Es vital conocer las complicaciones y sus manifestaciones para derivar a los pacientes al nivel de complejidad necesario para su manejo.

**PALABRAS CLAVE:** *Raynaud's disease; Systemic scleroderma; Osteomyelitis*

**Autor Responsable:** Felipe Ignacio Rojas Briones. firojas2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Neuroretinitis secundaria a infección por Bartonella henselae”**

**Código del trabajo: CC232**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Valentina Kobus Garín, Catalina Guerrero Gutiérrez, Lucero Hagedorn Estévez.

Nombre Tutor: Monserrat Gutierrez Díaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción

La infección por Bartonella henselae es una zoonosis frecuente, de amplia distribución mundial, siendo los gatos su reservorio natural.<sup>1</sup> En Chile la prevalencia de exposición a B. henselae, determinada por detección de anticuerpos IgG específicos es de 13,3% en población pediátrica.<sup>2</sup> La prevalencia de anticuerpos en gatos varía entre 75 a 95%, constituyendo una enfermedad endémica.<sup>3</sup> La presentación más frecuente es la enfermedad por arañazo de gato (EAG), caracterizada por linfadenopatía regional semanas después del arañazo o mordedura de gato infectado. 5-25% de los pacientes desarrollan formas atípicas, siendo el ojo lo más frecuentemente comprometido.<sup>4</sup> La manifestación ocular más común es el síndrome de Parinaud. Menos frecuente es la neuroretinitis.<sup>5</sup>

#### Caso Clínico

Paciente 10 años previamente sana, presenta fiebre 38°C, cefalea intermitente y astenia por cinco días de resolución espontánea. Días después presenta nuevo peak febril 39°C, cefalea, astenia, anorexia, cervicalgia con inflamación y paresia cervical, diagnosticándose amigdalitis. Se inicia amoxicilina, persistiendo con peaks febriles altos, apareciendo posteriormente claudicación y dolor de pierna izquierda. Se hospitaliza para estudio. Exámenes de laboratorio: VHS y PCR elevados, hemocultivos negativos. Imágenes: radiografía tórax, ecocardiograma, cintigrama óseo, ecografía abdominal, pélvica y de muslo izquierdo normales. Paciente persiste con peaks febriles diarios. Se amplía estudio con VIH, QuantiFERON-TB: ambos negativos. IgG para B. Henselae (+) 1:1024, diagnosticándose EAG. En búsqueda de compromiso sitio atípico se realiza fondo de ojo: neuroretinitis y granuloma en papila óptica izquierda, con compromiso severo de retina, iniciándose tratamiento con doxiciclina y rifampicina por 42 días.

#### Discusión:

Se debe tener alta sospecha clínica para realizar diagnóstico de presentaciones atípicas. Existe controversia en cuanto a tratar neuroretinitis por Bartonella, ya que no existen estudios clínicos randomizados que demuestren mejoría visual. Además, es un cuadro autolimitado en la mayoría de inmunocompetentes, que resuelve en meses.<sup>6</sup>

**PALABRAS CLAVE:** *Bartonella henselae, Cat-Scratch Disease, retinitis*

**Autor Responsable:** Valentina Kobus Garín. [vpkobus@uc.cl](mailto:vpkobus@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Bartonelosis en un paciente inmunosuprimido”

**Código del trabajo: CC233**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Yu Ting Zhou Zhou, Sebastián Luis Vergara Rivera, Cristian Kevin Contreras Aedo.

Nombre Tutor: Gonzalo Dominguez

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome febril prolongado (SFP) corresponde a fiebre > 38o C rectal que dura más de 7 días sin causa identificable inicialmente. En Chile, la primera causa bacteriana es la Bartonelosis (8,7%)<sup>1</sup>. Su presentación clásica (75-90% de los casos) corresponde una adenopatía regional. Su presentación atípica incluye al SFP.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino 6 años con antecedente de trasplante hepático a los 6 meses e inmunosupresión secundaria (tacrolimus). Consulta por cuadro de 12 días de dolor en hemiabdomen superior asociado a fiebre intermitente hasta 38,8oC y deposiciones de consistencia disminuida. Niega contacto con gatos. Inicialmente se interpreta como un síndrome diarreico agudo. Ingresa afebril, sin ictericia, al examen físico destaca adenopatía única axilar derecha, abdomen sensible y hepatomegalia. Laboratorio inicial hemoglobina 8.5 VCM 56.5 leucocitos 12.400, VHS 28, PCR 7.93mg/dl, bilirrubina total y directa y pruebas hepáticas ligeramente elevadas, INR 1.5, panel PCR deposiciones positivo para sapovirus. Dado sospecha de colangitis aguda, se inicia tratamiento empírico con ampicilina/sulbactam. Colangiografía realizada no impresionan signos de colangitis. Evoluciona con PCR a la baja, pero fiebre persistente nocturna y progresión a pancitopenia, por lo que se realiza estudio infeccioso que resulta negativo para VEB, CMV, parvovirus B19, Toxoplasma gondii y con serología positiva para Mycoplasma pneumoniae y Bartonella henselae (1/256).

**DISCUSIÓN:** Si bien el paciente tiene riesgo de infecciones oportunistas, no hay que perder de vista el SFP y su epidemiología. En Chile, la seroprevalencia de IgG Bartonella en población pediátrica es de 13,3%<sup>2</sup> y en USA constituye la primera causa de adenopatía regional crónica. Llama la atención la forma de presentación atípica (menos frecuente) y sin obtener el antecedente de contacto con gatos. Finalmente, el tratamiento es controversial en pacientes inmunocompetentes, no así en éste caso que por contexto de inmunosupresión se optó por antibioterapia por riesgo de infección grave.

**PALABRAS CLAVE:** *Prolonged Febrile Syndrome, Barthonellosis, cat-scratch disease, inmunosupressed*

**Autor Responsable:** Yu Ting Zhou Zhou. ytzhou@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DEL SACRO: MANEJO COMBINADO DE DENOSUMAB Y SACRECTOMÍA TOTAL”

**Código del trabajo: CC234**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Catalina Reyes Pérez, Magdalena Ruiz-Esquide Soto, Renato Navarro Capone.

Nombre Tutor: Eduardo Botello Correa

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El Tumor de Células Gigantes (TCG) del hueso es un tumor de agresividad intermedia que puede tener un comportamiento localmente agresivo y en un 2%-4% de los casos presentar metástasis principalmente en el pulmón. El sacro es el sexto sitio más frecuente en el esqueleto. Por su ubicación puede lograr gran tamaño y destrucción ósea sin dar mayores síntomas. Se presenta caso clínico de tumor sacro manejado médicamente con denosumab y quirúrgicamente con sacrectomía total y estabilización lumbopélvica más autoinjerto.

**Presentación del caso:** Mujer de 29 años, consulta en hospital General de Servicio Público, con dolor difuso en pelvis, trastornos esfinterianos y de la marcha progresivos. Se diagnostica TCG del sacro, con extensa masa de partes blandas y nódulos pulmonares. Evoluciona con significativas limitaciones de movilización y dolor. Le instalan sonda urinaria permanente, colostomía de descompresión y envían a casa con cuidados paliativos. Posteriormente decide consultar en Hospital Clínico UC, donde se maneja con Denosumab por más de un año con buena mejoría síntomas, para posteriormente realizar resección quirúrgica del tumor con resección de sacro y baja del recto, con cierre de herida compleja por un equipo de cirujanos multidisciplinario. En el seguimiento 6 meses después presenta continencia urinaria parcial, sin necesidad sonda urinaria, deambulación sin asistencia y sin signos de enfermedad local. Desde el punto de vista oncológico se decide seguimiento de nódulos pulmonares.

**Discusión:** El TCG es un tumor agresivo localmente que en etapas avanzadas puede causar discapacidad e incluso la muerte. La combinación del tratamiento médico con inhibidores de RANK-L como Denosumab sumado al manejo quirúrgico puede tener buenos resultados oncológicos tanto como la mejoría significativa de la calidad de vida. Éste debe ser llevado a cabo por el subespecialista con el fin de obtener los mejores resultados.

**PALABRAS CLAVE:** *Giant Cell Tumor - Sacrectomy -Denosumab*

---

**Autor Responsable:** Catalina Reyes Pérez. cmreyes4@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

# Libro de Resúmenes 2020

## I Competencia científica V CoCEM

### CASO CLINICO

#### Título del trabajo:

“En tiempos de COVID-19, no todo es COVID-19: la experiencia de un caso”

**Código del trabajo:** CC235

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Camila Tirado Andresen, Consuelo Kutz, Daniela Kuzmanic.

Nombre Tutor: Manuel Barrera

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

##### Introducción

Era 16 de marzo del 2020. La enfermedad por SARS-COV-2 era pandemia. Se vivía una ola de esparcimiento con 86.438 casos confirmados fuera de China, 9 países con casos nuevos reportados por la OMS (1). Chile acababa de decretar estado de catástrofe. Los profesionales de la salud se preguntaban cómo y cuándo llegarían los pacientes con coronavirus.

##### Caso clínico

Paciente 68 años, sexo masculino, previamente sano, consultó por 5 días de fiebre, mialgias y disnea. Sin otros síntomas. Al interrogatorio de viajes: había ido a Concepción, su esposa había regresado de Francia hace dos semanas. Exámenes revelaron parámetros inflamatorios elevados, linfopenia y trombocitopenia marcada. Ante la sospecha de COVID se solicitó la PCR y se notificó. Evolucionó con aumento abrupto de los requerimientos de oxígeno. Se recabaron más detalles: había visitado un campo cerca de Concepción. Se consideró entonces infección por Hantavirus, compatible con la trombocitopenia; enfermedad que se confirmó con test rápido de IgM. Paciente evolucionó con síndrome cardiopulmonar, se conectó a ECMO y se administró plasma inmune de Hanta. Después de 15 días se logró destete de drogas y oxígeno con evolución favorable.

##### Discusión

La trombocitopenia se ha descrito clásicamente en infección por Hantavirus (2). Por otro lado, una serie china detectó que 36.6% de los pacientes con COVID-19 presentaron trombocitopenia, y se ha publicado que la trombocitopenia severa sería un elemento de mal pronóstico (3)(4). En el caso presentado, una correcta anamnesis sobre viajes habría bastado para considerar ambos diagnósticos diferenciales desde un comienzo, pero en contexto de pandemia todo razonamiento converge a coronavirus. Últimamente se han dejado de lado diagnósticos porque prima la “neumonía por COVID-19”, sin embargo, no lo es todo y puede tener implicancias en el manejo y pronóstico del paciente, como ocurrió en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** *coronavirus – thrombocytopenia – hanta.*

**Autor Responsable:** Camila Tirado Andresen. [cptirado@uc.cl](mailto:cptirado@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome opsoclon-mioclon-atáxico (SOMA) en pediatría: una alarma para buscar tumores.”**

**Código del trabajo: CC237**

**Área: Cirugía Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Camila Tirado Andresen, Catalina Reyes Perez, Magdalena Leigh Jaar.

Nombre Tutor: Andres Soffia Palma

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El síndrome opsoclon-mioclon-atáxico (SOMA) es un trastorno del movimiento muy infrecuente en pediatría que se caracteriza por la presencia de opsoclonus (movimientos oculares caóticos con componentes verticales, horizontales y rotatorios)(1), mioclonías, ataxia y alteraciones de la conducta o el sueño (2). Se ha descrito un origen autoinmune asociado a procesos postinfecciosos o a fenómenos paraneoplásicos. Por lo general, el SOMA en niños se presenta asociado a tumores de células derivadas de la cresta neural, principalmente el neuroblastoma que se presenta hasta en el 50% de estos casos (3)(1).

Caso clínico: Lactante femenina de 20 meses, previamente sana, desarrolló cuadro progresivo de 5 días de marcha inestable, irritabilidad y vómitos. La exploración física y neurológica al ingreso era normal exceptuando marcha con aumento de base de sustentación. Se abordó como síndrome atáxico agudo y se realizó estudio completo: laboratorio general, cultivos, tóxicos, serologías, tomografía cerebral, citoquímico de LCR y electroencefalograma que resultaron normales. Al tercer día paciente evolucionó con movimientos oculares rápidos, sacádicos, multidireccionales y conjugados. Neurooftalmología confirmó Sd opsoclon-mioclon-atáxico y sugirió descartar tumor de células derivadas de la cresta neural. Se realiza resonancia magnética toracoabdominal, cintigrafía y catecolaminas en orina que descartan la presencia de tumores. Se diagnostica SOMA de origen autoinmune y se inicia tratamiento con rituximab.

Discusión: Si bien el SOMA no es una patología frecuente en pediatría, su asociación con enfermedades neoplásicas sí lo es y desconocer su existencia y la presentación clínica puede llevar a demoras o subdiagnóstico del tumor con impacto negativo en el pronóstico del paciente. Según casos reportados en la literatura, se debe buscar la presencia de tumores incluso ante la evidencia inicial de un origen parainfeccioso o al antecedente de un cuadro viral, teniendo en cuenta que la manifestación sindromática suele anteceder a la aparición del tumor (4).

**PALABRAS CLAVE:** *Neuroblastoma - Ataxia - Opsoclonus-Myoclonus*

**Autor Responsable:** Camila Tirado Andresen. [cptirado@uc.cl](mailto:cptirado@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALECK, PRESENTACIÓN EN EDAD ADULTA”

**Código del trabajo: CC246**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Luz María Salinas Sarmiento, Michaelle Jansin Jorquera Portilla, Melannie Gloria Ayala Aramayo.

Nombre Tutor: Lorenzo Ramirez Durini

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La hernia diafragmática de Bochdalek es una anomalía congénita, caracterizada por un defecto en el cierre posterolateral del diafragma durante el desarrollo embrionario con la consecuencia directa en la protrusión de estructuras abdominales a la cavidad torácica. Se manifiesta frecuentemente con problemas respiratorios graves en el neonato constituyendo una urgencia, por lo que su diagnóstico en el adulto es excepcional.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 54 años, sin antecedentes previos, consulta por cuadro de dolor abdominal difuso e intenso que refiere tras ingesta alimentaria, asociado a intolerancia oral, vómitos y compromiso del estado general. Al examen físico de ingreso destaca murmullo pulmonar izquierdo abolido, con presencia de ruidos hidroaéreos en hemitórax izquierdo. Ante clínica sugerente se decide realizar estudio con TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste donde se evidencia defecto en hemidiafragma izquierdo a través del cual fluye importante contenido abdominal, consistente en marco colónico, asas intestinales, páncreas, bazo, estómago y grasa peritoneal, condicionando reducción del volumen pulmonar ipsilateral. Se complementa estudio con endoscopia que evidencia pangastropatía eritematosa, con hernia diafragmática, fundus con impronta diafragmática y mucosa colapsada con abundante reflujo biliar. Se decide resolución quirúrgica por vía laparoscópica para el cierre del defecto, utilizando 2 mallas de Symbotex de 20 x 35 cm, previa expansión de cavidad peritoneal con neumoperitoneo por catéter. Paciente presenta adecuada evolución en postoperatorio.

**DISCUSIÓN:** Si bien la presentación de hernia diafragmática de Bochdalek en edad adulta es infrecuente, nuestro paciente presentó una clínica típica, que junto al apoyo imagenológico se pudo realizar la confirmación diagnóstica y resolución quirúrgica.

**CONCLUSIÓN:** Pese a lo infrecuente de la presentación en edad adulta, siempre debe sospecharse ante clínica sugerente, para su adecuada resolución quirúrgica.

**PALABRAS CLAVE:** *diaphragmatic hernia, adult, endoscopy, laparoscopy.*

**Autor Responsable:** Luz María Salinas Sarmiento. luzsalinas\_95@hotmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Síndrome de HELLP como urgencia obstetricia: a propósito de un caso”

**Código del trabajo: CC247**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Jaime Soto Lepe, Patricio Barraza Egaña, Javier Gonzalez Lucero.

Nombre Tutor: Diego Pulgar Marin

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El síndrome de HELLP es una complicación grave del embarazo, asociado a síndrome hipertensivo del embarazo (1). El cuadro clínico se caracteriza por epigastralgia, náuseas, vómitos, decaimiento acompañado de laboratorio concordante con microangiopatía trombótica (anemia, hiperbilirrubinemia, LDH >600, elevación de las enzimas hepáticas (GPT >72) y plaquetas < 100.000) (1,2).

Caso Clínico: Paciente múltipara de 1 por cesárea a las 32 semanas por preeclampsia severa, hipertensa crónica, cursando embarazo de 32+0 semanas, consultó por presión arterial elevada (159/110) en domicilio, asociado a episodio de dolor torácico opresivo autolimitado de 15 minutos, junto con cefalea leve, sin otros síntomas de severidad de preeclampsia, ni de urgencia obstétrica. Ecografía obstétrica: 22 + 2 semanas biometría acorde, placenta normoinserta posterior, líquido amniótico normal, Estimación peso fetal 543 gramos, Cérvis 51 mm. Doppler arterias uterinas IP 1,75 p99. Ecografía servicio de urgencia: feto único vivo, placenta normoinserta posterior, líquido amniótico normal, Doppler fetal normal. Paciente ingresa con diagnóstico de PE sobreagregada, Feto creciendo en p10, Doppler uterinas alterado. IPC 766, SO inflamatorio, urocultivo negativo. Troponina ultrasensible indetectable. Proteinuria en 24 horas 1978 mg/24 horas). Se indica metildopa horario y curso de betametasona. Evoluciona con crisis hipertensiva refractaria a manejo con bolos de labetalol, GOT 208 GPT 141, LDH 518, bilirrubina total de 0.73 Hb 11.9 y plaquetas 241000, dado síndrome de HELLP más PES se decide realizar cesárea de urgencia.

Discusión. El síndrome de HELLP es una condición grave, que se relaciona con complicaciones materno-fetales, destacando accidente cerebro vascular, EPA, CID, insuficiencia renal y hepática, hematoma subcapsular y ruptura de hematoma en la madre, mientras que en el feto están la prematuridad y muerte fetal (1,2). El único tratamiento es la interrupción del embarazo. Paciente evoluciona con hemorragia puerperal y posteriormente favorable

**PALABRAS CLAVE:** *Hellp syndrome, preeclampsia, premature, cesarean.*

**Autor Responsable:** Jaime Soto Lepe. jzsoto@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Neumatosis portal asociada a isquemia mesentérica, a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC255**

**Área: Medicina Adultos, Cirugía Adultos**

Autores: Sebastián Cristóbal Pérez Brunet, Álvaro José Morales Palma, Antonia Andrea Mella Fröhlich.

Nombre Tutor: Mario Bruna Páez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La presencia de gas venoso portal intrahepático es poco común. Sus principales causas son isquemia intestinal, dilatación del tracto digestivo y abscesos. Se presenta un caso de neumatosis portal secundario a isquemia mesentérica.

**Caso:** Hombre, 70 años, fumador, antecedentes de EPOC, Tuberculosis (TBC) pleural secuelada y artritis reumatoide. Ingresa al HCUC traído por familiar comprometido de conciencia. Habría presentado el día anterior CEG y dolor abdominal. Al ingreso afebril, taquipneico, hipotenso, mal perfundido. Los exámenes mostraron acidosis metabólica con falla renal. TC de encéfalo sin hallazgos agudos, Rx de Tórax mostró secuelas de TBC y enfisema, sin hallazgos agudos. Se trasladó a UCI, donde se decidió intubar e iniciar drogas vasoactivas. TC-TAP informó signos sugerentes de isquemia mesentérica no oclusiva, acentuada neumatosis portal e intestinal y signos tomográficos de shock. Paciente evolucionó con shock severo con respuesta parcial a reanimación. Evaluado por cirugía, se realizó laparotomía exploratoria que mostró asas de intestino delgado y grueso con aspecto isquémico desde yeyuno proximal hasta válvula ileocecal, y aspecto moteado violáceo de colon ascendente y transversal. Sin signos de perforación intestinal, hígado pálido. Dado extenso compromiso isquémico intestinal e imposibilidad de rescatar intestino viable, se procedió a cierre de laparotomía y manejo conservador. Regresó a UCI grave, falleciendo el mismo día.

**Discusión:** La neumatosis portal asociada a isquemia intestinal tiene una tasa de mortalidad de hasta un 75%. El diagnóstico debe ser precoz y es posible mediante ecografía, TC o radiografía. La TC abdominal tiene una sensibilidad del 64% y especificidad del 92% para el diagnóstico de isquemia intestinal. El tratamiento es la laparotomía exploratoria, la cual se intentó pero fue infructuosa.

**Conclusión:** La isquemia mesentérica aguda puede producir neumatosis portal. Esta entidad se asocia a alta mortalidad, por lo que es clave su reconocimiento precoz e intervención quirúrgica de urgencia.

**PALABRAS CLAVE:** *Hepatic portal venous gas, Pneumatosis Cystoides Intestinalis, Intestinal Ischemia.*

**Autor Responsable:** Sebastián Cristóbal Pérez Brunet. scperez2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Edema pulmonar ex vacuo tras toracocentesis evacuadora, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC256**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Álvaro José Morales Palma, Antonia Andrea Mella Fröhlich, Carlos Fernando Matas Ghiglino.

Nombre Tutor: Andrés Alexis Schneider Ortega

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El edema pulmonar ex vacuo (EPEV) es una complicación rara de la toracocentesis, estudios antiguos reportan tasas de mortalidad de hasta 20%. Su etiología no es entendida completamente, pero destaca un alto volumen extraído como factor desencadenante. Puede presentar tos, disnea, taquipnea, hipoxemia e incluso inestabilidad hemodinámica.

**Caso:** Hombre, 77 años, antecedente de Hipertensión Arterial y Cáncer Gástrico etapa IV, consultó por 3 días de disnea progresiva. Negaba dolor torácico, síncope y fiebre. Ingresó afebril, normotenso, normocárdico, saturando 99% ambiental. Al examen físico destacaba bien perfundido, con matidez en 2/3 inferiores de hemitórax derecho. Al laboratorio: Hemoglobina 11.8 gr/dL, Leucocitos 13440/mm<sup>3</sup>, PCR 109 mg/L, troponina indetectable, resto normal. Radiografía de tórax mostró moderado derrame pleural derecho, ausente en imagen previa. Se realizó toracocentesis evacuadora, con salida de 2 L de líquido. Dos horas posterior a procedimiento evoluciona hipotenso 80/53 mmHg, taquicárdico 124x', saturando 86% ambiental. Se realizó Tomografía Computada de tórax destacando áreas en vidrio esmerilado en pulmón derecho, sugerente de edema pulmonar y neumotórax derecho. Se indicaron 5 litros de oxígeno por naricera logrando saturar 92%. Evolucionó con menores requerimientos de oxígeno, logrando su suspensión a las 48 horas. El paciente fue dado de alta en buenas condiciones generales.

**Discusión:** La incidencia de EPEV en toracocentesis que drenan más de 1.5 L es de 0.76%, por lo que pese a la evacuación de grandes volúmenes la incidencia sigue siendo baja. En contraste con lo clásico, literatura actual sugiere que el EPEV posee baja mortalidad, y que su curso tiende a ser benigno. Su manejo incluye oxigenoterapia y ventilación mecánica no invasiva.

**Conclusión:** El EPEV es una condición rara, pero potencialmente mortal y debe sospecharse luego de una toracocentesis evacuadora independiente del volumen extraído. El manejo con oxigenoterapia fue efectivo.

**PALABRAS CLAVE:** *Pulmonary Edema, lung diseases, pleural effusion.*

**Autor Responsable:** Álvaro José Morales Palma. [ajmorales@uc.cl](mailto:ajmorales@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Herniación inguinal de uréter en paciente trasplantado con dolor abdominal recurrente”**

**Código del trabajo: CC257**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Francisca Nicole Sepulveda Concha, Felipe Ignacio Rojas Briones, .

Nombre Tutor: Hector Bastián Gallegos Moran,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Las hernias inguinales pueden contener estructuras intraperitoneales o retroperitoneales, dentro de éstas, la herniación del uréter es poco habitual 1. Esta afecta a ambos sexos, siendo en hombres más frecuente asociado con hernias inguinales y en mujeres con hernias femorales 2.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 57 años, con antecedente de Enfermedad Renal Crónica etapa V, trasplantado renal en Fosa inguinal izquierda, con buena función del injerto. Consulta por cuadro de dolor inguinal izquierdo recurrente, asociado a aumento de volumen de la zona. Al examen físico destaca hernia inguinal izquierda, no complicada. Ecografía confirma hernia inguinal además de Hidroureteronefrosis (HUN) del riñón trasplantado. Creatinina plasmática 1.7 mg/dL. PielotAC muestra hernia con signos de complicación, atrapamiento del uréter izquierdo en hernia inguinal e HUN del riñón trasplantado. Se realiza instalación de Catéter doble J sin incidentes. En exámenes de control destaca ecografía del riñón trasplantado con resolución de hidronefrosis y catéter doble J in situ, sin mejoría de función renal. Se realiza Herniorrafia inguinal izquierda abierta con malla, identificando hernia indirecta, reductible. Se reseca lipoma con uréter con doble J en su interior, aislándose y reduciéndose hacia cavidad abdominal, logrando mejoría de función renal.

**DISCUSIÓN:** La herniación de uréter a través del canal inguinal puede encontrarse en el escroto (vía indirecta), zona inguinal (vía indirecta o crural), glúteo (hueco ciático), tórax (hernia de Bochdalek), o el espacio entre el músculo psoas y los vasos ilíacos 3. El diagnóstico de la hernia ureteral inguinoescrotal generalmente pasa desapercibido debido a la ausencia de síntomas urinarios. Esta entidad también se ha descrito en post trasplantados renales, donde se ve hidronefrosis secundaria a una curvatura aguda estenosante del uréter en el saco herniario; por lo que se debe descartar como causa de falla renal y tener en cuenta como hallazgo intraoperatorio para evitar lesiones iatrogénicas 3.

**PALABRAS CLAVE:** *inguinal hernia, ureteral hernia, kidney transplant, hydroureteronephrosis*

**Autor Responsable:** Francisca Nicole Sepulveda Concha. fisepulveda@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“ELEVACIÓN DE IGE EN PACIENTE CON LINFOMA T ANGIOINMUNOBLÁSTICO”**

**Código del trabajo: CC258**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Enrique Elsaca Merino, María José Calletti Godoy, Álvaro José Morales Palma.

Nombre Tutor: Pablo Sandoval Ramírez

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El Linfoma T Angioinmunoblástico es un Linfoma no Hodgkin tipo T periférico que presenta inmunoglobulinopatías dentro de sus manifestaciones. Se presenta el caso de un paciente con síntomas gastrointestinales y dermatológicos que se infieren secundarios a una sobreproducción de IgE.

**Caso Clínico:** hombre de 68 años, sin comorbilidades, que consulta por un mes de fiebre de predominio nocturno que se asocia a rash y habones generalizados, náuseas, vómitos y diarrea ocasional, además de baja de peso de 8 kg en dicho período. Al examen físico destacan lesiones maculares eritematosas en tronco, y múltiples adenopatías de consistencia gomosa, móviles, en zona cervical, axilar e inguinal. En una primera consulta, se evidencia una IgE de 27.107 IU/ml. Al estudio de ingreso presenta: hemograma normal, VHS 41, ELISA-VIH, HBsAg, VHC, VDRL en sangre, parasitológico por serología de ISP, IgM-CMV, IgM-VCA e IgG-Toxoplasma negativo. TC de tórax, abdomen y pelvis mostró numerosas adenopatías mediastínicas, supraclaviculares, retropectorales y axilares bilaterales; electroforesis de proteínas en sangre sin alteraciones, inmunofijación en suero con componente monoclonal IgM-Kappa y Lambda; niveles de IgE > 1000 IU/mL. La biopsia excisional de una adenopatía axilar resultó en un Linfoma no Hodgkin de Estirpe T, compatible con un Linfoma T Angioinmunoblástico, sin ser identificado en la citometría de flujo de la misma muestra.

**Discusión:** se presenta el caso de un hombre con un Linfoma T angioinmunoblástico con elevación de IgE y manifestaciones asociadas a ésta. Esta enfermedad se caracteriza por presentar un compromiso cutáneo e hipergammaglobulinemia, además de los clásicos síntomas B y adenopatías. El diagnóstico se realiza mediante la biopsia adenopática y puede presentarse con una Citometría de Flujo negativa en un significativo grupo de pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** *IgE, Non-Hodgkin Lymphoma, T-Cell Lymphoma*

**Autor Responsable:** Enrique Elsaca Merino. eelsaca@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Bradicardia Post Trasplante Hepático, Reporte de Caso”

**Código del trabajo: CC260**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Jean Claude Marecaux Leclerc, Consuelo Leonor Kutz Escobar, Karen Andrea Nazal Hoffstetter.

Nombre Tutor: Alex Bittner

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Si bien la bradicardia es una complicación que se puede producir intra trasplante hepático como parte del síndrome de reperfusión, existen escasos reportes de casos de bradicardia sinusal en el postoperatorio del trasplante hepático en adultos. Esto genera inquietud en los tratantes y ha planteado interrogantes respecto a la posible causa de este fenómeno y la necesidad de tratamiento específico.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 59 años, con antecedentes DHC Child C, de etiología hepatitis autoinmune + NASH, síndrome hepatorenal tipo 1 e hipotiroidismo, ingresó para trasplante hepático. Ecocardiograma previo a trasplante con cámaras cardíacas de dimensiones normales y FE de 68%. Electrocardiograma con ritmo sinusal a frecuencia normal. Cirugía sin incidentes, sin complicaciones postquirúrgicas. A las 24 horas manifestó bradicardia sinusal leve que se profundizó progresivamente hasta que 3 días después, llegó hasta 30 LPM, respondiendo a la Atropina y a la actividad física. Los intervalos PR, QRS y QT fueron normales. Se mantuvo siempre asintomática y sin repercusión hemodinámica. Holter de ritmo realizado 5 días post-trasplante evidenció frecuencia promedio de 45 lpm. No se encontró causa específica y fue dada de alta sin intervención específica. Se ha mantenido estable a un mes de seguimiento.

**DISCUSIÓN:** Este caso clínico representa un fenómeno poco común del postoperatorio de un trasplante hepático. Habiéndose descartado causas específicas a las cuales atribuir la bradicardia, como alteraciones electrolíticas, enfermedades asociadas o efecto adverso de fármacos, como la ciclosporina, cabe postular un fenómeno disautonómico como responsable de la bradicardia. Se ha descrito disfunción autonómica acompañando al DHC y a la miocardiopatía cirrótica, pero está insuficientemente estudiada en pacientes post-trasplante. La decisión de implantar un marcapaso debe tomarse en función del impacto sintomático de la bradicardia. Se hace necesario estudiar series más grandes de pacientes para evaluar posible etiología, asociaciones y pronóstico.

**PALABRAS CLAVE:** *Bradycardia, Liver Transplantation, Autonomic Nervous System Diseases*

**Autor Responsable:** Jean Claude Marecaux Leclerc. [jcmarecauxl@gmail.com](mailto:jcmarecauxl@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Criterios ecográficos diagnósticos de acretismo placentario”

**Código del trabajo:** CC265

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Sofía Kutscher Campero, Clara Rioseco Ramos, Magdalena Fuenzalida Palacios.

Nombre Tutor: Josefina Almeida Zarraonandia,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El acretismo placentario corresponde a una adherencia anormalmente fija de la placenta al útero. Existen tres grados según la profundidad que alcanzan las vellosidades coriónicas: en la placenta acreta se fijan al miometrio, en la increta lo invaden y en la percreta lo atraviesan pudiendo invadir órganos vecinos. Su riesgo aumenta con placenta previa oclusiva (PPO) y cesáreas anteriores. El diagnóstico se basa en la sospecha epidemiológica y hallazgos ecográficos, con alta sensibilidad (97%) y especificidad (91%) en manos de un operador experimentado.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 22 años, multipara de 1 cesárea anterior (por deterioro de la unidad fetoplacentaria), cursando embarazo de 28+3 semanas con diagnóstico de PPO. Consulta por cuadro de metrorragia y dinámica uterina 3/10 minutos. Al examen físico de ingreso se describe sangrado moderado por orificio cervical externo y ecografía transvaginal con feto único vivo, PPO con signos de acretismo placentario e imagen hiperecogénica de 50x17x50 mm compatible con desprendimiento coriodecidual. Se hospitaliza para observación. Dado persistencia de genitorragia se decide cesárea e histerectomía total a las 30+1 semanas. Durante cirugía se diagnostica placenta increta. Paciente con evolución favorable, es dada de alta precozmente.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El diagnóstico antenatal de acretismo placentario es importante para poder anticiparse al manejo y así disminuir la morbimortalidad materna asociada. Éste se logra con la identificación de los factores de riesgo y los criterios ecográficos, que corresponden a pérdida de la zona hipoeecogénica miometrial retroplacentaria, adelgazamiento o disrupción de la interfase serosa hiperecogénica entre útero y vejiga, masa focal exofítica a través del miometrio fuera del útero, numerosos lagos vasculares intraplacentarios y vascularización anormal del sitio de implantación placentaria. La recomendación es derivar a atención terciaria con un equipo multidisciplinario y realizar histerectomía total. Sin embargo, en las últimas décadas se han desarrollado estrategias no invasivas con éxito.

**PALABRAS CLAVE:** *Placenta accreta, ultrasound, antenatal diagnosis.*

**Autor Responsable:** Sofía Kutscher Campero. sakutscher@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hipofosfatemia secundaria a administración de Hierro Carboximaltosa:  
Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC266**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Javier Alexis González Lucero, Javier Ignacio González de la Vega, Patricio Alejandro Barraza Egaña.

Nombre Tutor: Simón de la Maza Fontecilla

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La hipofosfatemia corresponde a niveles plasmáticos <2.6 mg/dL de fosfato. Es una condición relativamente frecuente, sobre todo en pacientes críticos. La clínica está dada por la reducción de niveles de fósforo en tejido muscular (miopatía proximal, insuficiencia cardíaca, íleo, disfagia, parálisis diafragmática, rabdomiólisis) así como alteraciones metabólicas (hemólisis, encefalopatía) y óseas (raquitismo, osteomalacia). Las etiologías están dadas por redistribución interna, reducción en la absorción o aumento de pérdidas renales, siendo el hierro endovenoso una causa incipiente de este último grupo.

**Caso Clínico:** Mujer de 47 años, antecedente de bypass gástrico por obesidad tipo I, hospitalizada recientemente por hipofosfatemia e hipocalcemia secundaria a hipovitaminosis D consulta por mialgias generalizadas, pérdida de fuerzas en miembro superior de predominio distal, predominio izquierdo y malestar general. Sin otros síntomas. Examen físico: déficit motor en EESS similar a historia. Laboratorio: Hb 14.3, CKT 43. Función renal, gases y electrolitos normal. Calcio 8.7. Fósforo 1.34. PTH 86. Vitamina-D 13.2. Ingresa con diagnóstico de hipofosfatemia sintomática. Se solicita estudio urinario mostrando glucosuria y fosfaturia (FEPO4 33%). Dado grandes pérdidas se plantea tubulopatía tipo Fanconi. FGF-23 89. En vista a antecedente de infusión de hierro carboximaltosa (Ferinject) en septiembre se diagnostica hipofosfatemia por infusión de Ferinject.

**Discusión:** La hipofosfatemia secundaria a infusión de Ferinject corresponde a una reacción adversa que ha aumentado en el tiempo. Esto ocurriría también con otras formas de hierro endovenoso. El mecanismo estaría dado por un efecto inhibitorio del hierro endovenoso en el clivaje del factor de crecimiento de fibroblastos-23 (FGF-23), el cual reduce la reabsorción de fosfato a nivel del túbulo proximal como en la absorción intestinal por reducción en la síntesis de vitamina D activada, lo que explica la hipofosfatemia por fosfaturia dado por niveles de FGF-23 elevados, como se ha visto en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** *Hypophosphatemia. Ferric Carboxymaltose. Fibroblast growth factor 23.*

**Autor Responsable:** Javier Alexis González Lucero. jagonzalez6@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“MANEJO DEL POTASIO EN PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABÈTICA:  
CONSIDERACIONES A PROPÒSITO DE UN CASO CLÌNICO.”**

**Código del trabajo: CC267**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Sebastián Sorensen Barros, Santiago Escobar Urrejola, Thadeuss Albert Reyes Calderón.

Nombre Tutor: Rodrigo Javier Tagle Díaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Dentro del manejo de la Cetoacidosis Diabética (CAD), la potasemia cobra un rol protagónico por su fluctuación inherente a la enfermedad, la descompensación de las patologías de base que provoca y el manejo del síndrome. El objetivo de este trabajo es describir el abordaje de los trastornos del potasio en un paciente con CAD, considerando las guías actuales y a partir del caso de una paciente oligosintomática de 74 años que consultó al Hospital Sótero del Río.

**CASO CLÍNICO:** Paciente con antecedente de Diabetes Mellitus 2 insulino-requiriente, Gastrectomizada hace 10 días por Adenocarcinoma Gástrico. Consultó por hiperglicemia capilar asociada a náuseas luego de haber suspendido la insulino-terapia posterior al alta quirúrgica. Se encontraba levemente taquicárdica y su laboratorio compatibilizaba con CAD, Hipercalemia leve y Falla Renal Aguda. Los descompensantes habituales, fuera de la mala adherencia al tratamiento, fueron descartados. Se manejó con Bomba de Infusión Continua de Insulina y aporte de potasio y volumen endovenoso. Sin embargo, la paciente evolucionó con hipocalemia asociada a cambios electrocardiográficos por lo que se debió reponer potasio y suspender la bomba de insulina, con buena respuesta. Finalmente evolucionó favorablemente y fue dada de alta.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El enfrentamiento del CAD requiere un manejo multifacético del medio interno. En específico, el impacto que se genera en la homeostasis del potasio, independiente de su reposición, puede resultar en una dramática caída de sus niveles. Este trabajo intentó mostrar que una monitorización cuidadosa de los niveles séricos del potasio y su manejo basado en la evidencia son imprescindibles.

**PALABRAS CLAVE:** *Diabetic Ketoacidosis, Potassium, Therapeutic.*

---

**Autor Responsable:** Sebastián Sorensen Barros. [ssorensenb@gmail.com](mailto:ssorensenb@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“LA RELEVANCIA DE UN BUEN EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO: CONSIDERACIONES AL RESPECTO DE UN CASO CLÍNICO.”**

**Código del trabajo: CC268**

**Área: Medicina Adultos, Otras Especialidades**

Autores: Sebastián Sorensen Barros, Thadeuss Albert Reyes Calderón, Santiago Escobar Urrejola.

Nombre Tutor: Rodrigo Javier Tagle Díaz,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Dos tercios de los adultos sufrirán dolor lumbar durante su vida y es el segundo síntoma más frecuente en las consultas médicas, por lo que se torna imperiosa su correcta caracterización y jerarquización según banderas rojas. El objetivo de este trabajo reside en enfatizar, a la luz de la evidencia y a partir de un caso clínico, que una buena anamnesis y examen físico pueden cambiar completamente el enfoque diagnóstico, de estudio y terapéutico de esta patología.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 67 años con antecedente de Epilepsia que consultó al Servicio de Urgencias debido a un dolor lumbar derecho leve irradiado a flanco y muslo derecho por posterior, de 3 días de evolución, asociado a fiebre en las últimas 24 horas sin más síntomas asociados. Ingresó febril, su examen físico era normal, con puño percusión negativa y signos de TEPE y Lasegue no consignados. En sus exámenes destacaba una orina inflamatoria, por lo cual, en contexto de su clínica y laboratorio, se manejó inicialmente como una Pielonefritis Aguda. Al día siguiente se evaluaron los signos de irritación del nervio ciático los cuales aparecieron positivos, por lo que se generó un cambio en el enfoque diagnóstico y se decidió complementar con Resonancia Magnética Lumbar, donde se evidenció un proceso inflamatorio-infeccioso paravertebral lumbar derecho. Luego de descartada la causalidad cardioembólica, y asociados los hallazgos en orina a una nefropatía por IgA, se decidió ajustar el abordaje antibiótico y fue dada de alta.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Entre las causas de dolor lumbar bajo, las enfermedades viscerales representan un 2% y las causas espinales no mecánicas (más relacionadas a las banderas rojas) sólo un 1%. Este trabajo ejemplifica que con las herramientas más básicas del médico, una buena anamnesis y examen físico, se puede discernir apropiadamente entre estas causas, guiando correctamente su estudio y posterior tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** *Low back pain, fever, physical examination.*

**Autor Responsable:** Sebastián Sorensen Barros. ssorensenb@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Púrpura trombocitopénico trombótico: Una patología infrecuente pero mortal. A propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC270**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Nicolás Orozco Soto, Victoria Polanco Trampe, Carlos Vivallo Crisóstomo.

Nombre Tutor: Constanza Alejandra Orozco Soto

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El púrpura trombocitopénico trombótico (PTT) es una microangiopatía trombótica primaria causada por anticuerpos inhibitorios de ADAMTS13. Suele manifestarse con anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia, y menos frecuentemente, manifestaciones neurológicas (desde cefalea hasta coma), alteraciones renales (insuficiencia renal, hematuria, proteinuria) y fiebre. Tiene una incidencia de 3 casos por millón de adultos, y si no se trata oportunamente, tiene una alta mortalidad (más de 90%).

Caso: Paciente femenina de 45 años, con antecedente de DM2, consulta en urgencias por cuadro de 3 días de evolución de disuria, polaquiuria y hematuria, que se maneja como ITU de forma ambulatoria. Vuelve a consultar por persistencia de síntomas y se agrega dolor lumbar tipo puntada. Ingresa a urgencias afebril, quejumbrosa, sin otros hallazgos al examen físico. Laboratorio al ingreso en que destaca trombocitopenia en 12.000/mm<sup>3</sup>, parámetros inflamatorios elevados, falla renal aguda (creatinina en 1,4 mg/dl), y en orina completa destaca hematuria microscópica. Se toma TAC TAP que muestra pieloureteritis de origen inflamatorio con compromiso urotelial difuso. Posteriormente evoluciona con agitación psicomotora y visión borrosa, por lo que se toma un TAC de cerebro que resulta sin hallazgos. En control posterior persiste con trombocitopenia profunda, y evoluciona con anemia, asociado a esquistocitos en el frotis, elevación de LDH e hiperbilirrubinemia indirecta. Por sospecha de PTT se miden niveles de ADAMTS-13, que resultan disminuidos, confirmando el diagnóstico.

Discusión: El diagnóstico de PTT se confirma con actividad de ADAMTS13 <10%. El tratamiento definitivo es con plasmaféresis, que se ha demostrado que reduce la mortalidad. Se suele agregar tratamiento inmunosupresor con corticoides (reduciría producción del autoanticuerpo) y Rituximab (disminuye recurrencias). Es importante tener en cuenta que no siempre se podrá indicar la plasmaféresis de inmediato, en cuyo caso es útil la transfusión de plasma como terapia puente a la espera del tratamiento definitivo.

**PALABRAS CLAVE:** *Thrombotic Thrombocytopenic Purpura, Hemolytic anemia, Thrombocytopenia*

**Autor Responsable:** Nicolás Orozco Soto. niorozco@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Leucemia mieloide aguda en paciente joven: a propósito de un caso”

**Código del trabajo: CC272**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Victoria Polanco Trampe, Nicolás Orozco Soto, Isidora Ramírez Ewert.

Nombre Tutor: Constanza Alejandra Orozco Soto

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La leucemia mieloide aguda (LMA) comprende un grupo heterogéneo de neoplasias hematológicas agresivas que se originan en la expansión clonal de células precursoras hematopoyéticas en la médula ósea. La sobreproducción de estas células interfiere con la síntesis de otras líneas celulares sanguíneas, por lo que se presenta como fatiga, palidez, hemorragias, infecciones, entre otras manifestaciones que reflejan la disminución de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. El diagnóstico se realiza al evidenciar > 20% blastos en médula ósea o sangre periférica, además de bastones de Auer, mieloperoxidasa positiva, marcadores mieloides o monocíticos por inmunofenotipaje. El tratamiento consiste en terapia de soporte, además de quimioterapia y/o trasplante de médula ósea.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 27 años con antecedente de obesidad mórbida, presenta cuadro de 5 días de visión borrosa. Es derivado a urgencias por evidencia de manchas de Roth bilaterales al fondo de ojo. Al interrogatorio dirigido, refiere hemorragia gingival, fatiga, palidez y síntomas B. Al examen físico destaca palidez de piel y mucosas, petequias e hipertrofia gingival. Se solicitan exámenes de laboratorio en que destaca hemoglobina 5.6, leucocitos 240.300 y plaquetas 50.000. Se solicita hemograma formal en que se informa leucocitos 64.400, y 61% blastos con bastones de Auer presentes. Se toma muestra para mielograma cuyo inmunofenotipo informa 59% de estirpe mieloide y 34% de granulocitos. Se diagnostica leucemia mieloide aguda.

**Discusión:** En adultos, si bien la LMA es el tipo de leucemia aguda más frecuente, se suele presentar en promedio a los 65 años y la incidencia aumenta con la edad. En general, alrededor de la mitad de los casos responde a la quimioterapia inicial. En este caso, luego de realizarse el mielograma, se inicia quimioterapia y luego de un mes se controla mielograma: infiltración de blastos 60%, por lo que se considera refractario a tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** *Leukemia, Myeloblastic, Acute, Hematologic neoplasm*

**Autor Responsable:** Victoria Polanco Trampe. vipolanco@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Rendimiento de la baciloscopia para diagnóstico de Tuberculosis: A propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC273

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Nicolás Ignacio Orozco Soto, Carlos Andrés Vivallo Crisóstomo, Camila Cecilia Rodríguez Digmann.

Nombre Tutor: Constanza Alejandra Orozco Soto

## RESUMEN

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis (TBC) es una infección bacteriana contagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*. Sus manifestaciones se dividen en pulmonares y extrapulmonares, siendo más frecuente el primer grupo (tos, expectoración, síndrome febril, sudoración nocturna, entre otros). Entre las formas extrapulmonares encontramos la linfadenitis tuberculosa, que puede presentarse como poliadenopatías, siendo la región más frecuentemente afectada la cervical.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 23 años sin antecedentes consulta en atención primaria por cuadro de 9 meses de tos y expectoración mucosa asociada a fiebre intermitente, compromiso del estado general, baja de peso y sudoración nocturna, a lo que se agrega aumento de volumen doloroso en región temporo-mandibular derecha, asociado a adenopatías inguinales, supraclaviculares y cervicales bilaterales. Se estudia etiología de poliadenopatías: hemograma normal, baciloscopia I y II, PCR de TBC, VDRL, ELISA VIH, EDA, resultando todo negativo. Es derivado a nivel terciario donde se complementa estudio con TAC TAP que informa múltiples adenopatías cervicales, mediastínicas y abdominales, y absceso en músculo masetero derecho. Se realiza biopsia incisional de adenopatía cervical, con baciloscopías y cultivos negativos e histopatología con hiperplasia linfoide reactiva. Por persistencia de duda diagnóstica, se realiza biopsia excisional de adenopatía con PCR de micobacterias en secreción de adenopatía, resultando positivo para TBC.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico en sintomáticos respiratorios es por confirmación bacteriológica mediante baciloscopia o cultivo, o bien mediante técnicas de biología molecular. La sensibilidad de una baciloscopia es de 76%, lo que aumenta hasta 83% con una segunda muestra. Su ventaja es su rapidez y bajo costo. El cultivo es más sensible y específico que la baciloscopia, pero demora hasta 60 días su resultado. Para TBC extrapulmonar, el diagnóstico puede ser histopatológico, con punción por aguja fina, o por biopsia excisional en caso que la punción no pueda realizarse o sea negativa.

**PALABRAS CLAVE:** *Tuberculosis, Cervical Tuberculous Lymphadenitis, Mycobacterium tuberculosis*

**Autor Responsable:** Nicolás Ignacio Orozco Soto. [niorozco@uc.cl](mailto:niorozco@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Bacteriemia por SAMS y estudio de diseminación: a propósito de un caso”**

**Código del trabajo: CC275**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Victoria Isabel Polanco Trampe, Carlos Andrés Vivallo Crisóstomo, Isidora Paz Ramírez Ewert.

Nombre Tutor: Constanza Alejandra Orozco Soto

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La importancia de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible (SAMS) radica en que sus complicaciones le confieren una alta mortalidad (40-60%). Suele presentarse clínicamente como un síndrome febril sin foco. Debe buscarse activamente el origen de la bacteriemia ya sea mediante examen físico, laboratorio y/o imágenes. Hasta un 30% de los casos se presenta con enfermedad metastásica, por lo que al confirmarse la bacteriemia por SAMS en hemocultivos, se debe iniciar estudio de diseminación con ecocardiograma transtorácico (ETT) e imágenes.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 75 años con antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis (CVC tunelizado), diabetes mellitus e hipertensión arterial. Es derivada a Servicio de Urgencias desde centro de diálisis por presentar fiebre intradiálisis. Paciente refiere además cuadro de 1 semana de dolor en región dorsolumbar con aumento progresivo de intensidad, sin otros síntomas. Al examen físico destaca soplo holosistólico predominante en foco mitral. Se solicitan hemocultivos periféricos I y II, y por arrastre de catéter que resultan positivos para SAMS, cumpliendo criterios de infección asociada a CVC. Se complementa estudio con TAC TAP donde se evidencian focos de espondilodiscitis en T6 y T7. Para continuar estudio de diseminación de bacteriemia por SAMS se realiza ETT donde no se encuentran vegetaciones. Dados los factores de riesgo de la paciente, se solicita ecocardiograma transesofágico (ETE) donde se pesquisa vegetación de 24 mm en válvula mitral.

**Discusión:** Si bien se recomienda realizar un ETT frente a una bacteriemia por SAMS, su sensibilidad para detectar vegetaciones corresponde a un 61%. Por lo tanto, en algunos casos de mayor riesgo de endocarditis bacteriana se recomienda estudiar con ETE (hemodiálisis, válvula protésica, evidencia de diseminación en otro sitio, entre otros). En este caso en particular, la paciente fue sometida a cirugía cardíaca, realizándose un recambio valvular mitral con prótesis biológica, sin incidentes.

**PALABRAS CLAVE:** *bacteremia, Staphylococcus aureus, endocarditis, bacterial*

---

**Autor Responsable:** Victoria Isabel Polanco Trampe. vipolanco@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Cáncer testicular de presentación atípica: Examen genital de rutina en cefaleas secundarias en hombres jóvenes”**

**Código del trabajo: CC276**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Renato Ignacio Navarro Capone, Belén Alejandra Giménez Barros, Jorge Lopez Ruiz-Esquide.

Nombre Tutor: Mario Luca Giuliano Salazar

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El cáncer de testículo es poco frecuente, sin embargo es el más común en hombres entre 15 y 35 años, cuya incidencia ha aumentado en el último tiempo. Actualmente, se espera curación en un 95% de los pacientes en sus primeras etapas y hasta un 80% en pacientes con metástasis. Se presenta un paciente con cáncer testicular etapa IIIC que debuta con cefalea aguda.

Caso: Hombre, 20 años, sin antecedentes ni factores de riesgo de cáncer testicular, consulta por 3 días de cefalea aguda en región occipital irradiada al cuello 8/10 EVA, sin síntomas neurológicos, destacando al examen ginecomastia bilateral. Se solicita TAC cerebral que muestra lesión de 5 x 3 cm en región occipital derecha. Se reexamina paciente y se palpa masa dura y móvil de 4 cm en testículo derecho, sin hallazgos en testículo contralateral ni cordones espermáticos, sin adenopatías cervicales, abdominales ni inguinales. TAC- TAP confirma lesión testicular, además lesiones pulmonares bilaterales de aspecto secundario. El laboratorio general se encuentra en parámetros normales y en cuanto a marcadores tumorales, LDH en 852 U/L, beta- HCG 156.766 mUI/mL y alfa-feto-proteína en 1.256 ng/mL. Debido a valores y presentación se sospecha tumor mixto con presencia de coriocarcinoma.

Discusión: Este cáncer en su mayoría, se presenta con aumento de tamaño testicular indoloro e irregular, 10% puede presentarse con dolor por hemorragia o necrosis tumoral y hasta un 14 % puede presentarse con hemoptisis o dolor lumbar como manifestaciones de diseminación. Por último, 5% de los pacientes con cáncer de células germinales pueden presentar ginecomastia. Debido a la incidencia en jóvenes y la alta efectividad del tratamiento, es importante realizar examen genital completo en pacientes hombres jóvenes que consulten por cefalea sugerentemente secundaria para orientar precozmente el tratamiento, más aún si el examen del paciente tiene otros hallazgos que lo sugieran.

**PALABRAS CLAVE:** “TESTICULAR NEOPLASMS” - “MALE UROGENITAL DISEASES” - “HEADACHE DISORDERS”

---

**Autor Responsable:** Renato Ignacio Navarro Capone. rinavarro@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Arteritis de la Temporal (AT) como manifestación paraneoplásica de Mieloma Múltiple (MM): Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC278**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Enrique Blanco Errázuriz, Francisca Donoso Mena, Francisco Vandeputte Martínez.

Nombre Tutor: María Eugenia Martínez Ruiz Esquide.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### INTRODUCCIÓN:

La AT es una vasculitis de arterias grandes y medianas de predominio en vasos del tronco y cerebrales en mayores de 50 años. Suele presentarse con cefalea, puede conducir a ceguera y tiene alta morbimortalidad. Se caracteriza por compromiso del estado general, anemia, VHS y PCR elevadas. No hay laboratorio específico (vasculitis ANCA negativa) pero la biopsia de la arteria temporal ayuda al diagnóstico definitivo. La AT se trata con dosis altas de corticoesteroides y anti IL-6.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 74 años consulta en Urgencias por diplopía, cefalea holocránea 7/10 de algunas horas y cansancio de 3 meses de evolución. En el examen destacaba estrabismo convergente del ojo derecho y sensibilidad de la arteria temporal derecha. Imágenes de cerebro normales. Laboratorio evidencia Hemoglobina 10,8; VHS 48 mm/h; PCR 0,81 mg/dl (VN < 0,5); Proteínas T 8,7g/dL; globulinas 4,8 g/dL (VN < 3,9); B2 microglobulina 3,63 ug/ml (< 2,2), y una paraproteína IgG kappa en la electroforesis. Mielograma con CMF describe 0,46% de células plasmáticas clonales kappa+. Biopsia de arteria temporal derecha: infiltrado linfocitario transmural y presencia de células gigantes multinucleadas. Compatible con MM y AT. Se trató con esquema “CyBorD” observándose remisión temprana de la diplopía, cefalea y del MM.

#### DISCUSIÓN

Se presenta una paciente con AT y simultáneamente MM. Los síntomas vasculares, neurológicos, oculomotores, y constitucionales de esta paciente corresponden a manifestaciones paraneoplásicas de un MM ya que no dependen del efecto mecánico del tumor o de una metástasis. La presencia de paraproteína determinó la búsqueda de MM. Las vasculitis de grandes vasos rara vez son una manifestación reumática paraneoplásica. Sin embargo, el diagnóstico diferencial con síndrome paraneoplásico es muy importante porque tiene implicancias terapéuticas, y pueden ser el primer signo de una neoplasia.

**PALABRAS CLAVE:** *Temporal Arteritis, Multiple Myeloma, Paraneoplastic Syndrome*

**Autor Responsable:** Enrique Blanco Errázuriz. [enriqueblancoe@gmail.com](mailto:enriqueblancoe@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “KAWASAKI ATÍPICO EN LACTANTES: IMPORTANCIA DE SOSPECHA Y TRATAMIENTO TEMPRANOS”

**Código del trabajo: CC280**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Isidora Paz Ramírez Ewert, Carlos Andrés Vivallo Crisostomo, Victoria Isabel Polanco Trampe.

Nombre Tutor: Constanza Alejandra Orozco Soto

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Kawasaki (EK) corresponde a una vasculitis sistémica de arteria de mediano tamaño que afecta predominantemente arterias coronarias. Es aguda, idiopática y de curso autolimitado, dejando secuela en hasta el 30% de los casos. Corresponde a la primera causa de enfermedad cardíaca adquirida en pediatría en países desarrollados. En Chile se reporta una incidencia de 8,7 casos x 100.000 habitantes, con un aumento significativo en los últimos años. El diagnóstico es clínico y el tratamiento debe ser idealmente dentro de los primeros 10 días de enfermedad.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 13 meses, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 10 días de fiebre hasta 39°C y lesiones en piel generalizadas, pruriginosa, tipo habón que resuelven a la semana. Ingresa febril, clínicamente estable, al examen físico destaca ojos rojos sin secreción y faringe hiperémica. Presenta dos consultas previas donde se diagnosticó herpangina y otitis media aguda respectivamente, recibiendo 5 días de Amoxicilina oral, sin mejoría clínica. De los exámenes de laboratorio a recalcar: Hemoglobina 11.9, Leucocitos 26.700, Plaquetas 1.120.000, PCR 12.0 mg/dL, Albúmina y pruebas hepáticas normales, Orina completa: Leucocitos 266. Urocultivo negativo Dado que presenta elementos clínicos y de laboratorio sugerentes (PCR elevada, Piuria, Leucocitosis y Trombocitosis) de EK atípico, se inicia tratamiento dentro de las primeras horas. Ecocardiograma sin alteraciones. Respuesta favorable, evolucionando afebril luego de 12 horas. Se decide alta con aspirina en dosis anticoagulantes y controles ambulatorios por cardiología.

**DISCUSIÓN:** La EK es una enfermedad poco común que, como se ilustra en este caso, se presenta con una gran variedad de diagnósticos diferenciales, enfatizando la importancia de alto grado de sospecha para un diagnóstico oportuno. El tratamiento reduce la inflamación y disminuye el daño arterial a largo plazo hasta un 4-5% en caso de ser administrado oportunamente.

**PALABRAS CLAVE:** *Kawasaki Disease, Vasculitis, Fever of unknown origin, Exanthema*

**Autor Responsable:** Isidora Paz Ramírez Ewert. [ipramirez@uc.cl](mailto:ipramirez@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “FIBROSIS RETROPERITONEAL MALIGNA COMO MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO”

**Código del trabajo:** CC282

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Isidora Paz Ramírez Ewert, Nicolás Ignacio Orozco Soto, Victoria Isabel Polanco Trampe.

Nombre Tutor: Constanza Alejandra Orozco Soto

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** Se denomina fibrosis retroperitoneal (FR) a la presencia de tejido fibrótico crónicamente inflamado en el retroperitoneo que puede rodear uréteres, vasos y órganos abdominales. Tiene su mayor incidencia desde la 5ta década de la vida, aproximadamente 1,4/100.000 habitantes. Se describen diversas etiologías, principalmente idiopática en hasta 2/3 de los casos y el tercio restante es secundaria a factores como malignidad (8%: Linfoma de Hodgkin, diversos carcinomas y sarcomas), infecciones, cirugía, entre otros.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 59 años, sin antecedentes, presenta historia de un año de evolución de diarrea crónica con lentería y esteatorrea. Asociado a dolor abdominal, pujo, tenesmo, vómitos biliosos ocasionales y pérdida del 42% del peso inicial en 12 meses. Se descartan causas infecciosas, inmunológicas y enfermedad celiaca. Niveles IgG4 normales. Endoscopía alta y colonoscopia sin hallazgos. TAC de abdomen evidencia tejido de partes blandas que rodea vasos retroperitoneales. Se complementa con RM de abdomen que muestra masa retroperitoneal que rodea la aorta abdominal, vasos renales y vasos de la raíz del mesenterio, sugerente de síndrome linfoproliferativo. Se realiza biopsia por vía laparoscópica en dos ocasiones dado primer resultado inconcluso, durante procedimiento destaca presencia de quilo-ascitis. Lesión informada como adenocarcinoma con infiltración ganglionar y abundante tejido fibrótico. Marcadores séricos: Ca 19-9 en 1124. Se descartan otras neoplasias, diagnosticando cáncer de páncreas. Se deriva a oncología y cuidados paliativos para seguimiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La FR puede presentar un desafío diagnóstico dado la baja incidencia y escaso conocimiento de su patogenia. La sintomatología es inespecífica por lo que la sospecha se realizará con imagenología. Es esencial diferenciar entre causa idiopática y secundaria para determinar tratamiento. Para esto exámenes como marcadores séricos, niveles IgG4 y anti-DNA pueden ser orientadores, sin embargo, será necesaria una biopsia en la mayoría de los casos para confirmar.

**PALABRAS CLAVE:** *Pancreatic neoplasms, Retroperitoneal fibrosis, Steatorrhea, Weight loss, Abdominal Pain*

---

**Autor Responsable:** Isidora Paz Ramírez Ewert. ipramirez@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “HEPATITIS ALCOHÓLICA: DESCRIBIENDO SU MANEJO ACTUAL A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO”

**Código del trabajo: CC283**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Thadeuss Reyes, Sebastian Sorensen Barros, Santiago Escobar Urrejola.

Nombre Tutor: Tomás Abarca Niesen

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción:

La hepatitis alcohólica corresponde a una entidad clínica producida por una alteración aguda de la función hepática secundaria al consumo de alcohol (OH) en altas dosis. Históricamente, el manejo de esta patología ha sido controversial dado los múltiples efectos adversos y discutible efectividad de las terapias disponibles. El objetivo de este trabajo es ejemplificar con un caso clínico las condiciones que determinan la elección de su tratamiento en base a scores clínicos que permiten su estandarización. Se utilizará para el análisis el caso de un paciente de 43 años que consultó por ictericia, en el Hospital Clínico Universidad Católica.

#### Presentación del caso:

Paciente de 43 años de edad con antecedentes de infarto agudo al miocardio y esteatohepatitis alcohólica. Consultó por un cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal difuso asociado a vómitos, ictericia, coluria y sensación febril no cuantificada, posterior a transgresión de OH. En su estudio inicial destacaba notorio aumento de tiempo de protrombina, bilirrubina, transaminasas y glóbulos blancos. Se trasladó a una unidad monitorizada y se iniciaron corticoides dado un Score de Madrey alto. Completó 7 días por presentar un Score de Lille compatible con falta de respuesta, por lo que se utilizó N Acetil-Cisteína (protocolo de 4 días) con buen resultado clínico, siendo posteriormente dado de alta.

#### Discusión:

La hepatitis alcohólica es un cuadro de alta mortalidad. El tratamiento corticoesteroidal se reserva para casos graves, utilizando el Score de Madrey para evaluar su pertinencia. Requiere, además, pesquisar su respuesta con instrumentos como el Score de Lille, evaluando el uso de terapias alternativas como la N-Acetilcisteína antes resultados insatisfactorios. En este caso clínico se intentó caracterizar la evolución de esta enfermedad con la terapia actualmente disponible, en la cual hay aún mucho terreno por investigar.

**PALABRAS CLAVE:** *Alcoholic Hepatitis, Therapy, Corticosteroids*

**Autor Responsable:** Thadeuss Reyes. tbreyes@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “OXIGENOTERAPIA PARA ENFERMEDAD POLMUNAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN PACIENTES CON ANEMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.”

**Código del trabajo:** CC284

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Thadeuss Reyes Calderón, Santiago Escobar Urrejola, Sebastián Sorensen Barros.

Nombre Tutor: Tomás Abarca Niesen

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) corresponde a una patología de alta prevalencia. Existen pocas terapias que han demostrado tener efectos significativos sobre su mortalidad, entre las cuales se encuentra la oxigenoterapia domiciliaria. Actualmente se recomienda en pacientes con Presión arterial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) menor a 55 milímetros de mercurio (mmHg), o menor a 60 mmHg asociado a hematocrito mayor a 55%, Hipertensión Pulmonar o Cor Pulmonale. Esta indicación se complejiza al aplicar los criterios en pacientes con comorbilidades que disminuyan el hematocrito. Este trabajo pretende poner en discusión lo anterior a partir del caso de un paciente de 79 años portador de una Beta-Talasemia, que consultó al Hospital Clínico Universidad Católica por una exacerbación de EPOC.

**Presentación del caso:** Paciente con antecedentes descritos consultó por 3 semanas de aumento de disnea asociada a mala adherencia a terapia broncodilatadora. Ingresó hemodinámicamente estable, afebril, con clínica obstructiva. En su estudio inicial destacaba PaO<sub>2</sub> de 56 mmHg, Hematocrito 46%, parámetros inflamatorios bajos y radiografía de tórax sin focos de condensación. Se manejó con oxigenoterapia, corticoesteroides y optimización de broncodilatación, con buena respuesta clínica. Al alta se rescataron exámenes ambulatorios que mostraban PaO<sub>2</sub> en 2 tomas con valores de 56 y 57 mmHg, y hematocrito basal previo al diagnóstico de EPOC de 38%. Dado estos antecedentes, se inició oxigenoterapia domiciliaria en su control ambulatorio.

**Discusión:** Hasta el momento no hay evidencia suficiente para indicar oxigenoterapia domiciliaria para EPOC en pacientes que cursan con anemia crónica, al ser ésta una patología de causas heterogéneas. Este caso caracteriza una decisión particular, tomada en base a un paciente que mostró un aumento de su hematocrito basal, que, entre otras causas, pudo ser secundario a hipoxemia crónica. El aumento de hematocrito basal podría ser considerado como criterio de oxigenoterapia domiciliaria, faltando aún mucha investigación para ello.

**PALABRAS CLAVE:** *Oxygen Inhalation Therapy, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Anemia*

**Autor Responsable:** Thadeuss Reyes Calderón. [tbreyes@uc.cl](mailto:tbreyes@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “TRASTORNO DE EVITACIÓN Y RESTRICCIÓN DE INGESTA DE ALIMENTOS: UN CASO CLÍNICO”

**Código del trabajo:** CC288

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Santiago Escobar Urrejola, Sebastián Sorensen Barros, Thadeuss Reyes Calderón.

Nombre Tutor: Rodrigo Tagle Díaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: El Trastorno de Evitación y Restricción de Ingesta de Alimentos (ARFID) es un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) definido recientemente. Consiste en una ingesta alimentaria alterada, sin distorsión de la imagen corporal y con consecuencias nutricionales y/o psicosociales. El objetivo de este trabajo es caracterizar una patología habitualmente poco conocida entre los estudiantes de medicina en Chile, además de introducir sus pilares terapéuticos. Para ello se presenta el caso de una paciente de 13 años que consulta por dolor abdominal al Hospital de la Universidad Católica.

Presentación del caso: una adolescente sana consultó por epigastralgia. Durante su evaluación inicial se pesquiza una historia de disminución de ingesta y baja de peso de 11 kilogramos en dos meses. Se decide hospitalizar, realizándose exámenes generales de laboratorio, imagenológicos y estudios de malabsorción y enfermedades inflamatorias, sin alteraciones que explicaran el cuadro. Se maneja inicialmente con nutrición enteral, mal tolerada por dolor abdominal intenso, persistiendo con baja de peso. Se realiza además estudio de porfiria, con resultado negativo. Durante su evolución clínica se percibe una fuerte ansiedad frente a la alimentación, sin alteración de imagen corporal. Evaluada multidisciplinariamente se diagnosticó un ARFID. Fue manejada con antipsicóticos, benzodiacepinas, terapia familiar y medidas ambientales, mejorando su ingesta, peso y dolor, decidiéndose manejo ambulatorio.

Discusión: el ARFID es un cuadro que se presenta con alteraciones nutricionales sin causa médica subyacente. Su prevalencia varía del 1,5% al 3,2 % en población pediátrica. Posee altas tasas de comorbilidades neuropsiquiátricas y actualmente no existen tratamientos basados en la evidencia para su manejo. La literatura actual sugiere un enfrentamiento multidisciplinario, idealmente llevado a cabo por unidades especializadas en TCA. Este tratamiento debiese incluir terapia psicológica, soporte nutricional y fármacos, entre otras intervenciones. Siendo el ARFID una patología clínicamente heterogénea con morbilidad importante, es necesario ampliar su investigación.

**PALABRAS CLAVE:** *Feeding and Eating Disorders, Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, Weight Loss.*

---

**Autor Responsable:** Santiago Escobar Urrejola. [santiagoescobaru@gmail.com](mailto:santiagoescobaru@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Signo de la Pata de Oso en la Pielonefritis Xantogranulomatosa: Respecto a un Caso Clínico”**

**Código del trabajo: CC289**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Santiago Escobar Urrejola, Thadeuss Reyes Calderón, Sebastian Sorensen Barros.

Nombre Tutor: Rodrigo Tagle Díaz

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: la pielonefritis xantogranulomatosa (PX) es una presentación poco frecuente de la pielonefritis crónica. Corresponde a una inflamación granulomatosa destructiva del parénquima renal, típicamente en el contexto de una infección crónica del tracto urinario concomitante a una obstrucción urinaria alta. En este trabajo buscamos ilustrar sus características básicas, especialmente radiológicas. Se presenta el caso de una paciente de 50 años que consulta al Hospital Sótero del Río (HSR).

Presentación del caso: paciente con antecedentes de cólico renal a repetición consulta al HSR por cuadro de dolor lumbar crónico de reciente agudización. Ingresó hemodinámicamente estable y afebril, sin hallazgos significativos al examen físico. Se solicitan exámenes de laboratorio, destacando 9.599 leucocitos; proteína C reactiva 9,7 (valor normal 5); sedimento de orina inflamatorio y urocultivo positivo para *Escherichia Coli*. Ingresó a urología, donde se rescata una tomografía axial computada (TAC) previa que muestra un riñón derecho atrófico, con cálculo coraliforme e imagen en pata de oso, compatible con PX. Se decide manejo quirúrgico, realizándose nefrectomía total por lumbotomía, previo a antibioterapia con ceftriaxona por 5 días. La paciente evoluciona positivamente, decidiéndose alta. Posterior al procedimiento se recibe informe de biopsia compatible con PX.

Discusión: la PX presenta características clínicas y de laboratorio variables, siendo un desafío diagnóstico. En este contexto las imágenes juegan un rol fundamental. El TAC corresponde actualmente a la imagen de elección para su estudio. Característicamente, se ven imágenes con pobre excreción de contraste en el sistema colector y múltiples masas hipodensas con refuerzo periférico, además de una dilatación de la pelvis y los cálices renales. Este patrón se conoce como “pata de oso”. Sin embargo, este patrón radiológico no está siempre presente, sin que hayan hasta nuestro conocimiento estudios de su sensibilidad y especificidad. Por lo mismo es fundamental ampliar la investigación en torno a su presentación radiológica.

**PALABRAS CLAVE:** *Xantogranulomatous, Pyelonephritis; Urological Diagnostic Technics; Radiology.*

**Autor Responsable:** Santiago Escobar Urrejola. [santiagoescobaru@gmail.com](mailto:santiagoescobaru@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Varicela Complicada en el Adulto, ¿es tan infrecuente como creemos?”

**Código del trabajo:** CC291

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Matías ignacio Tapia Peschke, Consuelo Paz Robles Gabler, Pedro Pablo Letelier Camus.

Nombre Tutor: Andrés Schneider Ortega

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La varicela corresponde a la manifestación de la primoinfección por el Virus Varicela Zóster (VVZ), un virus DNA de transmisión respiratoria. Es altamente contagioso, y por lo general se adquiere durante la infancia en más de un 95% de los casos, causando cuadros leves no complicados, caracterizados por un pródromo de fiebre baja, malestar general, odinofagia, seguido de un exantema maculopapular pruriginoso, que evoluciona progresivamente a ser vesiculopustular cuya característica principal es presentar lesiones en diferentes estadios de curación, que luego cicatrizan. Es un cuadro autolimitado, con una duración menor a dos semanas que suele cursar sin complicaciones en pacientes menores de 14 años sin comorbilidades. Se estima que actualmente menos de un 2% de los casos de varicela ocurren en pacientes mayores de 20 años, sin embargo, el 55% de las muertes por VVZ ocurren en este grupo de pacientes. La primoinfección en adultos se asocia a un riesgo 25 veces mayor de complicaciones asociadas a varicela, siendo más frecuentes en pacientes fumadores, de sexo masculino e inmunocomprometidos. Un 23% desarrolla neumonía viral, con una mortalidad global de un 28%, que puede llegar hasta 50% en pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva (VMI). A continuación presentamos el caso de un paciente masculino de 47 años con antecedentes de tabaquismo activo,, que desarrolló un exantema generalizado típico de varicela, asociado a una neumonía viral con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a la primoinfección por VVZ.

**PALABRAS CLAVE:** *chickenpox, viral pneumonia, respiratory failure, exantema*

---

**Autor Responsable:** Matías ignacio Tapia Peschke. mctapia@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome de Secreción Inadecuada de Hormona Antidiurética, un desafío diagnóstico y terapéutico”**

**Código del trabajo: CC292**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Matías Ignacio Tapia Peschke, Consuelo Paz Robles Gabler, Pedro Pablo Letelier Camus.

Nombre Tutor: Samuel Quezada Morales

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) corresponde a un trastorno que altera la capacidad de excreción de agua, produciendo disminución del volumen urinario, aumento del agua corporal total y la consiguiente hiponatremia dilucional. Corresponde a un diagnóstico de descarte, y debe ser sospechada en todo paciente euvolémico con hiponatremia ( $< 135$  mEq/L), hipoosmolaridad plasmática ( $< 280$  mOsm/kg) y orina hiperosmolar ( $> 100$  mOsm/kg), en ausencia de una insuficiencia tiroidea o adrenal activa, y sin uso reciente de diuréticos. Por lo general responde a una etiología secundaria, particularmente patologías del sistema nervioso central (SNC), algunos tipos de cáncer, el uso de medicamentos anticonvulsivantes o inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), y patologías pulmonares, como neumonías bacterianas, tuberculosis, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras. Al ser de desarrollo progresivo, suele ser oligosintomático e incluso puede ser un hallazgo incidental en los exámenes de laboratorio, lo cual dificulta aún más la pesquisa y un eventual manejo precoz. En casos más graves los pacientes pueden debutar con grados variables de compromiso de conciencia e incluso coma. El manejo inicial incluye restricción hídrica, y eventualmente diuréticos, pero en casos severos se puede optar por la administración de sueros hipertónicos, cápsulas de sal e incluso cápsulas de úrea. A continuación presentamos el caso de una paciente de 86 años de sexo femenino con antecedentes de deterioro cognitivo, EPID e hipotiroidismo, que ingresa al servicio de urgencias por una neumonía adquirida en la comunidad asociada a compromiso de conciencia cuantitativo, con una evolución inicial favorable, para luego presentar un compromiso cualitativo de conciencia y una hiponatremia hipoosmolar severa persistente, cursando 14 días sin respuesta inicial a las medidas descritas, compatible con un SIADH.

**PALABRAS CLAVE:** *Inappropriate ADH Syndrome, hyponatremia, Water-Electrolyte Imbalance, Arginine Vasopressin*

**Autor Responsable:** Matías Ignacio Tapia Peschke. mctapia@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Infección del tracto urinario en el paciente diabético: complicaciones e implicancias”**

**Código del trabajo: CC293**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Consuelo Robles Gabler, Pedro Letelier Camus, Matías Tapia Peschke.

Nombre Tutor: MaríaIgnacia Morales Vergara

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) son hospitalizados o consultan por al menos un cuadro infeccioso al año, presentando un riesgo relativo de infección de 1.21 al comparar con población no diabética. Las infecciones de tracto urinario (ITUs) son una de las infecciones más frecuentes en pacientes diabéticos; distintas series las ubican dentro de los tres cuadros infecciosos más prevalentes en dicha población, donde destaca la E. Coli como principal agente infeccioso. Las ITUs en pacientes diabéticos se observan con mayor frecuencia en mujeres, y tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones como pielonefritis (PNA) enfisematosa o PNA no-enfisematosa. Algunos estudios indican que también podrían asociarse a mayor riesgo de colonización por microorganismos multirresistentes, especialmente en aquellos que han sido hospitalizados en los tres meses previos. Al comparar con pacientes sin comorbilidades, los pacientes diabéticos tienen más riesgo de desarrollar PNA bilateral, y son más propensos a injuria renal aguda (IRA), con insuficiencia renal subyacente. Además se ha visto que una DM mal controlada se asocia a mayor incidencia de ITUs, por lo que el buen control glicémico tendría un rol primordial en prevención. A continuación presentamos el caso de una paciente de 63 años, con múltiples antecedentes mórbidos, destacando DM insulino requirente con mal control metabólico de larga data, con retinopatía, neuropatía y nefropatía diabética con enfermedad renal crónica (ERC) asociada, además de una hospitalización reciente por PNA, que ingresa por un nuevo episodio de PNA, asociado a una crisis hiperglicémica no caracterizada, y una IRA sobre ERC. En urocultivo se aisló E. Coli multirresistente, por lo que se maneja con antibióticos de amplio espectro, pero evoluciona con falla renal persistente y control glicémico irregular, certificando así el diagnóstico de ITU complicada en una paciente de riesgo.

**PALABRAS CLAVE:** *diabetes, urinary tract infection, pyelonephritis, hyperglycemia, escherichia coli*

---

**Autor Responsable:** Consuelo Robles Gabler. czrobles@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Trombocitopenia secundaria al uso de Furosemida: una complicación infrecuente”

**Código del trabajo:** CC295

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Consuelo Paz Robles Gabler, Matías Ignacio Tapia Peschke, Pedro Pablo Letelier Camus.

Nombre Tutor: MaríaIgnacia Morales Vergara,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La trombocitopenia sin causa aparente es un problema relativamente frecuente en pacientes hospitalizados, donde se debe considerar un diagnóstico diferencial amplio, incluyendo, entre otras causas, una etiología farmacológica. Dentro de los mecanismos involucrados, destacan dos: la toxicidad directa del fármaco a nivel de la médula ósea, con la consiguiente disminución en la producción de plaquetas y por otra parte, la trombocitopenia inmune inducida por fármacos (en inglés “Drug-induced thrombocytopenia”, DITP), donde hay destrucción plaquetaria mediada por anticuerpos. Si bien la fisiopatología sigue siendo en parte desconocida, se han determinado 3 tipos de anticuerpos que participan en esta respuesta: anticuerpos dependientes de fármacos, autoanticuerpos reactivos inducidos por fármacos y anticuerpos dependientes de haptenos. Los medicamentos que más frecuentemente causan DITP son quinina, quinidina y trimetropina-sulfametoxazol; también otros antibióticos como penicilina, ceftriaxona, vancomicina y rifampicina; AINEs, principalmente ibuprofeno; carbamazepina, oxaliplatino, heparina, entre otros. Sin embargo, respecto a la trombocitopenia por furosemida, existen escasos reportes de casos al respecto, pero se ha visto que su mecanismo corresponde a la producción de anticuerpos dependientes de fármaco. Presentamos el caso de una mujer de 63 años, con antecedente de hipertensión arterial, que es hospitalizada por un debut de un síndrome nefrítico (nefropatía por IgA versus vasculitis MPO+) iniciando tratamiento inmunosupresor y profilaxis con cotrimoxazol. Posteriormente, durante la hospitalización se diagnosticó daño hepático crónico presentando ascitis, por lo que se inició manejo con diuréticos, entre ellos furosemida. Evoluciona con sangrado gingival abundante y epistaxis recurrente de difícil manejo, asociado a una trombocitopenia profunda, con recuento de plaquetas de hasta 6.000 U/mm<sup>3</sup> que no responde a transfusiones ni a la suspensión de otros fármacos. Luego de suspender la furosemida, logra normalizar el recuento plaquetario de forma progresiva, cediendo el sangrado.

**PALABRAS CLAVE:** *thrombocytopenia, furosemide, hemorrhage, adverse drug reaction*

**Autor Responsable:** Consuelo Paz Robles Gabler. czrobles@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Suicidalidad, bipolaridad y colitis ulcerosa, reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC296**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Diego Mussri González, Jean Claude Marecaux Leclerc, Consuelo Kutz Escobar.

Nombre Tutor: Rogelio Urzúa Salas,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

#### Introducción:

La colitis ulcerosa (CU) y el trastorno anímico bipolar (TAB) son patologías graves que generan deterioro importante de la calidad de vida. Existe evidencia que pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden desarrollar comorbilidad psiquiátrica como consecuencia de tener una enfermedad crónica. Además hay evidencia que sugiere que la patología psiquiátrica podría predisponer la aparición de EII (1, 2). En particular, los pacientes con CU tienen un riesgo 2.23 veces mayor de presentar TAB (3).

#### Caso clínico:

Paciente de sexo femenino de 26 años, con antecedente de TAB tipo 2, presentó cuadro de evolución subaguda de intenso dolor abdominal, rectorragia y fatiga marcada. Tras 2 semanas es diagnosticada como CU e inicia tratamiento con mesalazina. Evoluciona con persistencia de síntomas digestivos y empeoramiento de síntomas depresivos, con astenia acentuada, ánimo depresivo, insomnio, e ideas recurrentes de muerte. Cinco semanas tras el debút de CU, realizó un intento suicida medicamentoso que resultó en compromiso de conciencia cuali-cuantitativo. Horas después presentó un delirio de persecución y conductas de autoagresión y heteroagresión por lo que es llevada al servicio de urgencia. Ingresa con compromiso cualitativo de conciencia y alteración del juicio de la realidad. Se diagnostica una psicosis medicamentosa e intento suicida. Por imposibilidad de hospitalizarla, se deja con cuidador permanente y se deriva 1 semana después a psiquiatra, quien indica sertralina, quetiapina y aripiprazol.

#### Discusión:

Este caso clínico muestra cómo la CU puede descompensar una patología psiquiátrica hasta un intento suicida, evidenciando la asociación entre ambas patologías (1,3). Por otro lado, un estudio mostró que aquellos con EII presentan un riesgo de intento suicida 1.96 veces mayor que la población sin enfermedades inflamatorias inmunomediadas (4). Por este motivo resulta muy relevante realizar un adecuado abordaje psiquiátrico en pacientes con CU, y así prevenir la descompensación de estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** *Ulcerative Colitis, Bipolar Disorder, Suicide*

**Autor Responsable:** Diego Mussri González. damussri@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “HEMATOMA RENAL SUBCAPSULAR INFECTADO POST CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA: UNA INFRECUENTE PERO GRAVE COMPLICACIÓN”

**Código del trabajo:** CC303

**Área:** Cirugía Adultos

Autores: Antonia Andrea Mella Fröhlich, Renato Ignacio Navarro Capone, Francisca Nicole Sepúlveda Concha.

Nombre Tutor: Hector Bastián Gallegos Moran

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La cirugía renal retrograda por nefroureteroscopia flexible es un procedimiento seguro para el manejo de la urolitiasis con buena efectividad y baja tasa de complicaciones. Se presenta una paciente que cursa con hematoma sub-capsular (HSC) como complicación a cirugía, con manejo inicial conservador fallido.

**Caso:** Mujer, 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, previamente hospitalizada por pielonefritis aguda con absceso renal de 4 centímetros, asociado a cálculo de 17 milímetros impactado en unión ureteropélvica izquierda. Evoluciona favorablemente a manejo antibiótico con resolución del absceso, normalización de parámetros inflamatorios, asintomática pero con urocultivo positivo al alta (*Klebsiella pneumoniae*). Dos meses después, se agenda nefroureteroscopia flexible para resolución de urolitiasis, realizada bajo anestesia general. En el post operatorio, paciente evoluciona con taquicardia, hipotensión, dolor lumbar y caída de hemoglobina de 3 gr/dl. TAC de control muestra hematoma sub-capsular de 4,1 centímetros sin sangrado activo, desplazamiento del riñón que obstruye vía urinaria y dos fragmentos del cálculo en uréter distal. Al tercer día presenta fiebre con elevación de parámetros inflamatorios, por lo que se ajusta tratamiento antibiótico y se re-instala catéter doble-J. Tras 20 días sin cambios en hematoma, se drena por técnica abierta con instalación de drenaje para lograr resolución completa del hematoma.

**Discusión:** La incidencia de HSC posterior a una nefroureteroscopia flexible es cerca de un 0.36%, y si bien es una complicación muy poco frecuente, puede tener serias secuelas para la función renal. A pesar de la seguridad de la técnica, es importante mantener un alto índice de sospecha en pacientes post-operados que presenten fiebre, dolor lumbar o caída de la hemoglobina, para poder darle un manejo oportuno. Se plantea el tratamiento médico conservador como el manejo inicial, pero algunos pacientes requerirán drenaje percutáneo o intervención quirúrgica, lo que debe evaluarse caso a caso.

**PALABRAS CLAVE:** “URETERAL CALCULI” - “UROLITHIASIS” - “POSTOPERATIVE COMPLICATIONS” – “URETEROSCOPY”

---

**Autor Responsable:** Antonia Andrea Mella Fröhlich. aamella@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Luxación anterior de cadera: Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC305**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Antonia Andrea Mella Fröhlich, Carlos Fernando Matas Ghiglino, Sebastián Cristóbal Pérez Brunet.

Nombre Tutor: Felipe Alejandro Narváez Díaz,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Las luxaciones de cadera representan el 2-5% de las luxaciones traumáticas, dividiéndose en posterior, central y anterior, siendo esta última un 10% del total. Esta lesión se produce por mecanismos de alta energía, mediante abducción y extensión de cadera. Complicaciones asociadas son la artrosis postraumática, lesión neurovascular y necrosis avascular de la cabeza femoral, siendo esta última la más frecuente (26%).

**Caso:** Hombre, 21 años, sano. Consulta a urgencias por accidente en motocicleta a alta velocidad sin recordar mecanismo exacto de trauma. Refiere dolor de cadera y rodilla izquierda. Se encuentra hemodinámicamente estable, se descartan otras lesiones. Al examen físico: extremidad inferior izquierda ligeramente acortada, abducida, rotada a externo; rango articular no evaluable por dolor; neurovascular distal conservado; herida compleja de rodilla sin artrotomía de rodilla. Tomografía computada muestra luxación anterior simple de cadera. Se manejó con analgesia y vacuna antitetánica. En pabellón, bajo anestesia general, se hizo reducción cerrada de cadera y aseo, más cierre de herida de rodilla. Se objetiva reducción concéntrica y rango articular completo sin signos de inestabilidad bajo fluoroscopia.

**Discusión:** Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz de esta lesión, ya que se asocia a reducción significativa de complicaciones, siendo de hasta 50% la probabilidad de necrosis avascular de la cabeza femoral con reducción posterior a las 6 horas, en comparación a un 6% en tiempo menor. La reducción, idealmente cerrada, se aconseja que se realice en pabellón bajo relajo muscular. La técnica es mediante tracción axial, aducción y rotación interna. Es importante comprobar bajo fluoroscopia que la reducción sea concéntrica y estable en todo el rango articular. En el postoperatorio se complementa con imágenes avanzadas. En controles posteriores se debe evaluar la aparición de complicaciones mencionadas.

**Conclusión:** La luxación anterior de cadera es infrecuente, pero debe ser reducida precozmente para evitar complicaciones asociadas.

**PALABRAS CLAVE:** *Joint dislocations, Hip, Wounds and injuries.*

---

**Autor Responsable:** Antonia Andrea Mella Fröhlich. aamella@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

# Libro de Resúmenes 2020

## I Competencia científica V CoCEM

### CASO CLINICO

#### Título del trabajo:

**“Fractura de platillos tibiales Schatzker V con mecanismo de baja energía:  
Reporte de un caso”**

**Código del trabajo: CC306**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: María José Calletti Godoy, Carlos Fernando Matas Ghiglino, Antonia Andrea Mella Fröhlich.

Nombre Tutor: Felipe Alejandro Narváez Díaz,

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La fractura de platillos tibiales representa el 1% de las fracturas, alcanzando 8% en edades avanzadas. El mecanismo es por carga axial asociada o no a varo/valgo. La clasificación más usada es la de Schatzker, siendo la tipo III característica de adultos mayores; mientras que IV, V y VI son relacionados a traumatismos de alta energía.

**Caso:** Mujer, 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, autovalente, consulta a urgencias por caída a nivel con golpe directo en rodilla derecha, con dolor difuso e impotencia funcional. Al examen físico destaca piel indemne, importante derrame articular, rango articular disminuido, dolor a la palpación de ambos platillos tibiales. Sin otro dolor óseo, neurovascular distal conservado. Resto se difiere por dolor. Tomografía computada confirma fractura Schatzker V. Se maneja inicialmente con valva de yeso, y se realiza osteosíntesis con doble abordaje de forma diferida.

**Discusión:** Es importante describir el mecanismo y energía del trauma, ya que orienta a las conductas a tomar de forma inicial, y definitiva. En este caso, si bien no es una fractura típica osteoporótica, el contexto permite su sospecha, detección y posible tratamiento y prevención posterior. A pesar de ser una fractura Schatzker V, el mecanismo fue de baja energía, por lo que no es necesario instalar fijadores externos para optimización de partes blandas previo a la cirugía. Se siguieron los principios de respetar la superficie articular y ejes, con posterior fijación en base a principios de estabilidad absoluta.

**Conclusión:** La fractura de platillos tibiales mantiene los principios de toda fractura articular. Según el mecanismo y energía involucrada, el manejo inicial puede diferir como en este caso.

**PALABRAS CLAVE:** *Tibial fracture, Fracture fixation, Aged.*

**Autor Responsable:** María José Calletti Godoy. [mjcalletti@uc.cl](mailto:mjcalletti@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Síndrome Hepatopulmonar, diagnóstico diferencial de disnea en pacientes con daño hepático”**

**Código del trabajo: CC309**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Jorge Ignacio Andrade San Juan, Felipe Ruben Acuña Cañoles, Karina Rocío Cortés López.

Nombre Tutor: Sebastian Eduardo Escobar González,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El síndrome hepatopulmonar (SHP) corresponde a una alteración del proceso de oxigenación arterial secundario a vasodilatación pulmonar en relación a una enfermedad hepática, sin necesariamente la presencia de cirrosis. Su prevalencia oscila entre 4-32% de los pacientes con daño hepático crónico (DHC), sin asociarse a la severidad de la enfermedad. Su importancia reside en el pronóstico que le confiere al paciente, asociándose a una elevada mortalidad y tiempo medio de supervivencia menor a 12 meses. Actualmente su fisiopatología no es completamente conocida, aunque se han propuesto teorías en las que se establece que la translocación bacteriana junto a la secundaria liberación de mediadores vasoactivos (Óxido Nítrico y Factor de Necrosis Tumoral) junto a la incapacidad hepática para removerlos explicaría la dilatación de los capilares pulmonares y con ello la alteración en la oxigenación.

**Presentación del caso:** Hombre de 64 años con antecedentes de DHC Child C, secundario a consumo de alcohol. Sin antecedentes quirúrgicos, sin terapia farmacológica actual. Es hospitalizado debido a cuadro de hematemesis secundario a Síndrome de Mallory-Weiss confirmado con hallazgos en endoscopia digestiva alta. Durante hospitalización se mantiene estable, pero con requerimientos de oxígeno persistente. Al interrogatorio dirigido refiere platipnea y se objetiva ortodeoxia con oxímetro de pulso, por lo que se solicita Ecocardiograma con test de burbujas que resulta positivo, confirmando así el SHP.

**Discusión:** Dado la escasa sintomatología que presenta el SHP es necesaria su búsqueda dirigida para establecer su diagnóstico. Este puede realizarse con una gammagrafía de pulmón con macroagregados de albúmina marcada con Tecnecio 99 o con ecocardiograma con test de burbujas, siendo este último más sensible.

**Conclusión:** El SHP debe ser considerado como un diagnóstico diferencial de disnea en todo paciente con enfermedad hepática. Cabe destacar la importancia de su pesquisa debido a la alta mortalidad asociada a este.

**PALABRAS CLAVE:** *Hepatopulmonary syndrome, Cirrosis, dyspnea*

**Autor Responsable:** Jorge Ignacio Andrade San Juan. [jiandrade@uc.cl](mailto:jiandrade@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hernia atascada como causa de Obstrucción intestinal”**

**Código del trabajo: CC310**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Felipe Ruben Acuña Cañoles, Jorge Ignacio Andrade San Juan, Karina Rocio Cortés López.

Nombre Tutor: Camila Robles García,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La obstrucción intestinal (OI), corresponde a la detención del tránsito intestinal por causa mecánica (Íleo mecánico). Es un motivo de consulta frecuente (20% de admisiones quirúrgicas agudas en urgencias) y de tratamiento urgente. Su localización más frecuente es en intestino delgado asociada a adherencias, neoplasias, hernias, entre otras. El tratamiento dependerá de la causa y severidad del cuadro, buscando reiniciar el tránsito intestinal y evitar el sufrimiento de asas.

**Presentación del caso:** Mujer de 55 años, con antecedentes de cáncer de ovario en etapa IV, carcinomatosis peritoneal, histerectomía total, hernia incisional umbilical y epigástrica. Consulta por 2 días de dolor abdominal cólico difuso, ausencia de gases y deposiciones con vómitos abundantes tipo fecaloideos. Ingresa estable, con abdomen distendido y aumento de volumen periumbilical, doloroso a la palpación, sin cambios de coloración, con ruidos hidroaéreos disminuidos, sin signos de irritación peritoneal. Se realizó estudio con Tomografía computada de abdomen y pelvis (TCAP) con contraste que muestra obstrucción mecánica de alto grado de intestino delgado con punto transición en hernia incisional infra umbilical, sin signos de complicación. Se realiza laparotomía exploradora, y se pesquisa hernia con asa intestinal en su contenido sin complicaciones. Se realiza reducción y herniorrafia, sin incidentes, logrando posterior tránsito intestinal.

**Discusión:** Dado la alta prevalencia y complicaciones asociadas a la OI es importante su diagnóstico precoz, para lo cual la TCAP es la imagen de elección, que a la vez permite pesquisar signos de complicación. El tratamiento definitivo depende de la causa primaria de y la gravedad de la obstrucción.

**Conclusión:** A pesar de sus diversas etiologías la OI presenta un cuadro clínico que suele ser común a ellas. Es por ello que su diagnóstico etiológico precoz y por tanto un manejo oportuno es imperativo dado la rápida evolución a cuadros de mayor gravedad y potencialmente mortales.

**PALABRAS CLAVE:** *Intestinal obstruction, Abdominal hernia, Abdominal pain.*

---

**Autor Responsable:** Felipe Ruben Acuña Cañoles. fracuna@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Trombosis de seno venoso, diagnóstico diferencial de cefalea persistente”**

**Código del trabajo: CC313**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Karina Rocío Cortés López, Jorge Ignacio Andrade San Juan, Felipe Rubén Acuña Cañoles.

Nombre Tutor: Nicolás Inzunza Peña

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: La trombosis de seno venoso (TSV) es un tipo de accidente cerebrovascular (ACV), representan a un 0,5-1% del total e involucran al territorio venoso de la circulación cerebral. Existen diversos factores de riesgo tanto adquiridos (cirugías, trauma, embarazo, uso de anticonceptivos) como genéticos (trombofilias hereditarias). Su diagnóstico suele ser difícil, debido a la variabilidad de presentación clínica, que a su vez retrasa el tratamiento.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con antecedentes de tabaquismo, y usuaria de anticonceptivos orales, en segunda consulta por cuadro de 6 días de cefalea holocránea de intensidad moderada e instalación progresiva. Acompañante relata que desde primera consulta evoluciona con inatención, bradipsiquia y parestesias intermitentes en extremidad superior derecha (ESD) a lo que se agrega cuadro transitorio de asimetría facial. Ingresa hemodinámicamente estable, afebril, al examen neurológico con inatención, bradipsiquia, mínima paresia de ESD y Babinski positivo ipsilateral. Se realiza resonancia magnética con venografía (RMV) de cerebro y cuello que muestra Trombosis del seno sagital superior, asociado a infartos venosos frontales bilaterales. Es hospitalizada, se inicia tratamiento con anticoagulantes y se realiza electroencefalograma que evidencia actividad epileptiforme por lo que se inicia terapia anticonvulsivante. Se realiza estudio de trombofilia que descarta coagulopatías. Paciente evolucionó de forma favorable, con mínima paresia facial y braquial derecha. Buena respuesta a neurorrehabilitación, logrando marcha con asistencia mínima.

Discusión: El TSV tiene una mayor incidencia en mujeres en edad reproductiva, siendo su presentación más frecuente la cefalea, pudiendo presentar déficits focales y crisis convulsivas. La RMV es la imagen de elección para su diagnóstico. Debe considerarse el estudio de trombofilias especialmente en casos de historia familiar de trombosis, presentación en edad temprana o ausencia de factores de riesgo evidentes. Su tratamiento es con terapia anticoagulante que tiene como objetivo la disminución del riesgo de recurrencia.

**PALABRAS CLAVE:** *Cerebral venous sinus thrombosis, Sinus thrombosis, Stroke*

**Autor Responsable:** Karina Rocío Cortés López. krcortes@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Endocarditis marántica como fenómeno paraneoplásico de neoplasia primaria desconocida: a propósito de un caso”

**Código del trabajo:** CC323

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Vicente Hernán Gándara Fuenzalida, María Francisca Seydewitz Osses, Rosario Jesús Vial Letelier.

Nombre Tutor: Maria Trinidad Madrid

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La endocarditis marántica (EM) produce compromiso trombotico de las válvulas cardiacas sin infección bacteriana concomitante. Es infrecuente y asintomática hasta presentar fenómenos tromboembólicos. Es secundaria principalmente a neoplasias y lupus eritematoso sistémico y, menos frecuentemente, a enfermedades inflamatorias sistémicas como el síndrome antifosfolípidos (SAF).

**CASO:** Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por episodios de disartria y compromiso de conciencia autolimitados. Se realiza resonancia magnética de cerebro que informa lesiones isquémicas agudas supratentoriales y cerebelosas antiguas. Se constata hemiparesia derecha mínima, hemorragias en astilla y lesiones de Janeway. En neuroimagen de control se pesquisa engrosamiento y derrame pleural derechos. Se solicita tomografía computada de tórax que caracteriza el engrosamiento como nodular, compatible con compromiso neoplásico. Se solicitan hemocultivos y se inicia antibioterapia empírica de endocarditis bacteriana subaguda (EBSA). Se completa estudio con ecocardiograma transesofágico (ETE) que informa vegetación en válvula aórtica. Por persistencia de parámetros inflamatorios elevados, estudio negativo de EBSA con cultivos negativos y ETE de control sin cambios significativos, se suspende antibioterapia completando 21 días. Se continúa estudio con serologías reumatológicas destacando anticoagulante lúpico positivo, planteando sospecha de SAF e iniciando anticoagulación sistémica. Considerando este hallazgo y engrosamiento pleural descrito, se solicita citoquímico de líquido pleural compatible con exudado y se realiza toracoscopia video-asistida con biopsia pleural informada como carcinoma. Se interpreta cuadro como EM por SAF secundario a neoplasia primaria desconocida. Se decide continuar estudio de ésta ambulatoriamente.

**DISCUSIÓN:** La aproximación inicial incluye estudio de EBSA por microorganismos típicos y con cultivos negativos. De ser negativo, debe ampliarse con serología reumatológica, screening de neoplasias según edad y extensión de compromiso tromboembólico. El tratamiento consiste en anticoagulación sistémica con heparina y tratamiento de la causa subyacente. Debe sospecharse ante eventos tromboembólicos con neoplasias o enfermedades reumatológicas concomitantes, y en EBSA refractaria a antibioterapia.

**PALABRAS CLAVE:** *endocarditis, non-Infective; antiphospholipid syndrome; brain ischemia;*

**Autor Responsable:** Vicente Hernán Gándara Fuenzalida. [vhgandara@uc.cl](mailto:vhgandara@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

### “MIXEDEMA HIPOTIROIDEO DIAGNOSTICADO INICIALMENTE COMO ANGIOEDEMA”

**Código del trabajo:** CC328

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Gonzalo Mellado Francisco, Sebastian Cristobal Pérez Brunet, Naomi Estay Casanova.

Nombre Tutor: Karina Cataldo Cerda,

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

El hipotiroidismo tiene prevalencia de hasta 5.3%. Su descompensación o debut puede presentar distintos grados de compromiso, llegando en su grado más severo al coma mixedematoso.

Caso clínico: Mujer, 63 años. Antecedente de artrosis y obesidad mórbida. Consultó en SU por aumento de volumen facial al despertar, no pruriginoso, asociado a eritema y calor local. En anamnesis dirigida, destacó historia de edema en manos y pantorrillas de meses de evolución sin predominio horario, fatigabilidad, mialgias, intolerancia al frío, constipación y disartria leve. Ingresó hemodinámicamente estable, afebril, saturando 88% ambiental. Al examen físico destacaba aumento de volumen empastado de cara y pabellones auriculares, además de macroglosia, sin otros hallazgos relevantes. Estudio de laboratorio inicial destacó PCR 200, eosinófilos 400 y CK 1361. El cuadro se interpretó como angioedema y fue hospitalizada para observación. Al presentar insuficiencia respiratoria aguda, se amplió estudio etiológico, constatándose derrame pericárdico en TAC TAP, TSH>100 y T4<0.91. Se realizó el diagnóstico de coma mixedematoso por hipotiroidismo severo. La paciente evolucionó favorablemente con el inicio de levotiroxina 100 ug/día.

Discusión: aunque frente a un aumento de volumen facial agudo, el angioedema representa la primera posibilidad, la paciente presentaba aumento de volumen más infiltrado lo que permite sospechar infiltración de piel por otro elemento distinto a agua, como mucina, amiloide o infiltrado inflamatorio. Además, los síntomas acompañantes de mayor data, la evolución, otros hallazgos al examen físico y exámenes de laboratorio permitieron realizar el diagnóstico correcto.

Conclusión: frente a edema duro es necesario tener alta sospecha de etiología tiroidea, siendo mandatorio un examen dermatológico y endocrinológico completo. Pacientes añosos presentan menos síntomas, por lo que se debe bajar umbral en cuadros agudos y mejorar el screening periódico.

**PALABRAS CLAVE:** *Angioedema, Hypothyroidism, Myxedema.*

**Autor Responsable:** Gonzalo Mellado Francisco. gmellado@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Hepatectomía izquierda extendida abierta para resección de colangiocarcinoma intrahepático: descripción de un caso.”**

**Código del trabajo: CC329**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Catalina Reyes Perez, Magdalena Ruiz Esquide Soto, Renato Navarro Capone.

Nombre Tutor: Javier Rodríguez Gutiérrez, E. Viñuela

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: el colangiocarcinoma es un cáncer poco frecuente, correspondiendo a un 15 a 20% de los tumores hepatobiliares primarios. Se clasifican en intrahepáticos, perihiliares y distales; en específico los intrahepáticos corresponden al 20-25%. Se originan a partir de los colangiocitos e histológicamente son mayoritariamente adenocarcinomas moderada o pobremente diferenciados. El único tratamiento curativo es la cirugía, pero sólo un 10-45% son resecables al diagnóstico.

Caso Clínico: paciente de 43 años con antecedente de enfermedad de Gilbert, que inicialmente presenta omalgia derecha, y un mes después prurito generalizado. Se realizan exámenes de laboratorio que muestran pruebas hepáticas alteradas con patrón mixto, una ecografía abdominal, resonancia magnética y PET CT que muestran una masa hepática central de 10 cm, hipovascularizada e hipermetabólica, compatible con colangiocarcinoma, además de adenopatías císticas, hiliares y portocavas probablemente secundarias, sin diseminación a distancia. Se realiza una hepatectomía izquierda extendida abierta, con márgenes negativos en la biopsia diferida.

Discusión: el paciente debutó con síntomas secundarios debido a la colestasia e irritación diafragmática, que permitieron el diagnóstico en una etapa resecable, lo que es relativamente infrecuente en este tipo de tumores. Se realizó una volumetría hepática, que mostró un tamaño relativo de los segmentos posteriores (VI y VII) de un 50%; ello permitió la resección en bloque de toda la zona afectada con una hepatectomía izquierda extendida, ya que por su ubicación central el tumor comprometía los segmentos IV, V y VIII. Destaca la edad del paciente, ya que la media de presentación es de 65 años.

Conclusión: el colangiocarcinoma intrahepático es una patología oligosintomática cuyo único tratamiento curativo es la cirugía, por lo que resulta fundamental su diagnóstico en una etapa resecable, tanto por el porcentaje de hígado remanente posterior a la cirugía, como por la ausencia de diseminación.

**PALABRAS CLAVE:** *Cholangiocarcinoma, Bile Duct Neoplasms, Hepatectomy.*

**Autor Responsable:** Catalina Reyes Perez. cmreyes4@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

**“Psicosis asociada a uso de cicloserina en un paciente con Tuberculosis diseminada extensivamente resistente, a propósito de un caso.”**

**Código del trabajo: CC330**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Sebastián Cristóbal Pérez Brunet, Álvaro José Morales Palma, Gonzalo Mellado Francisco.

Nombre Tutor: Constanza Caneo Robles

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

Introducción: La cicloserina es un fármaco antituberculoso de segunda línea. Hasta el 12% de los usuarios pueden presentar psicosis. Se presenta un caso dentro de ese porcentaje.

Caso: Hombre, 55 años, VIH en TARV, Hepatitis B, Infarto cerebeloso y Tuberculosis (TBC) diseminada tratada en 2 ocasiones, en tratamiento hace 4 meses por nueva TBC diseminada (pulmonar, adenopatías y colección en psoas) con rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida. Ingresó al HCUC por 4 días de fiebre, CEG, escalofríos, náuseas e ictericia. Al ingreso febril 39,2°C, taquicárdico, taquipneico, saturando 98% ambiental. TC-TAP confirmó compromiso sistémico de TBC. En sala básica evolucionó desfavorablemente, por lo que ingresó a UPC y se inició Imipenem+Vancomicina. Es evaluado por psiquiatría por agitación, se diagnosticó delirium y se manejó con clonazepam, precedex, risperidona y haloperidol. Debido a mala evolución clínica se ajustó tratamiento para TBC XDR a linezolid, clofamizina, badaquilina, cicloserina. Evolucionó con alucinaciones, confabulaciones, ideas paranoides, juicio psicótico, desorientación, insight nulo. RNM cerebral evidenció refuerzo paquimeníngeo. Punción lumbar descartó meningitis, sífilis, herpes y TBC meníngea. Se interpretó delirium multifactorial sobreagregado a déficit cognitivo de base secundario a VIH. Se disminuyeron dosis de cicloserina y se optimizaron medidas ambientales anti-delirium. Evolucionó con disminución de agitación y alucinaciones, pero persistió con importante fabulación. Se sospechó síndrome de Korsakoff y se suplementó tiamina en altas dosis logrando mejoría en la atención, juicio de realidad y fabulaciones.

Discusión: La cicloserina se asocia a emergencia de síntomas psicóticos. La fisiopatología aún es desconocida, pero se sabe que la cicloserina es un agonista NMDA. La aparición de psicosis se ve en general a altas dosis del fármaco. En este caso al disminuir las dosis desaparecieron los síntomas psicóticos.

Conclusiones: Cicloserina puede inducir episodios psicóticos. La disminución de la dosis es efectiva para la resolución de estos episodios.

**PALABRAS CLAVE:** *Cycloserine, Psychotic Disorders, Tuberculosis, Extensively Drug-Resistant Tuberculosis.*

**Autor Responsable:** Sebastián Cristóbal Pérez Brunet. scperez2@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Una colangitis particular: fenilcetonuria y kasai,”

**Código del trabajo:** CC332

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Sebastian Luis Vergara Rivera, Yu Ting Zhou Zhou, Felipe Andrés Correa Ara.

Nombre Tutor: Gonzalo Dominguez, G. Valenzuela

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La fenilcetonuria es una condición genética autosómica recesiva en que se ve afectada la actividad de fenilalanina hidroxilasa a nivel hepático, la cual sin un manejo adecuado conduce a discapacidad intelectual severa<sup>1</sup>. Por otra parte, la atresia de vías biliares es una obliteración progresiva de la vía biliar intra y extrahepática, que progresa a fibrosis y daño hepático crónico<sup>2</sup>. Presentamos el caso de un paciente pediátrico que cursa con una colangitis en contexto de una atresia de vía biliar operada y fenilcetonuria.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Adolescente de 13 años con antecedentes de atresia de vía biliar operado al mes de vida (Cirugía de Kasai) y fenilcetonuria moderada en control con dieta; que consultó por cuadro de dolor epigástrico opresivo, constante, asociado a compromiso del estado general, anorexia y coluria. Ingresa estable, con exámenes donde destaca PCR elevada, perfil hepático compatible con patrón colestásico y recuento plaquetario en 80.000. Se solicitó colangiografía que informó cambios sugerentes de daño hepático crónico. Pese a no tener imagenología compatible de colangitis, se inicia antibioterapia por 10 días con piperacilina/tazobactam. Evoluciona con parámetros inflamatorios a la baja y pruebas hepáticas tendientes a normalizar. Se inicia tratamiento con ácido ursodeoxicólico a permanencia. Con buena evolución clínica y resolución de los síntomas, es dado de alta con posterior control de pruebas hepáticas a las 2 semanas y manteniendo su dieta restringida en fenilalanina

**CONCLUSIÓN:** Este reporte es pionero en mostrar la experiencia de la evolución de una colangitis bajo la coexistencia de ambas patologías. Si el paciente llegase a presentar nuevos episodios de colangitis, lo cual es probable por su intervención con técnica Kasai, podría eventualmente a considerarse un trasplante hepático, lo cual significaría una mejoría en su actividad enzimática de Fenilalanina Hidroxilasa, y de su condición de base.

**PALABRAS CLAVE:** *Phenylketonuria, Cholangitis, Hepatic Portoenterostomy*

**Autor Responsable:** Sebastian Luis Vergara Rivera. [suvergara@uc.cl](mailto:suvergara@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## CASO CLINICO

### Título del trabajo:

“Estenosis congénita de esófago cervical”

**Código del trabajo: CC344**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Catalina Sofía Kychenthal Loyola, María Jesús Irrarrázaval Mainguyague, Sebastián Andrés Larraín Castellón.

Nombre Tutor: María Soledad Loyola Zunino

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

RNPT masculino de 36 semanas, PEG, con antecedentes de madre primípara de 27 años obesa y resistente a la insulina. Nacido en cesárea de urgencias por DPPNI. Al nacer paciente destaca cianótico y con tono disminuido, pobre esfuerzo ventilatorio y Apgar 6-9. Evoluciona taquipneico con 60 rpm, retracción subcostal y requerimientos de oxígeno por naricera. Destaca gases de cordón pH 7.32, HCO<sub>3</sub> 17.6, BE -6.7, con hematocrito 52%, ácido láctico 24.5 y dextro 68. Al intentar alimentar al paciente este no deglute y devuelve contenido por boca por lo que se intenta colocar sonda orogástrica, la cual topa y se enrolla sobre si misma. Se mantiene estable, sin requerimientos de oxígeno, sialorreico y con retracción subcostal, sin otras alteraciones. Se maneja con régimen cero y flebotoclis. Se realizan múltiples estudios, dentro de los cuales destaca radiografía de esófago contrastada que evidencia estenosis esofágica cervical con paso de medio de contraste hacia un esófago distal de calibre normal. Se recontrola con este mismo examen que luego muestra obstrucción completa en esófago cervical, acumulando medio de contraste en hipofaringe con paso intermitente hacia la tráquea. Se realiza AngioTAC de tórax, el cual descarta compresión esofágica extrínseca y por ende concluye estenosis congénita. En este contexto se instala gastrostomía. Como manejo se realizan dilataciones esofágicas seriadas, con la primera evidenciando estenosis en esófago cervical en nivel C5-C6 de 2.8 mm de diámetro y 6 mm de longitud. Se realizan dilataciones progresivas a 5, 8, 10, 12 y 12 mm sin complicaciones, siendo cuatro realizadas por radiología intervencional y una por cirugía infantil. A pesar de esto paciente persiste con mala tolerancia oral, episodios repetidos de regurgitación y evidencia en examen contrastado de estenosis esofágica cervical que se extiende 1.5 cm en el eje longitudinal.

**PALABRAS CLAVE:** *esophageal stenosis, deglutition disorders, congenital disorders*

**Autor Responsable:** Catalina Sofía Kychenthal Loyola. cskychenthal@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

# Trabajos de Investigación

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“MedicineHUB: Plataforma online de conocimientos morfológicos para estudiantes de medicina.”**

**Código del trabajo: T1001**

**Área: Educación en Salud**

Autores: Franco Rolando Manzur Yarur, Sofía Paz Villagrán Essmann.

Nombre Tutor:

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

En latinoamérica y en el resto del mundo el número de Escuelas de Medicina va en aumento. En Chile, actualmente existen más de 20 Escuelas. En este mismo sentido, cada una presenta su propio sistema formativo, sin embargo, no debería haber una gran variabilidad entre escuelas del territorio nacional; sin embargo, si se indaga en los recursos, número de docentes, proyectos de investigación y puntajes EUNACOM, por nombrar algunos, las casas de estudios poseen diferencias significativas entre ellas(1). Además, no es curioso encontrar, que al comparar la formación de estudiantes de medicina de distintas nacionalidades, las bases y pilares de esta, sean diferentes en muchos aspectos.

Por otra parte, en la actualidad, el uso de los grandes medios de comunicación, la red mundial de internet y las aplicaciones para teléfonos inteligentes, son herramientas cada vez más utilizadas por las Escuelas de Medicina y los profesionales de la salud, desde el trabajo diario y traspaso de conocimiento, hasta exposiciones, comités médicos o telemedicina. Es en esta línea, que se gesta este proyecto conformado por personas de la Escuela de Diseño, Ingeniería Civil y Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile que ha creado MedicineHUB, una plataforma online donde se pueden estudiar cortes axiales en 3D de cuerpos humanos para el aprendizaje de anatomía humana durante los primeros años de la malla curricular de las carreras de la Salud.

La plataforma debe ser estudiada y validada por alumnos de distintas universidades en Latinoamérica y, en un futuro, adherir un cuestionario para evaluar el conocimiento aplicado de cada alumno. De esta manera, la plataforma podrá ser una herramienta para que las distintas universidades puedan homogeneizar sus conocimientos en el área de la anatomía humana y poder estar más acorde a los beneficios que la tecnología trae en el ámbito docente.

**PALABRAS CLAVE:** *anatomy, medical school, curriculum.*

**Autor Responsable:** Franco Manzur Yarur. [frmanzur@uc.cl](mailto:frmanzur@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Caracterización pacientes policonsultantes del Servicio de Urgencia Las Cabras durante los años 2018-2019”**

**Código del trabajo: T1002**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Gabriel Alejandro Dávila Contreras, Belén Francisca Corvalán Avendaño, Carolina Uberlinda Carvajal Calderón, Valentina Carvajal Cabrera.

Nombre Tutor: C. Becerra,

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Los pacientes policonsultantes (PPC) representan hasta un 8% de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencia (SU), implicando un importante gasto de recursos tanto económicos como de personal sanitario. A nivel mundial se ha intentado diseñar e instaurar estrategias que otorguen soluciones concretas a estos pacientes tanto en el ámbito médico como psicosocial. El conocer el perfil de los PPC resulta fundamental a la hora de implementar dichas estrategias. **Objetivos:** Caracterizar el perfil demográfico y principales motivos de consulta (MC) de los PPC del Servicio de Urgencia Rural Las Cabras (SUR-LC).

**Métodos:** Mediante un estudio observacional retrospectivo se analizó una muestra de 97 pacientes mayores de 18 años con 4 o más consultas espontáneas en el SUR-LC entre julio 2018 y noviembre 2019. Las variables sexo, edad, previsión y MC fueron obtenidas a través de los datos de atención de urgencia.

**Resultados:** De los PPC, un 55% corresponde a mujeres, con 49 años de edad promedio, el 77% pertenece a FONASA A o B. Dentro de los principales MC destaca: tratamientos inyectables (20%), dolor abdominal (17%), dolores músculo esqueléticos (16%) y cefalea (9%). Considerando la cantidad de atenciones; los tratamientos inyectables representan el 26%, los dolores abdominales y musculo esquelético el 15% cada uno.

**Conclusiones:** La gran mayoría de los PPC del SUR-LC corresponde a adultos y adultos mayores, con grandes comorbilidades y vulnerabilidad socioeconómica. La alta demanda por tratamientos inyectables refleja la realidad de gran parte de las zonas rurales de nuestro país donde el acceso a atenciones médicas y centros de salud no está al alcance de todos. Desarrollar estrategias dirigidas a este grupo de pacientes, con un enfoque multidisciplinario no solo permitirá reducir los costos económicos y la demanda de los SU, sino que permitirá dar soluciones concretas a este grupo de pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** *Frequent users, Emergency Department, Primary Health Care, Chief complaint.*

**Autor Responsable:** Gabriel Alejandro Dávila Contreras. gabriel.davilac@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“EVALUACIÓN DE USO DE AINES VS OPIOIDES EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL POSTOPERATORIO DE CESÁREA. REVISIÓN DE LITERATURA”**

**Código del trabajo: T1003**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Paula Andrea Espinoza Peña y Lillo, Magdalena Ruiz Esquide Soto, Catalina del Carmen Biénzobas Darraidou, Diego Arturo Bazaes Núñez, María José Bruera Santini.

Nombre Tutor:

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** La cesárea es considerada un procedimiento quirúrgico mayor. Si bien, la Organización Mundial de la Salud estimó como aceptable una tasa de cesáreas del 15%. En Chile, el año 2013 esta cifra alcanzó el 76% en el sistema privado y 40% en el público. El dolor postoperatorio es el efecto colateral más frecuente en las pacientes sometidas a una cesárea, por lo que el manejo analgésico es una prioridad. Se dispone de diferentes formas de manejo, desde analgésicos sistémicos (opiáceos y no opiáceos), hasta analgesia regional (neuroaxial y periférica).

**OBJETIVO:** Comparar el uso de AINEs versus opioides en el manejo del dolor postoperatorio luego de una cesárea, y determinar la analgesia más efectiva.

**MÉTODOS:** Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos: “PubMed”, “Embase”, “Scielo”, “Epistemonikos”, y “Cochrane”. Se incluyeron artículos que evaluaran el uso de AINEs, opioides, o comparaciones de éstos, en el post operatorio de una cesárea.

**RESULTADOS:** Fueron seleccionados 13 artículos. La evidencia en su mayoría incluye una muestra pequeña y protocolos heterogéneos, por lo que los resultados deben interpretarse con precaución. La mayoría de los estudios coinciden en recomendar el uso de AINEs asociado a acetaminofeno por vía oral, con buena efectividad en manejo del dolor. Con el uso de opioides no se observa diferencia en la necesidad de rescates adicionales, interpretándose una efectividad similar, pero con mayor cantidad de efectos secundarios. Éstos incluyen prurito, náuseas, vómitos, retención urinaria, sedación, y depresión respiratoria.

**CONCLUSIÓN:** El uso de AINEs asociado a acetaminofeno impresiona ser la mejor opción disponible por el perfil de seguridad y su efectividad en reducir el dolor; sin embargo, esta revisión no es concluyente respecto a la mejor opción de analgesia para el alivio del dolor después de la cesárea.

**PALABRAS CLAVE:** *caesarean section, analgesia, postoperative pain, NSAIDs, opioids.*

**Autor Responsable:** Paula Andrea Espinoza Peña y Lillo. paespinoza@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “INTERVENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE SALUD ADOLESCENTE EN COLLIPULLI”

**Código del trabajo:** T1004

**Área:** Educación en Salud

Autores: Paulina Daniela Velásquez Navajas, Maria Antonieta Rocío Valencia Rubilar, Daniela Constanza Luna Meza, Arturo Hernán Godoy Acevedo.

Nombre Tutor: Dr. Nicolás Arriagada

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La adolescencia es un periodo crítico del desarrollo, se establecen conductas de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas en la adultez, como escasa actividad física, inadecuados hábitos alimenticios, consumo de sustancias y conductas sexuales riesgosas, desencadenando problemas como obesidad, embarazo adolescente, drogadicción, deserción escolar, violencia interpersonal, homicidio y suicidio. Estos factores se agudizan en la población más vulnerable, como es la rural y de menores ingresos, reflejado en la última Encuesta Nacional de Salud y la de Juventud. Respecto la comuna de Collipulli, se localiza en la Región de la Araucanía, cuenta con 24.598 habitantes, siendo 26.4% mapuche y 20% rural. Posee una tasa de pobreza de 32.7% y 85% de los hogares son vulnerables. No existen datos del número de adolescentes percapitados en atención primaria ni programas de salud adolescente. Hay carencia en implementación de espacios amigables, interculturales, con perspectiva de género y diversidad sexual para su atención integral.

**Objetivos:** Generar instancias de promoción y prevención en salud, identificación de adolescentes con factores de riesgo y derivación a centros de atención primaria.

**Metodología:** Realizar actividades grupales sobre salud cardiovascular, mental y sexual, a adolescentes, sin diferenciar géneros, entre 14 y 19 años, cursando enseñanza media de los dos liceos de la zona urbana de Collipulli. Las actividades serán realizadas en conjunto por el Programa Jóvenes municipal y los internos pertenecientes al Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI) de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, durante el periodo de Marzo a Noviembre.

**Resultados:** Incrementar el conocimiento de factores de riesgo, consecuencias a largo plazo y prevención en las áreas mencionadas. Promover el empoderamiento de los adolescentes respecto a su salud y la de su comunidad. Aumentar los controles de salud adolescente en atención primaria. Generar una intervención a largo plazo dirigido por el PIRI.

**PALABRAS CLAVE:** *adolescent health, Health education.*

**Autor Responsable:** Paulina Daniela Velásquez Navajas. p.velasqueznave@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “MINIMENTAL TEST ABREVIADO Y NIVEL EDUCACIONAL DE ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR”

**Código del trabajo:** T1005

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Martha Catalina Cárdenas Villalobos, Miguel Ángel Gil Espinoza, Valentina María Claudia Olivares Cortés, Fernanda Magdalena Campos Ñancuqueo.

Nombre Tutor: M. Bucarey.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Demencia es un síndrome degenerativo y adquirido, caracterizado por un deterioro gradual de las funciones cognitivas superiores. Una de las estrategias para mejorar la oportunidad de diagnóstico es el uso de test cognitivos (MINI MENTAL), como parte del control anual de la población adulto mayor. Los resultados de Mini mental test (MMSE) abreviado pueden ser influenciados por distintas variables, entre ellas, el nivel educacional.

**Objetivos:** Analizar la relación entre nivel educacional y resultados de MMSE abreviado.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de adultos mayores sometidos a Examen De Medicina Preventiva Del Adulto Mayor (EMPAM) en un centro de salud familiar de San Bernardo, el año 2018. Se clasificaron los datos utilizando las variables edad, sexo, MMSE y nivel educacional, y para el análisis estadístico, se usó Chi<sup>2</sup> y coeficiente de cramer, mediante Microsoft Excel 2016. **Resultados:** Se obtuvo que de los 373 registros EMPAM, 20,6% presentaban MMSE alterado (< 24 pts). De este grupo: 7,3% carecía de escolarización, 55,8% alcanzó educación básica, 3,9% educación media y 13% no se tenía información. Respecto a los pacientes con MMSE normal (79,4%): 6,1% carecía de escolarización, 61,8% alcanzó educación básica, 18,6% educación media, 1,4% educación superior y 12,1% no se tenía información. De la prueba Chi-cuadrado se concluye con un nivel de confianza del 95% que las variables nivel de escolaridad y MMSE están asociadas, se calculó coeficiente de Cramer V= 0,3.

**Discusión:** Existe una menor proporción de pacientes con más años de escolarización en el grupo con MMSE alterado, lo que sugiere que estas variables están relacionadas y se condice con el mapa de correspondencias múltiples. Dadas las limitaciones del estudio, no es posible definir con exactitud causalidad. Se requieren más estudios para una evaluación más precisa.

**PALABRAS CLAVE:** DEMENTIA, ELDERLY, MMSE.

---

**Autor Responsable:** Martha Catalina Cárdenas Villalobos. martha.cardenas@mail.udp.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE RAZONES DE ABSTINENCIA Y ANSIEDAD DE CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA”

**Código del trabajo:** T1006

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Esteban Iván Moraga Escobar, Carolina Alexandra Adelina Chambi Martínez, Gonzalo Alberto Peralta Jiménez, Ignacio Andres Guzmán Sánchez.

Nombre Tutor: Carmen Gloria Betancur Moreno.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Existe evidencia documentada sobre los efectos y etapas de uso de pasta base de cocaína (PBC), sin embargo, sólo un estudio del 2003 exploró la frecuencia de estímulos que inducen su consumo, siendo el conocimiento sobre este asunto todavía escaso.

**Objetivo:** Describir las principales razones de abstinencia y ansiedad de consumo de PBC en usuarios con trastorno por uso de sustancias grave que entran a un tratamiento.

**Materiales y métodos:** Estudio cuali-cuantitativo de diseño transversal y observacional en participantes del proyecto FONIS SA16I0192 consistentes en pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de PBC grave de la provincia de Concepción, reclutados entre abril del 2018 y julio del 2019. Los datos se recogieron mediante entrevistas semiestructuradas y se realizó un análisis descriptivo básico utilizando Microsoft® Excel.

**Resultados:** Participaron 139 personas (81.3% hombres) de 32.4±8.0 años en promedio. La razón más frecuente de ansiedad de consumo fue la posesión de dinero (30.9%), de cese de consumo durante el mayor periodo de abstinencia fue estar en tratamiento (24.5%) y para iniciar el actual tratamiento fue la familia (60.4%).

**Conclusión:** El conocimiento de las razones de abstinencia y ansiedad de consumo en el contexto del trastorno por uso de PBC puede ser de utilidad para orientar el diseño de programas de prevención, tratamiento e intervenciones individuales relacionados con esta enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** *cocaine base paste, motivation, craving, abstinence, rehabilitation*

---

**Autor Responsable:** Esteban Iván Moraga Escobar. emoraga@udec.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Cobertura campaña influenza 2020, diferencias según ruralidad comunal en la Araucanía”**

**Código del trabajo: T1007**

**Área: Salud Pública**

Autores: Rocío Macarena Vera Portilla, Maria Ignacia Allende Echañez, Daniela Melanie de Lourdes Garrido Aravena, Paulina Daniela Velasquez Navajas.

Nombre Tutor: M. Morales.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** En respuesta a la actual contingencia por COVID.19 se ha extendido el plan de vacunación de influenza. En la región de la Araucanía un alto porcentaje de la población es rural. La ruralidad es un determinante de salud que dificulta el acceso. Es por ello que se buscará si existe una correlación entre la ruralidad de las comunas de la región de la Araucanía y su cobertura de vacunación contra la influenza en la población objetivo al 01 de abril de 2020.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Accediendo a la base de datos del departamento de estadística e información en salud (DEIS) y del CENSO 2017 se obtuvo el porcentaje de vacunación de la población objetivo por comunas en la región de la Araucanía y el porcentaje de ruralidad por comuna. Se tabularon los resultados y se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para comparar los datos.

**RESULTADO:** Se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de 13% con un valor de P de 46%. Además, en el gráfico de asociación se muestra una leve tendencia a la inversa de lo esperado, siendo que los sectores rurales se vacunaron más.

**DISCUSIÓN:** Pese a que el acceso a la salud se ve afectado por la ruralidad, no se observa una diferencia significativa entre el alcance de vacunación en sectores rurales y sectores urbanos en este estudio. Sin embargo, es necesario más información, esto porque existen muchos otros factores que pudieran jugar un papel.

**PALABRAS CLAVE:** *Public Health, Rural Population, Inmunization, Influenza A Virus.*

**Autor Responsable:** Rocío Macarena Vera Portilla. roveraportilla@live.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “EMBARAZO ADOLESCENTE: OUTCOMES OBSTÉTRICOS Y PERINATALES. REVISIÓN DE LITERATURA”

**Código del trabajo:** T1009

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Paula Andrea Espinoza Peña y Lillo, Catalina del Carmen Biénzobas Darraidou, María José Bruera Santini, Bernardita Sofía Faúndez Pumarino, Florencia López Goggi.

Nombre Tutor:

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El Embarazo Adolescente (EA) es aquel que ocurre en mujeres de 10 a 19 años, según la Organización Mundial de la Salud. En Chile, el año 2017 se registraron 17.299 casos, representando el 7,8% de recién nacidos. Se considera un desafío para el ginecoobstetra debido a la mayor morbi-mortalidad materno-perinatal e infantil que este grupo presenta.

**Objetivo:** Definir los outcomes adversos obstétricos y perinatales más frecuentes asociados con el EA.

**Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos: “PubMed”, “Embase”, “Scielo”, “Epistemonikos” y “Cochrane”. Se incluyen artículos que evaluaron efectos obstétricos-perinatales en el EA.

**Resultados:** Fueron seleccionados 17 artículos. La mayoría de estos coinciden en que la adolescencia es un factor de riesgo para trastornos hipertensivos durante el embarazo, en mayor proporción preeclampsia con hallazgos de severidad; corioamnionitis, anemia materna, parto pretérmino e ingreso materno a UCI. Existe menor riesgo de hemorragia postparto, parto instrumental y de cesárea. Respecto a outcomes perinatales se describe mayor riesgo de bajo peso al nacer y malformaciones, especialmente del sistema nervioso central y patologías cardíacas. Además, se ha reportado un aumento de parto de pretérmino, mayor riesgo de mortalidad neonatal y de mortinato, muertes intraparto y abortos espontáneos.

**Conclusión:** El embarazo adolescente es un problema de salud pública de gran magnitud con negativas consecuencias socioeconómicas y de salud. La adolescencia en sí misma es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales. De las obstétricas destaca mayor frecuencia de preeclampsia y trabajo de parto prematuro. Dentro de las neonatales destaca mayor mortalidad neonatal y bajo peso al nacer. Por esto resulta vital tanto identificar a las adolescentes gestantes, mantener controles obstétricos regulares y realizar parto institucionalizado para disminuir estos riesgos como implementar políticas de educación sexual para disminuir la tasa de embarazo adolescente.

**PALABRAS CLAVE:** *adolescent pregnancy, teenage pregnancy, obstetric complications, perinatal complications.*

---

**Autor Responsable:** Paula Andrea Espinoza Peña y Lillo. paespinoza@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “ACTIVIDAD FÍSICA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA”

**Código del trabajo:** T1010

**Área:** Salud Pública

Autores: Martha Catalina Cárdenas Villalobos, Fernanda Magdalena Campos Ñancuqueo, Valentina María Claudia Olivares Cortés, Miguel Ángel Gil Espinoza.

Nombre Tutor: M. Bucarey.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La transición escolaridad - universitaria modifica estilos de vida. La bibliografía indica altos niveles de sedentarismo en universitarios. Este, es un factor de riesgo cardiovascular modificable cuya identificación podría gestionar mejoras en la calidad de vida.

**Objetivos:** Describir la actividad física estudiantes de medicina y su variación a lo largo de los años de estudio.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal de estudiantes de pregrado de medicina aplicados en una encuesta anónima y voluntaria. A partir de 100 respuestas y mediante Microsoft Excel 2016 se clasificaron y analizaron los datos utilizando las variables edad, curso, sexo, lugar y grado de actividad física (según recomendaciones OMS).

**Resultados:** El sedentarismo total fue 42%; en 1o año 50%, 2o 61%, 3o 35%, 4o 40% y 5o 30%. Quinto año reportó mayor actividad física (AF) con 48% y 2° la menor, con 11%. El lugar donde más se hace AF es en el Hogar, seguido de Recintos Privados y Recinto de lugar de estudio y/o trabajo. Con la prueba de  $\chi^2$  no se entabló asociación entre las variables: año cursado y AF, sexo y AF. **Conclusión:** La población estudiada presenta menor nivel de sedentarismo a lo descrito en cohortes similares. Se sugiere que la formación en conocimientos de salud potencia el autocuidado y la existencia de más variables que influyen en el nivel de AF, entre ellas la carga académica. Para ambas hipótesis se requieren más estudios para su análisis. Potenciar y promover el uso los espacios universitarios de deporte podría mejorar los grados de AF.

**PALABRAS CLAVE:** *physical activity, medical students, health care.*

---

**Autor Responsable:** Martha Catalina Cárdenas Villalobos. martha.cardenas@mail.udp.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA”**

**Código del trabajo: TI011**

**Área: Salud Pública**

Autores: Valentina María Claudia Olivares Cortés, Miguel Ángel Gil Espinoza, Martha Catalina Cardenas Villalobos, Fernanda Magdalena Campos Ñancuqueo.

Nombre Tutor: M. Bucarey.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Tanto el tabaquismo como el consumo abusivo de alcohol son factores de riesgo para múltiples enfermedades. El consumo de estos suele iniciar en la adolescencia y puede verse aumentado en estudiantes universitarios debido a diversos factores. Reconocer aquellos consumidores de riesgo permitirá adoptar medidas precoces y más eficientes para evitar sus consecuencias.

**Objetivos:** Caracterizar el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de pregrado de medicina.  
**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. A partir de una encuesta anónima y voluntaria se clasificaron y analizaron los datos (consumo de OH y tabaco en función de las variables edad, sexo y curso) mediante Microsoft Excel 2016.

**Resultados:** De 100 encuestados, 46% hombres y 54% mujeres con edad promedio de 21,8 años. 11% declaró consumir tabaco (36,4% mujeres y 63,6% hombres). La prevalencia varió entre un 9,1% y 36,3% según curso. Respecto al alcohol, 89% declaró algún grado de consumo (54% mujeres y 46% hombres). La prevalencia varió entre un 17% y un 25% según curso. Respecto a la frecuencia, 40,4% consume alcohol máximo una vez al mes, 42,6% dos a cuatro veces al mes, 14,6% dos a tres veces por semana y 2,2% cuatro o más veces por semana. 57,3% refirió haber consumido más de 6 tragos/evento al menos 1 vez durante el último año.

**Discusión:** La baja prevalencia de tabaquismo podría asociarse al conocimiento sobre sus efectos nocivos e incidir en las probabilidades de éxito de las terapias para dejar de fumar. Sin embargo, esta situación no se replica en el consumo de alcohol, infiriendo que la percepción de riesgo de este difiere de la referente al tabaco. La alta prevalencia de consumo de alcohol debiera ser foco de nuevos estudios para afrontar de mejor manera esta problemática.

**PALABRAS CLAVE:** ALCOHOL, TOBACCO, STUDENTS, MEDICAL.

---

**Autor Responsable:** Valentina María Claudia Olivares Cortés. valentina.olivares@mail.udp.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Prednisona v/s Deflazacort ¿Cuál es la diferencia de sus efectos adversos en el tratamiento de pacientes con Distrofia Muscular de Duchenne?”**

**Código del trabajo: T1012**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Andrea Rosario Salinas Olivares, Lucas Agustín Cartes Saavedra.

Nombre Tutor:

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) es una de las enfermedades neuromusculares más frecuentes en niños. Actualmente, los glucocorticoides prednisona y deflazacort son el tratamiento farmacológico estándar. Sin embargo, el uso prolongado del tratamiento corticoesteroidal se asocia efectos adversos como bajo crecimiento vertical, exceso de peso, osteoporosis, entre otros. Aunque se conocen los distintos efectos adversos de los glucocorticoides, sería importante saber las diferencias entre ambos fármacos para la práctica clínica. El objetivo de esta revisión sistemática es caracterizar las diferencias en el perfil de efectos adversos del tratamiento con prednisona o deflazacort en pacientes con DMD.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura en la base de datos “MEDLINE” de estudios publicados durante el período 2015-2020, fue realizada usando los términos: “Duchenne muscular dystrophy”, “Prednisona”, “Deflazacort”, “Adverse effects”, con los términos MeSH correspondientes. Se incluyeron estudios clínicos randomizados, estudios retrospectivos y reportes de casos. Los criterios de inclusión consideraron idioma en inglés, inicio de la terapia antes de los diez años y estudios que comparen los efectos adversos de prednisona contra deflazacort. Se excluyeron protocolos de estudio clínico.

**Resultados:** Se encontraron 8 artículos, de estos 4 fueron seleccionados y fueron sometidos a un análisis crítico donde se describieron sus principales fortalezas y debilidades.

**Conclusiones:** Luego de un análisis crítico se concluyó que prednisona se asociaba a mayor ganancia de peso y mayor incidencia de cambios de comportamiento, con una correlación directa con la dosis y la duración del tratamiento. Por otro lado, deflazacort se asoció a menor crecimiento estatural y cataratas. De manera anecdótica se reportó en 1 estudio miocarditis tras el cambio deflazacort a prednisona. Otros efectos adversos se presentaron en ambos glucocorticoides sin mostrar diferencias significativas. Sin embargo, urgen nuevos estudios que caractericen los distintos perfiles de efectos adversos para la práctica clínica.

**PALABRAS CLAVE:** *Duchenne Muscular Dystrophy, Prednisona, Deflazacort, Adverse Effects.*

**Autor Responsable:** Andrea Rosario Salinas Olivares. [andrea.salinas@ug.uchile.cl](mailto:andrea.salinas@ug.uchile.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Perfeccionando habilidades parentales para prevenir uso de sustancias en adolescentes. Desarrollo y evaluación de un programa.”**

**Código del trabajo: T1013**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Amaia Ortiz de Rozas Bernard, Ivan Muñoz Muñoz, Catalina BurmeisterLobato, Carlo Macchiavello Malavasi, Lauren Lenzion.

Nombre Tutor: D. García- Huidobro.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

La prevalencia de consumo de sustancias en jóvenes chilenos mantiene cifras alarmantes. Décadas de investigación demuestran que patrones de crianza se asocian con el uso de drogas en la juventud por lo que múltiples entidades internacionales insisten en la incorporación de programas de prevención centrados en la familia para reducir estas cifras. El departamento de Medicina Familiar de la Universidad Católica junto a Fundación Paréntesis del Hogar de Cristo crearon el programa ¡Vamos por más! Un ciclo de talleres enfocados en desarrollar habilidades parentales en familias de niños cursando quinto y sexto básico. Su evaluación incluye cuatro componentes: 1. Motivacional 2. Sesiones Padre-hijos 3. Interacción virtual 4. Acompañamiento posterior.

Métodos: Se buscó mejorar la efectividad del programa incluyendo a las comunidades intervenidas en el proceso de desarrollo y evaluación. Se realizaron catorce grupos focales en cuatro colegios de Santiago (particulares, subvencionados y públicos) incluyendo a alumnos, profesores, apoderados y expertos en temas de educación. Se analizó de forma paralela los datos cualitativos (opiniones, analizadas con NVivo) y cuantitativos (encuestas, analizadas con STATA).

Resultados: Se entrevistaron a 101 participantes donde más del 90% percibieron como necesaria la intervención. Los expertos recomendaron generar una alianza fuerte con los colegios para asegurar su sustentabilidad. Los profesores estuvieron preocupados por la sobrecarga que estos talleres representarían y las necesidades de acompañamiento a los apoderados. Los apoderados destacaron la necesidad de estrategias de autocontrol, la transversalidad de los temas abordados y la necesidad de profundización a través de mensajerías. Los jóvenes evidenciaron que en contextos con altos índices de vulnerabilidad métodos centrados en la familia son insuficientes. Se generó una nueva propuesta con 4 nuevos componentes: 1. Alianza colegio-familias 2. Talleres apoderado-alumno 3. Mensajería interactiva 4. Acompañamiento para el cambio.

En conclusión el programa ¡Vamos por más! está listo para ponerse a prueba.

**PALABRAS CLAVE:** *Prevention, Raising, Positive parenting, Drugs.*

**Autor Responsable:** Amaia Bernard Ortiz de Rozas. abernard@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN EMBARAZO GEMELAR DE PRETÉRMINO. HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES”

**Código del trabajo:** T1014

**Área:** Ginecología y Obstetricia

Autores: Luis Eduardo Vásquez Miranda, Gabriela Paola Tognetti Vera, Sophie Natali Alvarez Cayo.

Nombre Tutor: R. Serra.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La incidencia del embarazo gemelar ha aumentado de manera significativa a nivel mundial, constituyendo el 3% de todos los nacimientos. En Chile ha presentado un incremento del 11% en los últimos años, siendo una de las posibles explicaciones el aumento de técnicas de reproducción asistida y postergación de la maternidad. Este es considerado como embarazo de alto riesgo obstétrico representando el 15% de la morbilidad perinatal total. Chile presenta una incidencia del 7% de partos pretérmino, responsable de un 75% de las muertes perinatales, a su vez el 50% de los embarazos gemelares pertenecerá a este grupo.

**Objetivo:** Descripción del perfil clínico materno y neonatal asociados al embarazo gemelar pretérmino en el Hospital Clínico de Magallanes Dr Lautaro Navarro.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico entre Enero de 2017 y Enero de 2019. Se incluyeron todos los recién nacidos gemelares con edad gestacional entre 22 y 36+6 semanas. Se realizó análisis estadístico mediante tablas de frecuencia.

**Resultados:** Se incluyeron 48 recién nacidos producto de embarazo gemelar pretérmino, la cual representa una incidencia del 9,6% dentro de los embarazos pretérmino (24 de 250). Edad materna promedio de 32. Un 83% bicorial- biamniótico, edad gestacional promedio de 34+0 semanas (Rango 24+0 – 36+5). La morbilidad materna se presenta en el 75%, siendo la Preeclampsia y Cérvix corto las de mayor incidencia (58%). Morbilidad neonatal en 13 casos (27%), mortalidad neonatal temprana en 4 casos (8.3%) y admisión a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en 19 casos (39,5%), siendo la causa de ingreso más frecuente las complicaciones respiratorias (53%). **Conclusiones:** Existe una morbilidad materna y neonatal asociada al parto pretérmino aumentada en el embarazo gemelar, siendo necesario realizar medidas preventivas en el periodo perinatal para disminuir complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Pregnancy, Multiple, Premature Birth, Neonatal mortality, Infant Mortality.*

**Autor Responsable:** Luis Eduardo Vásquez Miranda. [lvasmira@umag.cl](mailto:lvasmira@umag.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Desarrollo de material audiovisual sobre el examen de medicina preventiva en la sala de espera del CESFAM Madre Teresa de Calcuta”**

**Código del trabajo: T1015**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Andrea Cecilia Gallardo González, Isidora Cecilia Jiménez Álvarez, Sigall Budnik Bitran, Ernesto Benjamín Escobedo Carvajal.

Nombre Tutor: P. Céspedes.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción y Objetivo:** El Examen de Medicina Preventiva es una evaluación de salud anual, voluntaria y gratuita, que permite detectar de forma temprana enfermedades prevalentes y tratables. El año 2019, el Cefam Madre Teresa de Calcuta realizó un gran gasto en recursos humanos para aumentar la cobertura de EMPA y EMPAM. El objetivo de este proyecto fue desarrollar material audiovisual educativo para aumentar la adherencia de la población a este examen, sin necesidad de derivación.

**Materiales y Métodos:** Realizamos dos encuestas breves a los usuarios de la sala de espera, sobre: i) el conocimiento y acceso al examen de medicina preventiva y ii) el modo en el que el usuario prefiere recibir información a través de la pantalla disponible. Finalmente, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre educación en salas de espera, en distintas bases de datos científicas.

**Resultados:** La mayoría de los usuarios muestran desconocimiento en cuanto al acceso al examen de medicina preventiva, pero a su vez interés por realizárselo y obtener material educativo. Dentro de las preferencias para recibir información a través de la pantalla, la mayoría prefiere el uso de texto e imágenes juntos.

**Discusión.** Diferentes estudios concuerdan en que las salas de espera son sitios de gran importancia para la educación en salud. El uso de material audiovisual en las salas de espera tiene beneficios en cuanto a promover el cuidado de salud general, aumentar la satisfacción respecto al servicio, obtener información sobre diversos temas y generar cambios de conductas. En nuestro centro, según este proyecto existen usuarios interesados en obtener información a través de estas metodologías.

**Conclusión:** Podemos concluir que el uso de material educativo en salas de espera es una herramienta útil, de fácil acceso, con múltiples beneficios y replicable, por lo que se debe seguir desarrollando esta estrategia en otros centros.

**PALABRAS CLAVE:** *prevention, waiting rooms, education.*

**Autor Responsable:** Andrea Cecilia Gallardo González. [acgallardo@uc.cl](mailto:acgallardo@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“BIOPSIA RENAL Y ACIERTO DIAGNÓSTICO EN HCM PERIODO 2014 – 2017”**

**Código del trabajo: T1016**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Lucia Victoria González Roa, Julio Andrés Carrasco Araya, Sophie Natali Álvarez Cayo, Nicole Jannely Alvarado Baeza, Bastián Marcos Álvarez Zubieta.

Nombre Tutor: R. Mansilla.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La biopsia renal es un procedimiento diagnóstico importante en la valoración de pacientes cursando con cuadros como síndrome nefrótico o nefrítico, proteinuria, hematuria, entre otras afecciones renales. La biopsia renal percutánea es la técnica estándar, por considerarse un procedimiento seguro con bajo riesgo de complicaciones, y riesgo de mortalidad descrito menor al 0,1%, y su perfeccionamiento ha permitido disminuir el número de contraindicaciones.

**Materiales y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias renales obtenidas por técnica percutánea con control ecográfico, entre Enero de 2014 y Julio de 2017 en el Hospital Clínico de Magallanes. Por medio de revisión de fichas clínicas, se recopilan los datos y se realiza análisis estadístico en tablas de frecuencia mediante Microsoft Excel.

**Resultados:** Se realizaron 29 biopsias renales, con un promedio de 8 biopsias anuales. El promedio de edad de los pacientes fue de 52 años. Un 65,5% de pacientes eran sexo femenino y 34,4% sexo masculino. Las principales indicaciones de biopsia renal, con igual frecuencia, fueron estudio de síndrome nefrótico y nefrítico, representando el 41,3% de las indicaciones. Del total de casos, en un 89,6% se logró un diagnóstico concluyente, siendo los diagnósticos histopatológicos más frecuentes la Nefropatía por IgA (7 casos), Glomerulonefritis focal y segmentaria (6 casos), Nefropatía lúpica (4 casos), Atrofia generalizada (3 casos), Enfermedad por cambios mínimos (2 casos), Glomerulonefritis mesangial (2 casos), entre otras de menor frecuencia. Solo hubo 3 casos en que el resultado fue inespecífico o no concluyente. Solo un 68,9% de las muestras histológicas fueron concordantes con el diagnóstico pre-biopsia. No se registraron complicaciones.

**Conclusión:** La biopsia renal constituye un procedimiento seguro y necesario ante la sospecha de patología renal. Esta serie muestra el espectro epidemiológico de indicaciones y diagnósticos histopatológicos, demostrando que ante la sospecha diagnóstica es fundamental la biopsia renal para su confirmación.

**PALABRAS CLAVE:** *Biopsy, glomerulonephritides, Kidney Diseases, nephrotic syndrome, IgA Nephropathy.*

**Autor Responsable:** Lucia Victoria González Roa. [soalvare@umag.cl](mailto:soalvare@umag.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA.”**

**Código del trabajo: T1018**

**Área: Ginecología y Obstetricia**

Autores: Sophie Natali Alvarez Cayo, Luis Eduardo Vásquez Miranda.

Nombre Tutor: J. Riquelme.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La histerectomía obstétrica (HO) es un procedimiento de urgencia con una incidencia de 10 por cada 1000 eventos obstétricos.

**Objetivo:** Analizar la experiencia clínica de pacientes sometidas a histerectomía posparto.

**Método:** Estudio descriptivo y retrospectivo de la HO efectuadas en Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria entre enero de 2013 y julio de 2019, por medio de revisión de fichas clínica en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, el análisis estadístico se efectuó con el programa Excel Office.

**Resultados:** Hubo 6047 partos con 19 casos de HO (incidencia de 3.1 histerectomías/1000 partos). La edad materna promedio de 31 años; 94.7% eran multíparas. La edad gestacional promedio al parto fue 31+5 semanas (rango: 17- 40). La causa más frecuente es la inercia uterina con un 78.9%, seguido por el acretismo placentario (15.7%) y rotura uterina (5.2 %). En el 84.2% de las pacientes se realiza histerectomía subtotal. Cerca del 85% presentó complicaciones, siendo la anemia severa la de mayor incidencia (73.6%) dentro de la cual el 35.7% se presenta con shock hipovolémico con un requerimiento de transfusión de 6UGR en promedio. El 73.6% requirió manejo en unidad de tratamientos intensivo en un promedio de 7 días. En el postoperatorio inmediato hubo 14 casos de anemia, 5 casos de shock hipovolémico, 1 caso de coagulación intravascular diseminada, 2 casos de hemoperitoneo (reoperadas) y 1 caso de lesión vesical. Tardíamente hubo 2 casos de infección de herida operatoria y 1 caso de dehiscencia de herida operatoria. Sin muertes maternas. Hubo una muerte fetal temprana.

**Conclusiones:** La HO es una intervención de urgencia con una importante morbimortalidad materna, siendo la principal indicación la inercia uterina que conlleva a menudo a graves complicaciones intra y postoperatorias.

**PALABRAS CLAVE:** *Postpartum hysterectomy , Obstetric hysterectomy ,Uterine inertia , placenta accreta.*

---

**Autor Responsable:** Sophie Natali Alvarez Cayo. [soalvare@umag.cl](mailto:soalvare@umag.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“mHealth, una forma de innovar en La Pintana”**

**Código del trabajo: T1019**

**Área: Salud Pública**

Autores: Sebastián Antonio Sánchez Zagal, Francisca Nicole Sepúlveda Concha, Pamela Carolina Contreras Campbell, Paulen Xiufang Chen Chi, Braulio Ignacio Aliaga Campos.

Nombre Tutor:

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

Propuesta de investigación: Las hospitalizaciones evitables son un indicador indirecto de resolutiveidad en Atención Primaria de Salud (APS). El año 2019 en el CESFAM Juan Pablo II se identificó una prevalencia de 46.1% de hospitalizaciones prevenibles en adultos menores de 65 años clasificados de alto riesgo según MaCep, un 36% de ellas secundarias a Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). Con el objetivo de mejorar dicho indicador, se diseñó una intervención basada en el uso de mHealth.

Materiales y métodos empleados: Revisión de resultados obtenidos por Brusoni et. all para identificar principales causas de hospitalizaciones prevenibles en pacientes de alto riesgo usuarios del CESFAM Juan Pablo II, con posterior entrevista a la Dra. Paula Margozzini acerca de su experiencia en el desarrollo de mHealth. Se realizó encuesta a personal de salud del alto riesgo del CESFAM Juan Pablo II para confección de encuesta sobre uso de dispositivos móviles y características de la App, aplicada telefónicamente a pacientes de alto riesgo MaCep menores de 65 años en seguimiento clínico durante febrero 2020.

Principales resultados: El personal de salud destaca la adherencia y autoeficacia como falencias del programa MaCep. 75% de los usuarios contactados presenta acceso a smartphone e internet, y el 67.8% utilizaría una aplicación (App) para organizar sus controles de salud y medicamentos. Se confeccionó un modelo gráfico con el programa Balsamiq Wireframes.

Conclusión: mHealth podría tener un impacto en disminuir hospitalizaciones evitables en población de alto riesgo menor de 65 años del CESFAM Juan Pablo II. Se requieren de estudios de costo posteriores para evaluar la aplicabilidad del proyecto en esta población. Se sugiere realizar un estudio de costo-efectividad con un profesional informático para establecer, y en caso que se implemente, iniciar con un piloto y capacitar a pacientes en el uso de esta intervención.

**PALABRAS CLAVE:** *telemedicine, cardiovascular, prevention.*

**Autor Responsable:** Sebastián Antonio Sánchez Zagal. [sasanchez@uc.cl](mailto:sasanchez@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

# Libro de Resúmenes 2020

## I Competencia científica V CoCEM

### TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

#### Título del trabajo:

**“Efectividad de un protocolo de manejo de hipertensión arterial en un CESFAM de Antofagasta, Chile. Estudio cuasi-experimental pre-post.”**

**Código del trabajo: T1020**

**Área: Medicina Adultos, Salud Pública**

Autores: Alejandra Francisca Arias Castro, Daniel Eduardo Zelada Barraza, Michell Andres Galleguillos Valdivia.

Nombre Tutor: M. Galleguillos.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es una patología de alta prevalencia en nuestro país, con impacto en la morbilidad por enfermedades crónicas. Existen múltiples esquemas farmacológicos para el control de la HTA. El uso de protocolos estandarizados y basados en la evidencia resulta clave para el adecuado control de la HTA a nivel poblacional. Se realiza un estudio longitudinal pre-post para evaluar la efectividad de un esquema de manejo en una muestra de un CESFAM de Antofagasta, Chile.

**Materiales y métodos:** Se seleccionó una muestra de 55 pacientes atendidos en el CESFAM Centro Sur de la ciudad de Antofagasta, Chile. Los criterios de exclusión fueron edad menor a 15 años, y VFG <60 ml/min/h. Se recopilaron variables sociodemográficas y controles iniciales de cifras de PA. Se aplicó un esquema farmacológico estandarizado para el manejo de la HTA basado en el uso de losartán hasta alcanzar dosis máxima, para luego añadir, en orden: amlodipino, hidroclorotiazida, carvedilol y espirolactona. Se registraron los valores de PA iniciales, y hasta el cuarto mes de tratamiento. **Resultados:** Se siguió una muestra de 37 pacientes. La PA promedio inicial fue 159/80 mmHg. Al primer mes la PA promedio se redujo a 133/73 mmHg, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos. Se logró el control de la PA de 33 pacientes (89%) al finalizar el cuarto mes de seguimiento.

**Conclusiones:** El esquema aplicado en este estudio demostró ser efectivo para la muestra estudiada, alcanzándose el control de un 83% de los pacientes al cuarto mes de tratamiento. El uso de esquemas estandarizados como el sugerido en este trabajo puede resultar importante para el logro de metas de HTA.

**PALABRAS CLAVE:** *Hypertension, Effectiveness, Management, Primary care.*

**Autor Responsable:** Alejandra Francisca Arias Castro. alee.ariasc@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**Título del trabajo:**

**“Mortalidad infantil en relación al nivel escolaridad materna entre los años 2010-2014 en Chile”**

**Código del trabajo: T1021**

**Área: Salud Pública**

Autores: Ailen Inostroza Molina, Camila Quilpatay Palma, Jorge Michea Valenzuela, Diego González Céspedes, Luis Felipe López Uribe.

Nombre Tutor:

---

**RESUMEN**

---

**CUERPO DEL RESUMEN:**

La mortalidad infantil (MI) corresponde a la muerte de niños menores de un año de vida. Dicho parámetro es un reflejo de las políticas de salud pública, las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolla, considerando políticas sanitarias, ambientales y educacionales. Estudios han demostrado que la escolaridad materna se asocia a condicionantes de mayor riesgo de MI. Se ha logrado demostrar que un mayor nivel educacional materno se asocia a mayor adherencia a lactancia materna exclusiva, mejora en los pesos de nacimiento de los niños y menor fertilidad temprana. Así también, que este factor por si solo logra disminuir el riesgo de mortalidad infantil. Se realizó un estudio transversal tipo descriptivo donde se estudiaron y analizaron los datos de mortalidad infantil en Chile entre los años 2010 – 2014, el nivel educativo de la madre y región de residencia, recolectando los datos del Anuario de Estadísticas Vitales (AEV) del Departamento de estadísticas e información de salud (DEIS). Se observó que la tasa de mortalidad infantil (TMI) más alta fue en el año 2011 con un descenso para el año 2013. Además, se observaron los resultados según el nivel de escolaridad de la madre, obteniéndose que a menor nivel de educación hay mayores tasas de mortalidad infantil. Esta tendencia se mantiene de forma evolutiva en los 4 años estudiados. Se concluye que una mejor educación materna logra una disminución de la prevalencia de TMI teniendo como ejemplo la evolución de Chile entre los años 2010 – 2014. Se evidencia que la realidad de otros países donde se han realizado el mismo tipo de estudio es comparable con Chile y que este está bien posicionado en comparación a otros países de Latinoamérica.

**PALABRAS CLAVE:** *Infant Mortality, Public Health, Maternal educational status, death rates.*

---

**Autor Responsable:** Ailen Inostroza Molina. ailen.anahi8@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES OPERADOS POR GRANULOMA PIÓGENO EN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA HOSPITAL EL PINO”

**Código del trabajo:** T1022

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Belén Francisca Corvalán Avendaño, Gabriel Alejandro Dávila Contreras, Valentina Carvajal Cabrera, Carolina Uberlinda Carvajal Calderón, Matías Andrés Muñoz Torres.

Nombre Tutor: G. Aedo.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** El granuloma piógeno (GP) o granuloma telangectásico, es una neoplasia vascular benigna, caracterizada por crecimiento rápido y superficie friable. Su diagnóstico es fácil, sin embargo, es esencial su estudio histopatológico para descartar una patología que pueda simularlo como: melanoma amelanótico, carcinoma escamoso, tumores glómicos, hemangiomas, nevos y verrugas melanocíticas.

**Objetivos:** 1. Describir GP en cuanto a edad, sexo y localización. 2. Evaluar los diagnósticos histopatológicos y su concordancia clínica, en pacientes operados por sospecha de GP.

**Materiales y método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recolectan datos de sujetos con indicación de cirugía menor con diagnóstico pre operatorio de GP, entre enero 2018 a diciembre 2019, en servicio dermatología hospital el pino. Se consigna edad, sexo, localización y biopsia. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa Stata (Stata / SE 16.0 para Windows, Copyright 1985-2019 StataCorp LLC).

**Resultados:** Se incluyó a 62 pacientes con diagnóstico pre operatorio de GP, con una mediana RIC de 38 años, 37 (59.6%) fueron de sexo femenino. La localización más frecuente fue la cara, seguida de extremidades superiores, cuero cabelludo y extremidades inferiores. En el estudio histopatológico, el 67.7% fueron GP; el 22.5% otras lesiones benignas, como hemangiomas y verrugas vulgares; y el 9.6% lesiones malignas. Dentro de las lesiones malignas, los diagnósticos fueron 2 melanomas malignos, 2 carcinomas escamosos, 1 carcinoma basocelular y 1 carcinoma poco diferenciado. En este grupo de pacientes el rango etario varió desde 42 a 93 años, con una edad promedio de 70 años.

**Conclusiones:** A pesar de que el diagnóstico clínico del GP pueda parecer simple, es importante el diagnóstico histológico, ya que existen múltiples patologías que pueden simularlo y entre ellas patologías malignas. Además, a mayor edad del paciente, mayor es el riesgo de neoplasias en lesiones que simulan granuloma piógeno.

**PALABRAS CLAVE:** *Pyogenic granuloma, vascular tumor.*

**Autor Responsable:** Belén Francisca Corvalán Avendaño. belen.corvalan@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Determinantes de la intención de hablar sobre error médico en atención primaria”**

**Código del trabajo: T1023**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Nicolás Ortiz-López, Carolina Olea Gangas, Sofía Ponce Arancibia, Rodrigo Chacano Muñoz, Ivan Solis Opazo.

Nombre Tutor: I. Solís.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**INTRODUCCIÓN:** El error médico es frecuente en atención primaria. Los profesionales de la salud enfrentan situaciones en las que necesitan hablar para evitar daños, garantizar una mejor atención o abordar un comportamiento no profesional. Involucrar al resto del equipo médico en el reconocimiento de errores médicos y dar sugerencias para mejorar es clave para proteger la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención médica. El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores que influyen en hablar sobre errores médicos en el contexto de atención primaria. **MÉTODOS:** Los datos provienen de una encuesta nacional transversal acerca de hablar sobre errores médicos realizada en Chile en 2020. El instrumento fue diseñado utilizando la teoría del comportamiento planificado. Se desarrolló un modelo utilizando la técnica de ecuaciones estructurales para identificar interacciones significativas.

**RESULTADOS:** 203 profesionales de la salud de 98 centros de atención primaria, en contexto rural y urbano, participaron en el estudio. Se desarrolló un modelo de ecuaciones estructurales. El modelo se ajusta a la muestra satisfactoriamente. Los resultados muestran que la “Intención” de hablar está directa y positivamente influenciada por la “Actitud hacia el comportamiento” y el “Control percibido”. Las “Normas subjetivas” influyen indirecta y negativamente sobre la “Intención” a través de la “Actitud hacia el comportamiento” y el “Control percibido”. El constructo exploratorio “Disposición a cambiar el comportamiento propio” influye positivamente la “Actitud hacia el comportamiento”. La “Intención” influye fuertemente el comportamiento de hablar sobre error médico.

**CONCLUSIONES:** Según nuestro conocimiento, éste es el primer estudio que investiga la influencia de distintos factores sobre el comportamiento de hablar en contexto de atención primaria. El estudio provee información valiosa para generar estrategias que favorezcan el comportamiento de hablar sobre error médico en este contexto.

**PALABRAS CLAVE:** *Medical Error, Primary Healthcare, Patient Care Team.*

**Autor Responsable:** Nicolás Ortiz-López. nicolas.ortiz@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

# “CORRELACIÓN ANATOMO-CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA MENOR”

**Código del trabajo:** T1024

**Área:** Otras Especialidades

Autores: Belén Francisca Corvalán Avendaño, Valentina Carvajal Cabrera, Gabriel Alejandro Dávila Contreras, Carolina Uberlinda Carvajal Calderón, Nicolás Alberto Guerra Rojas.

Nombre Tutor: G. Aedo.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La anamnesis y examen físico son esenciales en la evaluación de lesiones cutáneas en todas las edades, sin embargo, muchas veces se requiere el estudio histológico para obtener el diagnóstico definitivo. Los datos epidemiológicos de dermatosis en pacientes pediátricos son limitados y frecuentemente se basan solo en la evaluación clínica, sin considerar el estudio anatomopatológico. Dentro de las lesiones más comunes en niños destacan: enfermedades inflamatorias infecciosas, eccemas, acné y enfermedades foliculares, siendo el diagnóstico clínico consistente con el resultado de las biopsias. Resulta fundamental conocer la importancia del estudio histológico de lesiones en pacientes pediátricos y su correlación con el diagnóstico clínico.

**Objetivos:** Describir el espectro de lesiones dermatológicas en niños con indicación de cirugía menor y analizar la concordancia diagnóstica preoperatoria e histológica en servicio de dermatología.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recolectaron datos de pacientes pediátricos ( $\leq 15$  años) con indicación de cirugía menor entre 2018 al 2019 en el Servicio de Dermatología Hospital el Pino. Se consignó edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, diagnóstico por biopsia, localización de lesión y clasificación diagnóstica (inflamatorio no infeccioso, infeccioso, tumoral o pigmentaria). Se utilizó mediana, media y test de kappa para evaluar concordancia clínico-anatomopatológica.

**Resultados:** La muestra correspondió a 45 sujetos que incluyeron pacientes entre 5–15 años, edad  $\text{media} \pm \text{DS } 12,17 \pm 2,88$ . 55,5% sujetos eran de sexo femenino. Se consignaron 23 diagnósticos histológicos, los más frecuentes fueron nevo melanocítico 20%, pilomatrixoma 11,1% y nevo sebáceo 8,9%. La distribución topográfica fue: cara 28,8%, extremidades superiores 22,2% e inferiores 17,7%. La concordancia clínico-anatomopatológica fue 68,89% ( $\text{kappa} = 0.67$ ).

**Conclusiones:** Los diagnósticos histológicos son compatibles con las lesiones cutáneas más frecuentemente reportadas en niños. La concordancia clínico-anatomopatológica fue similar a otros estudios.

**PALABRAS CLAVE:** *Clinical diagnosis, histological diagnosis, biopsy, pediatric patients.*

**Autor Responsable:** Belén Francisca Corvalán Avendaño. belen.corvalan@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Efecto de los inhibidores de SGLT-2 en el control glicémico de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1, una revisión sistemática”**

**Código del trabajo: T1025**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Pablo Ignacio Gabriel Aguirre Araya, Lucas Agustín Cartes Saavedra, Francisco Miguel Maldonado González, Demian Ignacio Martínez Pardo, Mayline Paz Vilches Alfaro.

Nombre Tutor:

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Los inhibidores del cotransportador 2 de sodio-glucosa (iSGLT-2) son fármacos que actúan en el túbulo proximal renal, suprimiendo la reabsorción de glucosa, logrando un efecto hipoglicemiante. Actualmente, son parte del tratamiento oral de la Diabetes Mellitus 2, con efectos benéficos reportados a nivel cardiovascular y renal. Efectos adversos conocidos incluyen mayor incidencia de infecciones urogenitales y cetoacidosis diabética. En los últimos años, se ha planteado su uso como terapia adyuvante en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). La European Medicine Agency autorizó esta indicación para Sotagliflozina y Dapagliflozina. El objetivo de esta revisión es conocer la eficacia y seguridad de los iSGLT-2 en pacientes con DM1.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando las bases de datos “PUBMED” y “EMBASE”. Se utilizaron las palabras “Type 1 Diabetes Mellitus”, “Insulin Dependent Diabetes”, “Sodium glucose transporter 2 inhibitors”, “Gliflozins”, “Glycated Hemoglobin A”, “Hemoglobin A1c” y términos MeSH respectivos. Como criterios de inclusión se estableció idioma inglés, período de publicación 2016-2020, estudios tipo ensayo clínico randomizado doble ciego (ECR-DC), pacientes con diagnóstico de DM1 y desenlaces de interés, a saber: hemoglobina glicosilada (HbA1c), masa corporal y/o eventos adversos (cetoacidosis diabética, hipoglicemia severa e infecciones del tracto urinario).

**Resultados:** Se encontraron 35 artículos, de los cuales al aplicar criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 10 ECR-DC, placebo-control y multicéntricos. Dichos artículos fueron analizados de manera crítica, exponiendo sus fortalezas y limitaciones.

**Conclusiones:** De acuerdo a los estudios incorporados, se concluye que los iSGLT-2 han demostrado mejorar el control metabólico en base a mediciones de HbA1c y disminución de la masa corporal. Sin embargo, se muestra un aumento de efectos adversos reportados (cetoacidosis diabética e infecciones urinarias). Se requieren estudios de calidad que evalúen focalizadamente eventos adversos de interés.

**PALABRAS CLAVE:** *Type 1 Diabetes Mellitus, Sodium-Glucose Transporter 2 Inhibitors, Glycated Hemoglobin A.*

---

**Autor Responsable:** Pablo Ignacio Gabriel Aguirre Araya. demianchi@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Uso de anticoagulantes orales directos en Trombosis Venosa Portal en pacientes con Daño Hepático Crónico: Una revisión de la literatura.”**

**Código del trabajo: T1026**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Lucas Agustín Cartes Saavedra, Cristóbal Ignacio Bourgeois Silva, Nidia Eva Dierlamm Duarte, Andrés Ignacio Sepúlveda Bravo, Andrea Rosario Salinas Olivares.

Nombre Tutor:

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La Trombosis Venosa Portal (TVP) es una complicación frecuente del Daño Hepático Crónico (DHC) con impacto negativo en el pronóstico del paciente. El tratamiento anticoagulante estándar no ha sido definido. Actualmente, la evidencia demuestra la eficacia y seguridad de antagonistas de vitamina K, siendo controversial el uso de anticoagulantes orales directos (ACOD). El objetivo de esta revisión sistemática es proporcionar evidencia sobre eficacia y seguridad de los ACOD en este grupo de pacientes.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando las bases de datos “PUBMED” de estudios publicados en el período 2016-2020. Se utilizaron los términos “Liver Cirrhosis”, “Portal Vein”, “Thrombosis”, “Direct oral anticoagulant”, “Efficacy”, “Bleeding” y los términos MeSH respectivos. Los criterios de inclusión incorporaron: Idioma Inglés, población adulta con diagnóstico de DHC y TVP. Se incluyeron estudios clínicos randomizados y estudios observacionales, excluyendo artículos de revisión o con pacientes no concordantes al tema en estudio.

**Resultados:** Se encontraron 8 artículos, seleccionándose 3 de éstos, que fueron sometidos a un análisis crítico, destacando sus principales ventajas y limitaciones. En cada estudio se evaluó eficacia y seguridad de Rivaroxaban, Apixaban y Edoxaban respectivamente. Todos los estudios demostraron que el uso de ACOD fue efectivo en la recanalización de la vena porta, sin asociarse a mayor riesgo hemorrágico en comparación a otras terapias anticoagulantes. Sin embargo, existen limitantes tales como, dosis no estandarizadas, reducido número de pacientes y la diversidad en las etiologías de DHC presentes en cada estudio.

**Conclusiones:** El uso de ACOD en este grupo de pacientes es efectivo en la recanalización de la vena porta, siendo seguros respecto al riesgo hemorrágico. No obstante, se necesitan más estudios clínicos y elaboración de protocolos con indicaciones y dosis estandarizadas, por lo que se sugiere cautela al considerar su uso.

**PALABRAS CLAVE:** *Liver Cirrhosis, Portal Vein Thrombosis, Direct Oral Anticoagulants, Efficacy, Bleeding.*

---

**Autor Responsable:** Lucas Agustín Cartes Saavedra. [lcartessaa@gmail.com](mailto:lcartessaa@gmail.com)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Respuesta tumoral post-neoadyuvancia en cáncer de recto medio e inferior”**

**Código del trabajo: T1027**

**Área: Cirugía Adultos**

Autores: Arturo ignacio Sotomayor Barros, Tomás Eduardo Lasen Andrade, Rafael Ignacio Moya Álvarez, Daniel Esteban Peña Pizarro, Sylvia Alejandra Salas Muñoz.

Nombre Tutor: J. Stambuk.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Entre las estrategias terapéuticas en cáncer de recto (CR) distal, la quimiorradioterapia neoadyuvante (QRT) surge como alternativa para disminuir recidiva local y preservar el esfínter anal interno. La respuesta completa se ha reportado en alrededor de un 15% de los pacientes tratados y su definición difiere según los estudios analizados, pero debe basarse en evaluación clínica y endoscópica.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional sobre 104 pacientes diagnosticados con CR medio e inferior que recibieron QRT y cirugía de resección en Hospital San Juan de Dios (HSJD). El esquema de quimioterapia utilizado contempló el uso de 5-Fluoracilo y Capecitabina en 8 y 96 pacientes respectivamente. La recopilación de datos consistió en revisión de fichas clínicas y base de datos intranet HSJD entre el año 2006 y 2019. Se evalúa la respuesta clínica completa al tratamiento, definida como ausencia de neoplasia en biopsia de pieza operatoria.

**Resultados:** Cohorte conformada por 104 pacientes con edad promedio de 64 años (34-82 años) y razón entre hombres y mujeres de 1,31:1 (59:45). La remisión completa se obtuvo en 17 pacientes (16,6%) de los casos, cuya edad promedio fue 63 años y razón hombres:mujeres fue de 6:11. De ellos, 2 fallecieron por metástasis durante el seguimiento postquirúrgico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los esquemas utilizados.

**Conclusión:** El porcentaje de pacientes que alcanzó remisión completa es similar a lo reportado en otras series. Este resultado puede atribuirse al uso de esquemas de QRT semejantes a los de la evidencia disponible, acceso oportuno a atención médica y tratamientos específicos. La respuesta clínica completa suele ser transitoria, por lo que se debe mantener el seguimiento de los pacientes y descartar signos de respuesta incompleta como nódulos palpables y endoscopia con evidencias de ulceración, irregularidades o estenosis significativa.

**PALABRAS CLAVE:** *Neoadjuvant, Rectal cancer, Remission.*

**Autor Responsable:** Arturo ignacio Sotomayor Barros. arturo.sotomayor.b@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

### “EVALUACIÓN DE MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN POBLACIÓN ESCOLAR PARA SU IMPLEMENTACIÓN EN CHILE”

**Código del trabajo:** T1028

**Área:** Medicina Adultos

Autores: Naomi Estay Casanova, Leonardo Molina Mendez, Débora Moraga Díaz, Javier Caris Lazo.

Nombre Tutor: Dra. Vania Valenzuela Guerrero.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** La malnutrición por exceso (MPE) en Chile se ha transformado en una amenaza para la salud pública dada su alta prevalencia (74.2%) (1). Nuestro país ocupa el quinto lugar en obesidad infantil a nivel mundial (2), por lo que es fundamental la implementación de intervenciones de promoción y prevención de salud efectivas en este segmento poblacional.

**Objetivos:** El objetivo principal de esta revisión, fue buscar y evaluar la evidencia disponible sobre las intervenciones eficaces de promoción y prevención de MPE en población escolar, para recomendar su aplicación a nivel local.

**Materiales y Métodos:** Se realizó la búsqueda de evidencia en la plataforma LOVE, acotando la búsqueda con los siguientes filtros: “Overweight and Obesity”, “Treatment or prevention”, “Educational interventions”. Se encontraron 39 revisiones sistemáticas, 9 de las cuales cumplían criterios de selección. Se analizaron las intervenciones eficaces y se tabularon.

**Resultados:** El rango etario de la población intervenida fue predominantemente entre 6 y 14 años. Se describen diversas intervenciones, de tipo uni y multimodal, mayoritariamente de educación nutricional (EN) y actividad física (AF) implementadas en el hogar y/o escuelas. El mayor reporte de efectividad en las intervenciones fue aquellas de AF por sí sola o multimodales.

**Discusión:** Las intervenciones de promoción y prevención de MPE son efectivas, fundamentalmente cuando se combinan, teniendo siempre AF como base. La EN es efectiva, pero insuficiente por sí sola. El ambiente escolar puede considerarse como el lugar más importante a intervenir, seguido por el hogar. Una limitación es que se desconocen detalles de las características de algunas poblaciones intervenidas.

**Conclusiones:** Las intervenciones multimodales en ambiente escolar son las más efectivas en la promoción y prevención de MPE, siendo la AF el pilar fundamental de éstas. Se recomienda tener en cuenta este análisis para futuras intervenciones en nuestra población escolar, considerando sus limitaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Prevention, Promotion, Overweight, Obesity, Children.*

**Autor Responsable:** Naomi Estay Casanova. ncestay@uc.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Evaluación del desempeño global del tutor clínico: un análisis de modelamiento de ecuaciones estructurales”**

**Código del trabajo: T1029**

**Área: Otras Especialidades**

Autores: Carolina Andrea Olea Gangas, Nicolás Antonio Ortiz López, Sofía Paola Ponce Arancibia, Jonathan Daniel Rodríguez Cabello, Felipe Andrés Cortés Chau.

Nombre Tutor: I. Solís.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Contexto:** Se requiere ser un médico profesional y componente para brindar atención de alta calidad al paciente. El papel del tutor clínico es esencial para preparar a los estudiantes para cumplir este objetivo. Los atributos de un excelente tutor clínico son diversos y se pueden clasificar en tres categorías principales: características del médico, características del tutor y características personales. Este estudio tiene como objetivo determinar los factores que influyen en el rendimiento global de un tutor clínico.

**Métodos:** Se utilizó el modelado de ecuaciones estructurales para examinar la relación entre los diferentes atributos de los docentes clínicos, clasificados en tres constructos: Competencias médicas, Competencias docentes y Características personales, y su impacto e influencia en el Desempeño global como docente clínico. Los indicadores utilizados para medir cada construcción se construyeron a partir de la Herramienta de Apercepción del Modelo de Roles (RoMAT).

**Resultados:** Un total de 133 estudiantes de medicina participaron en el estudio, evaluando a 37 tutores clínicos. Se desarrolló un modelo de ecuación estructural. El modelo se ajusta satisfactoriamente a los datos. Los resultados muestran que las competencias docentes son el constructo que más influye en el rendimiento global. Las características personales también mostraron una influencia significativa directa e indirecta a través de las competencias docentes. Las competencias clínicas no influyeron directamente en el rendimiento general, pero sí mostraron

**Conclusiones:** Estos hallazgos sugieren que los atributos esenciales de un tutor clínico en su desempeño global como tutor clínico sobresaliente son sus competencias docentes y sus características personales. Saber qué atributos del tutor clínico influyen en un excelente desempeño en su papel es relevante para guiar la capacitación, la evaluación y la mejora continua de los tutores clínicos.

**PALABRAS CLAVE:** *Teacher; Education, Medical; Education, Medical, Undergraduate.*

**Autor Responsable:** Carolina Andrea Olea Gangas. carolina.olea@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Factores asociados al uso de aspirina como prevención primaria en un contexto de atención primaria”**

**Código del trabajo: T1030**

**Área: Medicina Adultos**

Autores: Sofía Paola Ponce Arancibia, Nicolás Antonio Ortiz López, Carolina Andrea Olea Gangas.

Nombre Tutor: I. Solís.

---

## RESUMEN

---

### CUERPO DEL RESUMEN:

**Antecedentes:** Si bien las recomendaciones clínicas de la aspirina en la prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares son claras, su papel en la prevención primaria es controvertido. **Objetivo:** Este estudio tuvo dos propósitos principales; primero, determinar la frecuencia del uso de aspirina para la prevención primaria y, segundo, considerar los factores asociados con la prescripción de aspirina para la prevención primaria en los centros de atención primaria en una ciudad rural de Chile.

**Métodos:** Se utilizó la base de datos del Programa de Salud Cardiovascular de los cuatro centros de atención primaria en María Pinto, una ciudad rural de Chile. Se analizaron un total de 1033 pacientes. Se realizó una regresión logística para identificar los factores asociados con el uso de aspirina para la prevención primaria.

**Resultados:** La prevalencia del uso de aspirina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en un centro rural de salud primaria fue alta, de 38% en este contexto. Los factores que se asociaron significativamente con el uso de aspirina para la prevención primaria fueron edad > 70 años, sexo masculino, diabetes mellitus, dislipidemia y circunferencia de cintura más alta. **Conclusión:** La prevalencia del uso de aspirina para la prevención primaria fue alta. Las personas mayores tienen más probabilidades de usar aspirina en contra de la recomendación internacional. Este estudio fue una forma de evaluar, por primera vez, la frecuencia del uso de aspirina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares en la atención primaria rural en Chile, y para identificar los factores de riesgo más comunes asociados con la aspirina para este uso en este entorno.

**PALABRAS CLAVE:** *Aspirin, Primary Prevention, Primary Health Care, Center Rural Health, Logistic Regression.*

---

**Autor Responsable:** Sofía Paola Ponce Arancibia. sofia.ponce@ug.uchile.cl

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“CONSUMO DE FÁRMACOS PSICOESTIMULANTES EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD CHILENA”**

**Código del trabajo: T1031**

**Área: Salud Pública**

Autores: Valentina María Claudia Olivares Cortés, Miguel Ángel Gil Espinoza, Martha Catalina Cárdenas Villalobos, Fernanda Magdalena Campos Ñancuqueo.

Nombre Tutor: M. Bucarey.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

**Introducción:** Los psicoestimulantes son fármacos recetados para el manejo de ciertos trastornos neuropsiquiátricos, sin embargo, no están exentos de riesgos. Los estudiantes, se automedican para enfrentar de mejor manera la exigencia académica o mantener la vigilia en contextos de altos niveles de estrés asociados a la sobrecarga académica. Esta conducta puede traer consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

**Objetivos:** Describir el consumo y la automedicación de fármacos psicoestimulantes en estudiantes de pregrado de medicina.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal de estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad Diego Portales aplicados en una encuesta anónima y voluntaria. A partir de 100 encuestas, y mediante Microsoft Excel 2016 se clasificaron y analizaron los datos utilizando la prueba Chi<sup>2</sup> y variables edad, sexo, curso, fármacos psicoestimulantes (FP) y automedicación.

**Resultados:** De 100 respuestas, 31% declaró consumir FP (45,2% mujeres y 54,8% hombres). De estos, 64,5% declaró hacerlo sin indicación ni supervisión médica (40% mujeres y 60% hombres). Por curso, el consumo fue 6,5% en 1o año, 9,7% en 2o, 22,6% en 3o, 35,4% en 4o y 25,8% en 5o. 38,5% indicó consumir Modafinilo, 38,7% Metilfenidato y 19% Modafinilo + Metilfenidato y 3,2% no indicó qué fármaco utilizaba. No se encontró relación estadística significativa entre nivel cursado, consumo y automedicación, ni tampoco entre sexo, consumo y automedicación.

**Conclusión:** El nivel de consumo de fármacos psicoestimulantes de la población estudiada concuerda con lo descrito en la bibliografía. Así mismo, el nivel de automedicación es alto, lo cual preocupa respecto a las motivaciones subyacentes y la posibilidad de efectos adversos. Ambas interrogantes requieren más estudios para su análisis. Se plantea realizar intervenciones sobre técnicas de estudio, identificación de casos para derivación y concientización respecto a riesgos.

**PALABRAS CLAVE:** *PSYCHOSTIMULANT, STUDENT, MEDICINE, SELF-MEDICATION.*

**Autor Responsable:** Valentina María Claudia Olivares Cortés. [valentina.olivares@mail.udp.cl](mailto:valentina.olivares@mail.udp.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

## TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

### Título del trabajo:

**“Análisis de las vías de inflamación y fibrosis en modelos hepáticos de la enfermedad Niemann-Pick tipo C”**

**Código del trabajo: T1032**

**Área: Ciencias Biomédicas**

Autores: Javier Ignacio González de la Vega González.

Nombre Tutor: S. Zanlungo.

---

### RESUMEN

---

#### CUERPO DEL RESUMEN:

Propuesta de investigación: Niemann. Pick tipo C (NPC) es una enfermedad lisosomal de acumulación de colesterol, de carácter autosómico recesiva. Afecta principalmente al sistema nervioso central, hígado, bazo y el pulmón. Esta enfermedad se debe a mutaciones de los receptores NPC1 y NPC2. Este trabajo busca analizar los mecanismos involucrados en el proceso de fibrosis e inflamación hepática en NPC.

Pregunta problema: ¿Cuáles son los mecanismos involucrados en la fibrosis e inflamación hepática en NPC? ¿Participan la catepsinas B y D en el proceso de fibrosis?

Hipótesis:

1. Existe un aumento progresivo con la edad de inflamación y fibrosis en el hígado del ratón NPC
2. La inhibición de catepsinas B y D disminuye la fibrosis en modelos hepáticos NPC.

Objetivo General: Analizar si hay un aumento progresivo de marcadores de daño en el hígado de los ratón NPC con la edad y evaluar el efecto de la inhibición en las catepsinas B y D sobre la fibrosis en modelos celulares hepáticos NPC.

Metodología: Se extrajo hígado NPC, en el cual se obtuvo el mRNA, se realizó retro transcripción y se analizaron mediante amplificación por qPCR y análisis de datos. Además se obtuvieron proteínas, las cuales fueron analizadas por Western Blot.

Resultado más relevantes: Existe un aumento de la fibrosis e inflamación que se correlaciona con la edad en el hígado del ratón NPC. La inhibición de las catepsinas B y D disminuye la fibrosis en modelo celulares hepáticos NPC

Conclusión del trabajo: La fibrosis en los ratones NPC, se relaciona con vías que no están dilucidadas, sin embargo las catepsinas podrían ser un primer acercamiento a determinar las vías de señalización que están activadas y conducen a la inflamación y fibrosis en el hígado NPC.

**PALABRAS CLAVE:** *Niemann-Pick type C, liver fibrosis.*

**Autor Responsable:** Javier Ignacio González de la Vega González. [jgonzalezdelavega@uc.cl](mailto:jgonzalezdelavega@uc.cl)

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo. El presente Resumen de Casos clínicos es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



COCEM