

IX JORNADAS
MÉDICO QUIRÚRGICAS

HOSPITAL DEL SALVADOR
CAMPUS MEDICINA ORIENTE
UNIVERSIDAD DE CHILE.
AVENIDA SALVADOR 486 - PROVIDENCIA
SANTIAGO

NOVIEMBRE 2018

MEDICINA INTERNA / CIRUGÍA / NEUROLOGÍA
NEUROCIRUGÍA / TRAUMATOLOGÍA
GINECOLOGÍA / PSIQUIATRÍA / ESPECIALIDADES

Recepción de trabajos
desde el 25 de junio hasta el 9 de septiembre
Jornadasmedicoquirurgicas@gmail.com

ORGANIZADORES: COMITÉ JORNADAS ORIENTE

COMITÉ ORGANIZADOR

Javiera Cuevas

Coordinadora Jornadas Oriente
Estudiante VII

Paulina Knust

Coordinadora Jornadas Médicas
Estudiante VII

Martín Mellado

Coordinador Jornadas Oriente
Estudiante VI

Maximiliano Vergara

Coordinador Jornadas Oriente
Estudiante VII

Nicolás Larraín

Coordinador Jornadas Oriente
Estudiante V

Pablo Bustamante

Comité Jornadas Oriente
Estudiante VI



**Jornadas
Oriente**
Universidad de Chile

CONTENIDO

BIENVENIDA	10
AGRADECIMIENTOS	11
ACREDITACIÓN IX JORNADAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS	12
TRABAJOS CIENTÍFICOS	13
EVALUACIÓN EN LA MORTALIDAD DE LAS CIRUGÍAS DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR INFARTO MIOCARDIO SEGÚN PREVISIÓN, CHILE 2001 A 2017	14
EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA DE COLON EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ	15
TUMORES OVÁRICOS GERMINALES MALIGNOS EN PACIENTES ENTRE 14-39 AÑOS, EXPERIENCIA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, 1985-2015	16
TUMORES OVÁRICOS MALIGNOS EN PACIENTES ENTRE 14 -20 AÑOS, EXPERIENCIA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, 1989-2015	17
CERVICOMETRÍA COMO PREDICTOR DE PARTO VAGINAL USANDO CATÉTER DOBLE BALÓN EN MUJERES CON CICATRIZ CESÁREA	18
CLASIFICACIÓN DE ROBSON COMO MÉTODO PARA DISMINUIR LA TASA DE CESÁREAS	19
PRONÓSTICO DE GLOMERULOPATÍAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE PROTEINURIA/CREATININURIA	21
INCIDENCIA DE GLOMERULOPATÍAS EN ADULTOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ENTRE 2014 Y 2017	22
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE NEUMONÍAS POR RHINOVIRUS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE	23
DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PRUEBAS DE ESFUERZO EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA	24
GROSOR DEL CRISTALINO EN PACIENTES DIABÉTICOS VERSUS NO DIABÉTICOS, SELECCIONADOS PARA CIRUGÍA DE CATARATAS	25
PROMEDIO DE DURACIÓN DE DISFONÍA EN DEPARTAMENTO DE VOZ DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	26
RELACIÓN ENTRE SEXO Y ACTIVIDAD DEPORTIVA ASOCIADA A ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR	27

TUBERCULOMA COMO IMITADOR DE TUMOR CEREBRAL MALIGNO. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.	28
CASOS CLINICOS	29
HIPERALDOSTERONISMO FAMILIAR TIPO I COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA: REPORTE DE UN CASO	30
ASOCIACIÓN ENTRE CRANEOSINOSTOSIS, SÍNDROME DE NOONAN Y LENTIGO MÚLTIPLE	31
CALCIFILAXIS COMO COMPLICACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL	32
CARCINOMA RENAL COMO SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE VON HIPPEL LINDAU EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA	33
COMPROMISO DE CONCIENCIA, PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO.....	34
COMPROMISO GLOMERULAR SECUNDARIO A PENICILAMINA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE WILSON, REPORTE DE UN CASO.....	35
DESCOMPENSACIÓN DE DIABETES EN PACIENTE CON DÉFICIT SELECTIVO DE INMUNOGLOBULINA TIPO A	36
DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE WELLENS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	37
DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA SIMULTÁNEA DE CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE MULTIFOCAL SINCRÓNICO - REPORTE DE UN CASO.....	38
ENDOCARDITIS Y ABSCESO VALVULAR PERIPROTÉSICO POR NOCARDIA CYRIACIGEORGICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO.....	39
ENFERMEDAD CELÍACA COMO CAUSA DE INMUNOSUPRESIÓN: A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.....	40
ENFERMEDAD POR ANTICUERPOS CONTRA MEMBRANA BASAL GLOMERULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	41
FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE POR SHOCK CARDIOGÉNICO POST VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA: REPORTE DE UN CASO.	42
GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.	43
HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO Y DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETERIA EN ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO	44
IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALZA DE CREATINQUINASA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	45
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR ADENOPATÍAS RETROPERITONEALES EN CONTEXTO DE LINFOMA: REPORTE DE UN CASO	46

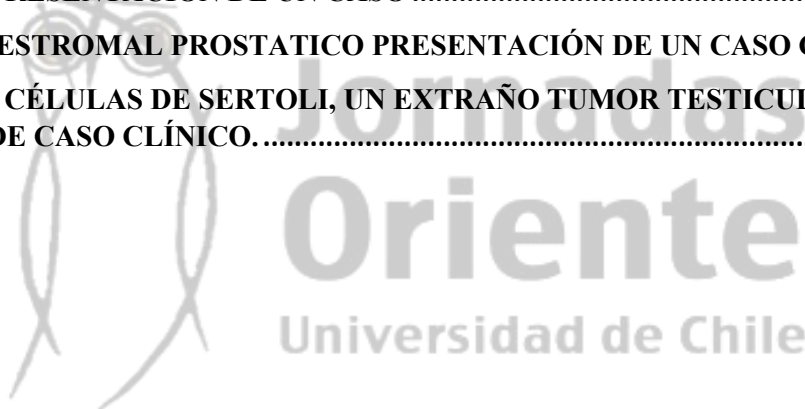
MIELOMA MÚLTIPLE IgA EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE CASO.	47
NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENICA: DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE UNA PATOLOGÍA POCO PREVALENTE.....	48
PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO COMO CAUSA DE DORSALGIA AGUDA	49
RELEVANCIA DEL CATETERISMO DE SENOS PETROSOS INFERIORES PARA DIAGNOSTICAR SÍNDROME DE CUSHING DEPENDIENTE DE CORTICOTROPINA	50
REPORTE DE CASO: DIAGNÓSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN PACIENTE JOVEN	51
SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE SIN VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.....	52
SÍNDROME DEL DEDO AZUL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	53
TAQUICARDIOMIOPATÍA EN PACIENTE JOVEN CON HIPERTIROIDISMO DESCOMPENSADO.....	54
TROMBOSIS DE STENT POST INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA, UNA COMPLICACION INFRECUENTE	55
UN DESENLACE INESPERADO: AMILOIDOSIS CARDÍACA EN UN SÍNCOPE CARDIOGÉNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	56
VASOESPASMO CORONARIO COMO CAUSA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO: REPORTE DE UN CASO.....	57
ABSCESO RETROFARINGEO - COMPLICACIÓN GRAVE DE UNA “SIMPLE FARINGOAMIGDALITIS”, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	58
CARCINOMA HEPATOCELULAR CON PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN EN LINFONODOS REGIONALES.....	59
COLECISTITIS HEMORRÁGICA, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA COLECISTITIS AGUDA.	60
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL LEIOMIOSARCOMA RECTAL: A PROPÓSITO DE DE UN CASO.....	61
DIAGNOSTICO ENCEFALOPATIA DE WERNICKE SECUNDARIA A BYPASS GASTRICO. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO	62
DISECCIÓN AISLADA DE TRONCO CELIACO: SOSPECHA Y MANEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO.	63
ELEFANTIASIS NO FILARIANA DE EXTREMIDAD INFERIOR, DE CAUSA POSTRAUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO	64
ENFERMEDAD DE TAKAYASU: PRESENTACIÓN COMO ISQUEMIA INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO	65

FISTULA AORTO-CAVA EN PACIENTE CON ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL: REPORTE DE CASO	66
FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO.....	67
HEPATOCARCINOMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE PORTADORA DE VIRUS HEPATITIS B Y C: REPORTE DE UN CASO.	68
HERNIA DE AMYAND ATASCADA, UNA PATOLOGÍA INFRECIENTE	69
HERNIA DE GARENGEOT: REPORTE DE UN CASO	70
HIDROURETERONEFROSIS ABSCEDADA DRENADA A TORAX MEDIANTE FISTULA: REPORTE DE UN CASO.....	71
ILEO BILIAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL; A PROPÓSITO DE UN CASO	72
ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA POCO HABITUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL... 	73
ISQUEMIA MESENTÉRICA: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ. 	74
LESIÓN RECTAL SILENCIOSA. REPORTE DE UN CASO	75
MANEJO OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIO A ENDOMETRIOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.....	76
MELANOMA METASTASICO EN YEYUNO: PRESENTACIÓN DE UN CASO	77
QUISTE HIDATÍDICO HEPATICO SINTOMÁTICO EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO	78
REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE DISECCIÓN AÓRTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE MARFAN: REPORTE DE UN CASO	79
REPORTE DE CASO: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A SINDROME DE EHLERS DANLOS	80
RUPTURA ESPONTÁNEA DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO	81
SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE TUBERCULOSIS PERITONEAL: REPORTE DE UN CASO.....	82
TROMBOSIS ARTERIAL RECURRENTE EN SITIOS INUSUALES: REPORTE DE UN CASO.....	83
ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR: REPORTE DE UNA SERIE DE 4 CASOS	84
METÁSTASIS CUTÁNEA EN UN CÁNCER DE RECTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	85
SÍNDROME DE BOERHAAVE COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE CASO.....	86

CALCIFILAXIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO.	87
CALCINOSIS CUTIS DISTRÓFICA SECUNDARIA A DERMATOMIOSITIS. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA EN BASE A UN CASO.	88
DERMATOFIBROMA HEMOSIDERÓTICO, UN GRAN SIMULADOR POCO FRECUENTE	89
DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE PANARTERITIS NODOSA VARIANTE CUTÁNEA, REPORTE DE UN CASO.	90
DONOVANOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN ÚLCERO-GRANULOMATOSA EN PACIENTE VIH: REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASO	91
NEVUS COMEDONICUS COMO MANIFESTACIÓN DE DERMATOSIS LINEAL, REPORTE DE UN CASO.	92
PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA, REPORTE DE UN CASO	93
USO DE TOFACITINIB COMO MANEJO PARA ALOPECIA AREATA, PRIMER REPORTE CHILENO.	94
ABSCESO RENAL EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO	95
ANEMIA FALCIFORME Y CRISIS HEMOLÍTICA DURANTE EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO	96
ENDOMETRIOSIS PROFUNDA, MANEJO MULTIDISCIPLINARIO A PROPÓSITO DE UN CASO.	97
FETOSCOPIA Y FOTOCOAGULACION CON LÁSER COMO RESOLUCIÓN DE SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL	98
FIEBRE PUERPERAL POR NECROSIS DE MIOMA UTERINO: A PROPÓSITO DE UN CASO	99
GIGANTOMASTIA GESTACIONAL: REPORTE DE UN CASO	100
LEIOMIOMA COMO SIMULADOR DE NEOPLASIA MALIGNA UTERINA: REPORTE DE UN CASO.	101
MAPEO DE GANGLIO CENTINELA PARA LA ETAPIFICACIÓN DE CÁNCER ENDOMETRIAL. REPORTE DE UN CASO.	102
METRORRAGIA PUERPERAL COMO MANIFESTACIÓN DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA. A PROPÓSITO DE UN CASO	103
MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO MEDICADO CON LEVONORGESTREL A CAVIDAD ABDOMINAL Y METRORRAGIA. REPORTE DE CASO	104
PLACENTACIÓN CON ADHERENCIA MÓRBIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO ...	105
SÍNDROME DE BODY STALK: REPORTE DE UN CASO	106

TBC PLEURAL EN EMBARAZADA HATIANA DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN.	107
ABSCESO CEREBRAL COMPLICADO CON PIOVENTRÍCULO POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: REPORTE DE UN CASO.....	108
PARAGANGLIOMA DEL CONO MEDULAR: UN TUMOR ESPINAL INFRECLENTE	109
QUISTE COLOIDEO DEL TERCER VENTRÍCULO: REPORTE DE UN CASO.....	110
DEGENERACIÓN CEREBELOSÁ COMO MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA PULMONAR.	111
HEMIBALISMO COMO SECUELA DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: REPORTE DE UN CASO.	112
LEUCOENCEFALOPATÍA HIPÓXICA TARDÍA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	113
MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE ADOLESCENTE SIN FACTORES DE RIESGO.....	114
SÍNDROME DE ANTON EN UNA PACIENTE CON INFARTO CEREBRAL AGUDO TÉMPORO-OCCIPITAL DERECHO	115
SINDROME DE WALLEBERG: REPORTE DE UN CASO	116
SÍNDROME POLIRADICULAR COMO DEBUT DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.	117
COREOATETOSIS, COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 A PROPÓSITO DE UN CASO.....	118
ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, ESTUDIO Y MANEJO APROPÓSITO DE UN CASO	119
A PROPÓSITO DE UN CASO, SÍNDROME DE PERCHERON	120
NISTAGMO HORIZONTAL COMO SÍNTOMA INICIAL DE GLIOMA DE QUIASMA ÓPTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	121
SINDROME DE ALPORT: REPORTE DE UN CASO.....	122
TRAUMA OCULAR SEVERO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SECUNDARIO A EXPLOSIÓN DE GLOBO CON LUCES LED.....	123
NEURITIS OPTICA CON ANTICUERPOS IGG NMO NEGATIVOS- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE NEUROMIELITIS OPTICA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE ...	124
DIAGNÓSTICO DE ABSCESO PERIAMIGDALINO EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2: REPORTE DE CASO.....	125
MENINGIOMA EN OÍDO MEDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	126
ESTENOSIS CONGÉNITA DE APERTURA PIRIFORME (ECAP). CAUSA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL Y SU APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.	127

ALARGAMIENTO OSEO MEDIANTE CLAVO ENDOMEDULAR MAGNETIZADO, CASO CLÍNICO	128
MELORREOSTOSIS, UN CASO CLÍNICO.....	129
LUXOFRACTURA POSTERIOR DE HOMBRO: REPORTE DE UN CASO	130
MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN SARCOMA DE PARTES BLANDAS: REPORTE DE UN CASO.	131
SÍNDROME DE SAPHO: "UNA RARA PRESENTACIÓN DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA". REPORTE DE UN CASO.	132
LESIÓN GRANULOMATOSA EN CAVIDAD ORAL COMO DEBUT DE CARCINOMA CÉLULAS RENALES: REPORTE DE UN CASO.....	133
CARCINOMA ESCAMOSO ESCROTAL: REPORTE DE UN CASO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE	134
ENFRENTAMIENTO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE WÜNDERLICH: A PROPÓSITO DE UN CASO	135
METÁSTASIS GANGLIONAR RETROPERITONEAL GIGANTE DE SEMINOMA CLÁSICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO	136
SARCOMA ESTROMAL PROSTATICO PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	137
TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI, UN EXTRAÑO TUMOR TESTICULAR. REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	138



BIENVENIDA

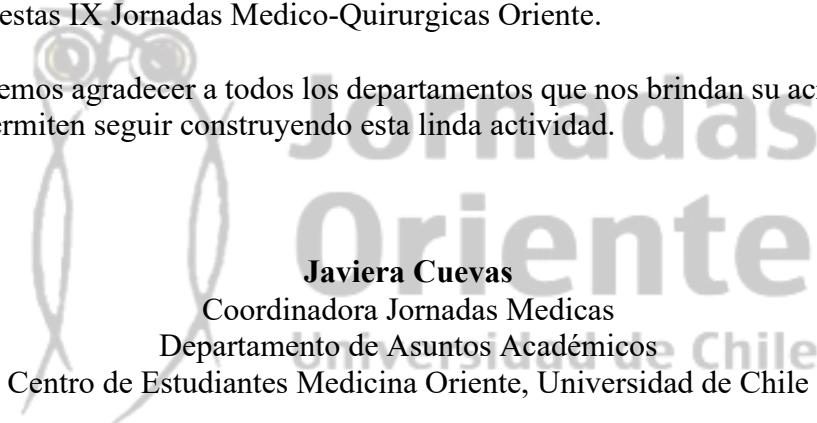
Cada año para nosotros las jornadas médico-quirúrgicas de oriente, significan un paso más en el encuentro del conocimiento de la medicina. Evidenciando el gran interés que existe dentro de nuestra disciplina por realizar investigación y ayudar a expandir los conocimientos por medio de la experiencia que nos entregan los casos clínicos interesantes que vemos en nuestro quehacer diario.

Esto inicia con las Jornadas Quirúrgicas hace más de 10 años, enfocadas en aquella época en las áreas quirúrgicas de la medicina. Al cabo de un par de años ya se habían realizado las Jornadas Ginecológicas y Obstétricas; así como posteriormente las Jornadas Médicas. Fue un avance dentro de su propia malla curricular.

El objetivo este año lo mantenemos, y lo alzamos como el lema principal de trabajo de los estudiantes, donde el conocimiento integrado nos llevará a dismantelar los misterios de la medicina como ciencia y arte.

Hoy ya terminando una etapa en la gran mayoría de nuestro Comité, queremos darles las gracias por la gran participación de este año, esperamos haya sido un agrado como lo fue para nosotros estas IX Jornadas Medico-Quirurgicas Oriente.

Además, queremos agradecer a todos los departamentos que nos brindan su acreditación año a año y nos permiten seguir construyendo esta linda actividad.



Javiera Cuevas
Coordinadora Jornadas Medicas
Departamento de Asuntos Académicos
Centro de Estudiantes Medicina Oriente, Universidad de Chile

AGRADECIMIENTOS

Como equipo organizador de las IX Jornadas Médico-Quirúrgicas del año 2018, del Campus Medicina Oriente, queremos agradecer a todos quienes hicieron posible este trabajo.

Agradecemos al Director Académico del Campus Medicina Oriente, a los directores de Departamentos Docentes del Campus Medicina Oriente, al director de la Dirección de Asuntos Estudiantiles y a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, por el patrocinio y acreditación de nuestras jornadas.

Damos gracias a todos los médicos y docentes que apoyaron en la evaluación de los distintos trabajos presentados durante las jornadas. También queremos reconocer el apoyo brindado por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile.

Agradecer también el apoyo de Grupo CTO, quienes nos ayudaron con la difusión de las jornadas y auspiciaron con el premio para los ganadores.

A todos, muchas gracias



Comité Organizador IX Jornadas Médico-Quirúrgicas

Jornadas Oriente

Centro de Estudiantes Medicina Oriente

Universidad de Chile

Jornadas
Oriente
Universidad de Chile

ACREDITACIÓN IX JORNADAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS

DIRECTORES DEPARTAMENTOS DOCENTES
CAMPUS MEDICINA ORIENTE

Dr. Fernando Gonzalez
Director Departamento Docente Medicina Interna Oriente
Hospital del Salvador

Dr. Marco Bustamante
Director Departamento Docente Cirugía Oriente
Hospital del Salvador

Dr. José Lattus
Director Departamento Docente Ginecología y Obstetricia Oriente
Hospital Luis Tisné Brousse

Dr. David Rojas
Director Departamento Ciencias Neurológicas Oriente
Hospital del Salvador
Instituto de Neurocirugía Asenjo

Ps. Anellisse Dörr
Directora Departamento Psiquiatría y Salud Mental Oriente
Hospital del Salvador.

Dr. Alvaro Martinez
Jefe de Traumatología Hospital San José
Hospital San José

Dr. Raimundo Charlin
Director Departamento Docente Oftalmología
Hospital del Salvador

Dr. Carlos Tapia
Director Departamento Docente Otorrinolaringología
Hospital del Salvador

Dr. Justo Bogado
Director Departamento Docente Urología
Hospital del Salvador

Dr. Enrique Mullins
Director Departamento Docente Dermatología
Hospital del Salvador

TRABAJOS
CIENTÍFICOS



Jornadas
Oriente
Universidad de Chile

EVALUACIÓN EN LA MORTALIDAD DE LAS CIRUGÍAS DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR INFARTO MIOCARDIO SEGÚN PREVISIÓN, CHILE 2001 A 2017

Gustavo Gomez Barbieri, David Moreno Vishal Mulchandanim, Dr. Prof Sócrates Aedo
Universidad Finis Terrae

Resumen

INTRODUCCIÓN: Actualmente el IAM es la primera causa de mortalidad general en Chile y se encuentra dentro del plan de las Garantías Explícitas en Salud, desde 2005. Entender como la incorporación de esta patología al Plan AUGE en Chile ha cambiado la mortalidad quirúrgica en relación al sistema privado, dado los criterios de racionamiento en materia sanitaria establecido es fundamental.

OBJETIVO GENERAL: Comparar la proporción de mortalidad global y específica según edad, sexo y previsión en Infarto miocardio en la intervención quirúrgicas en Chile entre los años 2001-2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio carácter analítico, longitudinal y de tipo observacional en egresos hospitalarios, DEIS, 2001-2017. Aplicó análisis estadístico univariado describiendo población estudio, utilizando el software Excel.2013, con el fin de ver distribución de edades, sexo y previsión. Se agrupó los datos según previsión en dos grandes grupos público (FONASA) y privado (ISAPRE, DIPRECA y CAPREDENA) aplicando la prueba de contraste de hipótesis Test exacto de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0,001$.

RESULTADOS: De 40% de los egresos son mujeres y el 60% son hombres los que se distribuyeron según la previsión en un 55,66% correspondieron al sector público y un 44,34% al sector privado constituidos por un 33% ISAPRE, un 2% DIPRECA y un 1% CAPREDENA. Existen diferencias estadísticamente significativas en la condición de egreso con respecto a la previsión observándose una proporción de mortalidad de un 19% en el sector público contra un 7% del sector privado con $p < 0,001$ al efectuar la prueba exacta de Fisher lo que confirmó nuestra hipótesis de investigación.

CONCLUSIÓN: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad y condición de egreso entre el sistema público-privado.

Palabras clave: equity, health care guarantees, AMI Chile

EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA DE COLON EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

Aracelli Peralta Zúñiga, Víctor Ramírez Vergara, Dr. Emilio Hernández Torres
Hospital San José, Servicio de Urgencias, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: El trauma de colon es una patología relativamente infrecuente, siendo la lesión penetrante abdominal una de sus principales causas. La gravedad depende de las lesiones asociadas.

OBJETIVOS: Describir la epidemiología del trauma de colon en el Servicio de Urgencias (SU) del Hospital San José.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los protocolos operatorios de 1118 pacientes operados en este SU entre los años 2011 y 2016, bajo los códigos preoperatorios de “Herida penetrante por arma blanca abdominal”, “Herida penetrante por arma de fuego Abdominal”, “Herida complicada” y “Politraumatismo”. Se incluyeron todas las lesiones traumáticas de colon, excluyendo aquellas con otras etiologías y con lesión rectal asociada. Se asociaron los estudios radiológicos y sus informes. Se analizó la localización de la lesión, lesiones asociadas, técnica quirúrgica, método diagnóstico y mortalidad intrapabellón.

RESULTADOS: Fueron seleccionados 148 casos. La localización más común fue colon transverso, en 62 (41.89%) pacientes. La lesión asociada más común fue intestino delgado en 81 (54.72%) casos. La técnica quirúrgica más común fue la rafia en 73 (49.32%) casos. La imagen más frecuentemente solicitada en el SU fue la radiografía de tórax (RxTx) portátil en 60 pacientes (40.54%), encontrándose neumoperitoneo en 27 (45%) y resultando normal en 23 (38.33%). La mortalidad intrapabellón fue de 9.30%.

CONCLUSIONES: Debido a la ubicación mayoritariamente retroperitoneal del colon, el diagnóstico no puede basarse en la presencia de neumoperitoneo. La RxTx portátil es rápida y disponible, pero en un gran porcentaje de casos no diagnostica estas lesiones.

Palabras clave: Colon, Heridas abdominales, Cirugía colorrectal

TUMORES OVÁRICOS GERMINALES MALIGNOS EN PACIENTES ENTRE 14-39 AÑOS, EXPERIENCIA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, 1985-2015.

Macarena Brito D, Javiera Miranda M, Dr. Roberto Altamirano A.

Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Campus Centro

Resumen

INTRODUCCIÓN: Los tumores de células germinales representan un 20% del total de tumores ováricos y un 4% de los tumores malignos. Comprenden un heterogéneo grupo de neoplasias, cuyo pronóstico dependerá del tipo histológico y etapa al diagnóstico. Su epidemiología en mujeres adultas no ha sido descrita a nivel nacional.

OBJETIVOS: Describir los tipos histológicos de tumores ováricos de la línea germinal diagnosticados en pacientes entre 14-39 años en el Hospital San Borja Arriarán (HSBA) entre los años 1985 y 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de la base de datos de la unidad de ginecología oncológica del HSBA, de una cohorte de 19 pacientes entre 14-39 años con diagnóstico de tumores ováricos de células germinales entre 1985-2005.

Identificándose las variables de tipo histológico y edad al diagnóstico, utilizándose Excel 2016 para realizar la tabulación y análisis de datos.

RESULTADOS: La histología más frecuente fue el disgerminoma (58%), seguida por el teratoma inmaduro (21%), los tumores germinales mixtos (16%) y los del seno endodérmico (5%). Del total de casos observados, un 53% se presentó entre los 14-20 años y solo el 16% en los mayores de 30.

CONCLUSIONES: Los hallazgos evidenciados en esta revisión son similares a la literatura mundial en cuanto a prevalencia y disminución de la incidencia a mayor edad.

Histológicamente se observó mayor presencia de disgerminomas que lo descrito internacionalmente. No podemos analizar los tratamientos, por su variación en los últimos años, pero si podemos mencionar la adecuada sobrevida debido al diagnóstico precoz y la buena respuesta a quimioterapia.

Palabras clave: cáncer de ovario, tumor de células germinales, disgerminomas

**TUMORES OVÁRICOS MALIGNOS EN PACIENTES ENTRE 14 -20 AÑOS,
EXPERIENCIA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, 1989-2015**

Javiera Miranda M., Macarena Brito D, Dr. Roberto Altamirano A.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Campus Centro

Resumen

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente un 1.3% de los cánceres de ovario entre 2008 y 2012 se diagnosticó en población menor de 20 años. El cáncer de ovario es el cáncer ginecológico más frecuente en la población infantil, siendo mayoritariamente de histología germinal. El diagnóstico temprano otorga en general un buen pronóstico.

OBJETIVOS: Describir las características de tumores ováricos malignos diagnosticados en pacientes entre 14-20 años en el Hospital San Borja Arriarán entre los años 1989 y 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Utilizando la base de datos de la unidad de ginecología oncológica se obtuvo una cohorte de 20 pacientes entre 14-20 años con diagnóstico de tumor ovárico maligno atendidas en el Hospital San Borja Arriarán entre los años 1989 y 2015. Se identificaron las variables: tipo histológico, clasificación FIGO y edad al diagnóstico. La tabulación y análisis de datos se realizó utilizando Excell 2016.

RESULTADOS: La histología más frecuente fue la Germinal (50%), seguida de la Epitelial (40%). De los tumores germinales, 60% fueron Disgerminomas, 20% Tumores del seno endodérmico y 20% Teratomas inmaduros. De los Epiteliales, 38% fue Mucinoso borderline, 38% Adenocarcinoma seroso y 25% Seroso borderline. Solo hubo 2 tumores de la línea Estromal; 60% de los tumores se clasificó como FIGO IA y 25% como IC. La edad promedio al diagnóstico fue de 17.5 años.

CONCLUSIONES: Los hallazgos de esta revisión coinciden con la descripción mundial del cáncer de ovario en menores de 20 años. La histología, etapa FIGO y pronóstico son importantes para planificar el tratamiento quirúrgico y médico para preservar la fertilidad de estas pacientes.

Palabras clave: cáncer de ovario, fertilidad , adolescentes

CERVICOMETRÍA COMO PREDICTOR DE PARTO VAGINAL USANDO CATÉTER DOBLE BALÓN EN MUJERES CON CICATRIZ CESÁREA.

Aedo Inostroza Gabriel, Ayala Ramírez Carlos, Pérez José, Silva Muñoz Francisco, Dr. Sócrates Aedo
Hospital Luis Tisné Brousse. Campus Oriente Universidad de Chile.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La OMS propone un 15% de parto cesárea (PC). En mujeres con cicatriz de cesárea anterior (CCA) se utilizan métodos mecánicos como catéter doble balón (CDB) para la inducción de parto vaginal (PV), con tasas de PC de 60-90%. Actualmente sólo se describe el puntaje Bishop (PB) previo a instalación CDB como predictor de PV, sin embargo, es imprecisa. La cervicometría es una herramienta confiable, no estudiada.

OBJETIVO: Describir variables predictoras de éxito en la inducción de PV con CCA.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo incluyó 41 embarazadas con CCA que requerían inducción de trabajo de parto, en el Hospital Luis Tisné Brousse entre el año 2015 y 2016. Se registró edad materna, edad gestacional, número embarazos, historia parto vaginal previo, cervicometría, PB previo y posterior a instalación CDB, tiempo uso CDB, peso nacimiento, sexo recién nacido, Apgar al minuto y cinco minutos y método finalización de embarazo. Se realizó un análisis como resultado de PC o PV comparado con las variables previamente descritas. Según variable y distribución se utilizó T student, mann-Whitney o Chi cuadrado con un grado de significancia de $p < 0,05$. Para la variable predictora de PV se utilizó una curva de sobrevida observada (Kaplan Meyer) y sobrevida predicha (modelo de Cox).

RESULTADOS: 40 (23=PV; 17=PC) embarazadas fueron incluidas finalmente en este estudio. El resultado de PV versus PC mostró una cervicometría media \pm DS de 24.76 \pm 8.55 y 33.39 \pm 9.80 respectivamente ($p=0,006$).

CONCLUSIONES: La cervicometría es un predictor de éxito de parto vaginal inducido con CDB en mujeres con CCA.

Palabras clave: Cervicometría, Cesárea, catéter doble balón

CLASIFICACIÓN DE ROBSON COMO MÉTODO PARA DISMINUIR LA TASA DE CESÁREAS

Carolina Antonia González Astudillo, María Ignacia Valle Bustamante, María del pilar Díaz Corvillón, Dr. Javier Alberto Caradeux Bull
Clínica Dávila, servicio de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: La tasa de cesárea (TC), indicador que evalúa calidad de atención perinatal, en Chile varía entre un 40-70%, siendo superior a lo recomendado por la OMS (10-15%). La Sociedad de Obstetricia y Ginecología Canadiense (SOGC) recomendó la clasificación de Robson para seguir la TC e identificar los grupos a intervenir para reducirla.

OBJETIVO: Determinar la TC de Clínica Dávila (CD) en cada grupo de Robson, y establecer cuáles deben ser intervenidos para disminuirla.
Se analizó la base de datos de 903 partos atendidos en CD entre el 01/05/18 y el 30/06/18, se clasificaron según los grupos de Robson, y se calculó la TC para cada grupo.

RESULTADOS: Los grupos que aumentan la TC total fueron el de nulíparas con gesta única en cefálica (GUC) con 37 o más semanas y trabajo de parto (TP) espontáneo) (31%) y el de multíparas sin cicatriz de cesárea anterior (CCA), con GUC, 37 o más semanas en TP espontáneo) (22%). Las TC más altas corresponden al grupo 2 (Nulíparas con GUC, 37 o más semanas, TP inducido o parto por cesárea antes del comienzo del TP) y al 5 (multíparas con al menos 1 CCA, GUC, de 37 o más semanas de gestación), ambos con un 82%.

CONCLUSIÓN: Los grupos a intervenir ocasionando menor riesgo materno fetal son el 2 y 5, correspondientes a cesáreas ocurridas por inducción fallida o electivas; siendo estas últimas un factor modificable educando a ginecólogos y pacientes sobre los riesgos de realizar una cesárea sin indicación absoluta.

Palabras clave: Cesarean Section, Delivery Obstetric, Pregnancy

COBERTURA DEL PAPANICOLAOU Y ANÁLISIS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LESIONES PRE-MALIGNAS EN RELACION A FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA REGION DEL MAULE EN EL PERIODO 2013-2015

Fernanda García González, Felipe Díaz Zapata, Anneliese Montaña Kerdy, Sebastián Retamal Vallejos, Ricardo Benítez Morales
Centro de salud Familiar Dr. Carlos Díaz Gidi de San Javier, Universidad de Talca. Talca, Chile

Resumen

Introducción: A nivel mundial el cáncer cervicouterino es la cuarta causa de muerte en mujeres. La principal estrategia de prevención de esta patología es el tamizaje con citología cervical en mujeres de 25 a 64 años. La realidad nacional demuestra una disminución del 67.28% en la tasa de mortalidad, sin embargo, la cobertura en la población ha disminuido con los años.

Objetivo: Caracterizar los resultados del Papanicolaou (PAP) en una población de mujeres de 25 a 64 años pertenecientes al Centro de salud Familiar (CESFAM) Dr. Carlos Díaz Gidi de San Javier en el periodo 2013-2015.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal de los resultados de citologías cervicales a partir de una base de datos con registros de los años 2013 a 2015 del CESFAM Dr. Carlos Díaz Gidi de San Javier.

Resultados: La prevalencia de lesiones premalignas fue de un 2% en la zona rural y 3% en la zona urbana, además, el año 2015 ambas zonas presentaron una incidencia significativamente mayor a la estimación de incidencia anual a nivel nacional (1,6%), dicho año se logró identificar un mayor incremento en la detección de lesiones premalignas en la zona urbana, siendo predominantemente lesiones de bajo grado. La cobertura del PAP calculada fue de un 89,6%.

Conclusiones: La cobertura del PAP en la población estudiada supera de forma significativa los registros nacionales de los últimos años, en consecuencia se obtiene mayor número de registros que pueden explicar la mayor estimación en la incidencia de lesiones premalignas.

Palabras clave: Neoplasias de cuello uterino, prueba Papanicolaou, prevalencia

PRONÓSTICO DE GLOMERULOPATÍAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS: EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE PROTEINURIA/CREATININURIA

Exequiel Collao Soto, Pablo Villanueva Aguayo, Constanza Vargas Salas, Belén Lara Cretton, Dra. Paola Mur Alfaro
Servicio de Nefrología, Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina Occidente.
Universidad de Chile.

Resumen

INTRODUCCIÓN: Las glomerulopatías (GP) engloban diversas enfermedades que afectan a los glomérulos renales. Su pronóstico es variable según la causa, y para el seguimiento durante su tratamiento suele utilizarse el índice proteinuria/creatininuria (IPC) como marcador pronóstico. En la literatura existen pocos trabajos que realicen seguimiento de pacientes con GP en tratamiento, por lo que es necesario un estudio que refleje la realidad nacional.

OBJETIVOS: El propósito de este estudio es establecer las GP de peor pronóstico a través del IPC, en adultos atendidos en el servicio de nefrología del Hospital San Juan de Dios (HSJD) entre 2014 y 2017.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un registro de los pacientes del servicio con sus respectivas biopsias, junto al valor del IPC cada 3 meses en una plantilla Excel, contándose un total de 44 personas, hombres (16) y mujeres (28), de edades entre 17 a 78 años. Se consideraron la Nefropatía Lúpica (NL), GP de cambios mínimos (GPCM), GP crecética (GNC), GP membranosa (GNM), GP por depósito de IgA (IgAN), GP con esclerosis focal y segmentaria (GEFS) y GP por rechazo de injerto (GPRA).

RESULTADOS: Se observó que la NL tuvo el mayor IPC a los 9 meses, la GPCM a los 18 meses y la IgAN a los 33 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: La NL se alza como la GP de peor pronóstico a corto plazo, y la IgAN a largo plazo. Puesto que estos resultados coinciden parcialmente con la literatura, son necesarios más estudios para esclarecer las diferencias existentes

Palabras clave: glomerulopathy, proteinuria, creatinine, prognosis, biopsy

INCIDENCIA DE GLOMERULOPATÍAS EN ADULTOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ENTRE 2014 Y 2017

Exequiel Collao Soto, Pablo Villanueva Aguayo, Javier Moreira Calderón, Bruno Mena Urtubia, Dra. Paola Mur Alfaro
Servicio de Nefrología, Hospital San Juan de Dios. Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: Las glomerulopatías (GP) son enfermedades infrecuentes de los glomérulos, cuyo diagnóstico final requiere de biopsia renal (BR). Existen pocos estudios sobre la incidencia, que muestran variabilidad etiológica según la zona geográfica y etnia. En Chile se carece de registro, por lo que se necesita un estudio epidemiológico local para conocer la incidencia de las GP, partiendo como centro piloto el Hospital San Juan de Dios(HSJD).

OBJETIVOS: Conocer cuáles son las GP con mayor incidencia en adultos con BR en HSJD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Con la aprobación del comité de ética, se recopilieron fichas clínicas de los pacientes sometidos a BR entre 2014 y 2017 realizadas en HSJD, cuyo análisis anátomo-patológico fue hecho en el Hospital Clínico Universidad Católica de Chile. Se tabuló el diagnóstico etiológico, y el número de biopsias se divide por los inscritos mayores de 18 años en el área occidente(799.667), resultando la Incidencia Acumulada(IA) por 100.000 habitantes en tres años.

RESULTADOS: Se analizaron 52 BR, presentadas a continuación: 14 Nefritis Lúpica(NL) (IA=1,75), 9 Glomerulopatías crecéticas(GPC) (IA=1,12), 7 Glomerulopatía Membranosa(GPM) (IA=0,87), 5 Glomerulopatías IgA(GIgA) (IA=0,62), 5 Rechazos de injerto(RI) (IA=0,62), 3 Glomerulopatía cambios mínimos(GPCM) (IA=0,37) y 3 con otros diagnósticos (IA=0,37)

CONCLUSIONES: La IA de NL fue la mayor, seguida de GPC y GPM. Los resultados son similares a otros estudios, pero destaca la elevada proporción de GPC, no visto en otras series. En base a esta disonancia, se concluye que se requieren más estudios para determinar la IA de las GP con mayor precisión.

Palabras clave: glomerulopathy, incidence , biopsy

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE NEUMONÍAS POR RHINOVIRUS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Camila Cifuentes Urzúa, Isabel Garcia Navarrete, Jorge Herrera Berrios, Dr. Mauricio Ruiz Carmona, Dra. Vivian Luchsinger Farias
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: El Rhinovirus (HRV) pertenece a la familia Picornaviridae, es causal de aproximadamente el 50% de las infecciones respiratorias, siendo el resfriado común la forma más habitual de presentación. Los cuadros generados por este agente se asocian a exacerbaciones de patologías crónicas como asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Cada vez se ha descubierto más sobre la participación del HRV en cuadros respiratorios bajos.

OBJETIVO: Caracterización de las neumonías causadas por HRV en población chilena, para establecer un patrón de presentación y evolución característico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal retrospectivo, incluyó 27 pacientes hospitalizados por neumonía por HRV en Hospital Clínico Universidad de Chile con agentes aislado por medio de PCR-LUMINEX, se estudiaron parámetros de ingreso tanto clínicos, analíticos y radiológicos para establecer patrón de presentación de la infección por este agente.

RESULTADOS: El 59,2% fueron mujeres, con un promedio de edad de 65 años, como antecedentes destaca que el 83,33% presentaba hipertensión arterial y el 44% enfermedad pulmonar obstructiva. La presentación clínica incluye tos (96,1%) productiva (84%) que puede presentar dolor pleurítico (40%) taquipnea (42,3%) y fiebre (18,5%). Patrón radiológico condensación (61,5%) o intersticial (30,7%) de uno o más lóbulos pulmonares. Algunos pacientes requirieron manejo con oxígeno suplementario (44%). No se presentó mortalidad.

CONCLUSIONES: Las neumonías por HRV predomina en pacientes de mayor edad con comorbilidades, con clínica similar al resto de las neumonías, asociado a leve predominio de un patrón radiológico tipo condensación y con buena evolución clínica en general.

Palabras clave: Neumonía, Rhinovirus, PCR-LUMINEX

DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PRUEBAS DE ESFUERZO EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Aracelli Peralta Zúñiga, Manuel Barrera Oñate, Víctor Ramírez Vergara, Dr. Marcelo Medina Fariña.

Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: La indicación de la prueba de esfuerzo corresponde al estudio no invasivo de enfermedad coronaria. La interpretación del resultado depende de la probabilidad pre-test del paciente, influenciada por la edad, sexo, síntomas y factores de riesgo.

OBJETIVOS: Describir y caracterizar los resultados de pruebas de esfuerzo del Servicio de Cardiología del Hospital Barros Luco.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron todos los pacientes sometidos a test de esfuerzo durante 2 años, considerando edad y sexo del paciente, indicación del examen, hallazgos electrocardiográficos y positividad del test. Los resultados fueron tabulados y analizados en Microsoft Excel.

RESULTADOS: Se revisaron 698 pruebas, 280 (40,11%) mujeres y 418 (59,89%) hombres. La edad promedio fue de 58,4 años. 88 (12,61%) resultaron positivos, 492 (70,49%) negativos, 118 (16,91%) no concluyentes. En 458 (65,61%) pacientes la indicación correspondió a cardiopatía coronaria. La más frecuente fue dolor torácico en 194 casos (27,79%). De éstos, sólo 26 (27,65%) resultaron positivos. Existió alteración electrocardiográfica en 117 pacientes (16,76%), siendo significativa en 76 casos (64,96%). 49 (55,68%) tuvieron angina e infradesnivel del ST (IDST), 33 (37,50%) tuvieron IDST sin angina, y 6 (6,81%) tuvieron angina sin IDST.

CONCLUSIONES: El estudio de cardiopatía coronaria lidera las indicaciones de esta prueba. A pesar de que la positividad clínica y electrocardiográfica coincidieron en la mayoría de los casos, un gran porcentaje de pacientes tuvo IDST asintomático. La gran mayoría de estudios por dolor torácico resultaron negativos; sin embargo, si existe alta probabilidad pre-test, esta negatividad no descarta cardiopatía coronaria.

Palabras clave: Prueba de esfuerzo, Enfermedad coronaria, Angina Pectoris

GROSOR DEL CRISTALINO EN PACIENTES DIABÉTICOS VERSUS NO DIABÉTICOS, SELECCIONADOS PARA CIRUGÍA DE CATARATAS.

Antonia Vieira Vender, María de los Ángeles Manríquez Salvatierra, Juan Pablo Prieto Zapata, Francisca González Moreno, Dr. Sebastián Vega González
Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: Las cataratas son la principal causa de ceguera a nivel mundial. Como factores de riesgo destacan la edad y la diabetes mellitus. Su prevalencia en Chile es de hasta 67%. Su cirugía presenta tasas de hasta 95% de éxito. La biometría ocular se emplea para la elección del lente intraocular, utilizándose el ultrasonido y la biometría óptica (IOLMaster).

OBJETIVO: Caracterizar el grosor del cristalino en pacientes mayores de 60 años diabéticos versus no diabéticos, en espera de cirugía de cataratas GES.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal. Se revisaron 96 fichas clínicas de pacientes en espera de cirugía de cataratas GES, mayores de 60 años, separando diabéticos de no diabéticos. En todos se realizó biometría por IOLMaster entre el 1 y el 30 de mayo de 2018, en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

RESULTADOS: El promedio del grosor de cristalino en hombres mayores de 60 años diabéticos fue de 5.01 mm versus 4.71 mm en no diabéticos; y de 5.02 mm en mujeres diabéticas versus 4.7 mm en no diabéticas, mostrando una diferencia aproximada de 0.3 mm en ambos grupos.

CONCLUSIONES: No se encontraron diferencias significativas por sexo. Los diabéticos presentaron un grosor 0.3 mm mayor en comparación a los no diabéticos, lo cual puede verse clínicamente como un error de aproximadamente 1 dioptría. Considerar que no es el único factor que puede afectar los resultados post operatorios de agudeza visual. Desde el punto de vista quirúrgico esto no implica una diferencia relevante.

Palabras clave: Cataratas, cristalino, biometría

PROMEDIO DE DURACIÓN DE DISFONÍA EN DEPARTAMENTO DE VOZ DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Guillermo Cortés L, Ignacio Cortés F, Kimberly Valenzuela A, Dr. Sebastián Castro M
Departamento de Voz del Hospital San Juan de Dios; Campus Occidente, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: La disfonía es un síntoma clínico de consulta prevalente, que consiste en una alteración en la emisión de la voz, secundaria a patología orgánica o funcional, que en el caso de tener una duración mayor a 2 semanas requiere la evaluación por el especialista, pues constituye un síntoma precoz de las neoplasias laríngeas. La consulta tardía en torno a patología neoplásica, se asocia a un diagnóstico tardío y menor sobrevida.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de disfonía y el tiempo de consulta en pacientes atendidos en el Departamento de Voz del Hospital San Juan de Dios

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron 88 casos clínicos del Departamento de Voz de la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital San Juan de Dios correspondiente al periodo 2016-2018. A la totalidad de pacientes se les realizó telelaringoscopia como parte del examen general.

RESULTADOS: De un total de 88 pacientes, 68 de ellos (77,2%) consultaron por disfonía, 15 hombres y 53 mujeres, con edad promedio de 55 años. De los pacientes donde se obtuvo la duración de disfonía (37 pacientes), presentaron como duración promedio 169 semanas. De la totalidad de pacientes, 9 pacientes se pesquisaron lesiones sospechosas de malignidad (13%).

CONCLUSIONES: La disfonía es un síntoma frecuente, sin embargo, presenta una consulta tardía de un poco más de 3 años. Esto plantea la necesidad de educar a la población para su consulta precoz, debido a la posibilidad de estar asociado a una neoplasia maligna, con un impacto en la sobrevida correspondiente.

Palabras clave: Disfonía, Neoplasia laríngea

RELACIÓN ENTRE SEXO Y ACTIVIDAD DEPORTIVA ASOCIADA A ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

Pérez Ibarra José, Aedo Inostroza Gabriel, Ayala Ramírez Carlos, Silva Muñoz Francisco, Dr. Sebastian Cabrera
Hospital Clínico Universidad de Chile de Quilín

Resumen

INTRODUCCIÓN: La rotura del ligamento cruzado anterior (RLCA), es una lesión frecuente, que afecta a más de 200.000 pacientes al año, en estados unidos. La relación de incidencia de RLCA entre hombres y mujeres alcanza hasta 9:1, sin embargo, las mujeres presentan mayor riesgo estando expuestos al mismo tiempo en deportes de alto riesgo como fútbol.

OBJETIVO: Conocer las características de la población operada por RLCA y las diferencias según la actividad asociada a la lesión, deporte y sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con RLCA desde Noviembre 2012 a Junio 2017 en la Clínica Quilín. Análisis univariado de características demográficas y lesionales. Prueba Chi cuadrado para diferencias estadísticas entre sexo, actividades asociadas y deporte.

RESULTADOS: La muestra correspondió a 218 pacientes. La mediana de la edad fue de 28 años, mayormente hombres (88.5%). Las lesiones deportivas fueron 73,4%, el fútbol fue el deporte más común con un 84.3% de las lesiones deportivas. No hubo diferencias significativas en lesiones deportivas y no deportivas según sexo ($p=0.259$), pero sí diferencias según deporte, con el Fútbol presente en el 89% de las RLCA en hombres y 43.7% en mujeres ($p<0.01$).

CONCLUSIONES: Las RLCA son predominantemente en hombres y asociadas a la actividad deportiva. El Fútbol es el deporte más común en nuestro medio y de alto riesgo para RLCA, con una fuerte asociación al sexo masculino. Estas diferencias pueden explicarse por la falta de accesibilidad por parte femenina en nuestro medio local a este deporte.

Palabras clave: Ligamento cruzado anterior, Fútbol, Género

TUBERCULOMA COMO IMITADOR DE TUMOR CEREBRAL MALIGNO. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

Felipe Navarrete Fajardo, Claus Ogrodnik Berroeta, Cristian Leon Valdes, Dra. Victoria Oliva Zúñiga, Francisco Mery.

Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) compromete al sistema nervioso central entre 2-10%, siendo el tuberculoma cerebral (TC) una forma infrecuente, que aumenta en jóvenes, con características clínico-imagenológicas que pueden simular una neoplasia maligna. Tiene un compromiso progresivo potencialmente mortal si no es tratado en forma oportuna. Su incidencia ha ido en aumento probablemente por incremento de pacientes inmunosuprimidos.

OBJETIVO: Descripción de serie de casos con diagnóstico de TC, operados en Hospital Clínico UC.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizan características epidemiológicas, clínicas e imagenológicas de pacientes operados por TC entre 2012-2018. Estudio descriptivo-retrospectivo.

RESULTADOS: Se incluyeron cuatro casos de TC. Todos de sexo masculino y chilenos. El promedio de edad fue 28 años. 100% consultó por crisis epilépticas, siendo 3 de ellos convulsiones tónico-clónicas generalizadas. 3 de ellos derivados por sospecha de neoplasia maligna. Ninguno inmunodeprimido. El 100% tenía lesión única, siendo el lóbulo frontal la ubicación más frecuente (75%). El estudio de LCR e imagenológico extracraneal fue negativo para TB en los cuatro. El diagnóstico se realizó en todos los casos con histopatología correspondiente al granuloma característico. Todos evolucionaron favorablemente con antibioterapia contra TB.

DISCUSIÓN: TC es una forma infrecuente de TB cerebral. El estudio microbiológico TB habitual generalmente es negativo, por lo que su diagnóstico es anatomopatológico. La cirugía con biopsia, idealmente con muestra contemporánea, es fundamental para su diagnóstico oportuno, lo que sumado a un tratamiento antimicrobiano adecuado permite una evolución favorable.

Palabras clave: Tuberculoma, tuberculosis, tumor cerebral



CASOS
CLINICOS

HIPERALDOSTERONISMO FAMILIAR TIPO I COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA: REPORTE DE UN CASO

Catalina Elguera Rojas, Matías de la Rivera V, Nicolás Pimentel P, Carlos Utreras Acevedo
Departamento Endocrinología. Clínica Dávila, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: El hiperaldosteronismo familiar tipo I (HAF-I) es un trastorno autosómico dominante, poco prevalente, en el que la producción de aldosterona está sujeta a la corticotrofina (ACTH). Su manifestación se debe a la formación del gen quimérico CYP11B1/ CYP11B2, que surge de la recombinación desigual entre el gen de la 11B-hidroxilasa y aldosterona sintasa. La confirmación diagnóstica se logra con la detección del gen por long-extension PCR. Por su dependencia de ACTH, presenta buena respuesta a glucocorticoides.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico sin tratamiento, consulta por registro reiterado de presión arterial (PA) alta.

En mapeo de PA se pesquisó promedio de 176/113 mmHg, por lo que tras iniciar tratamiento antihipertensivo combinado, se decide completar estudio de HTA secundaria. En éste destacaba Test de Nugent, glicemia, hormonas tiroideas, metanefrinas, examen de orina y resto del estudio normal, pendiente resultado de relación aldosterona/actividad renina plasmática (AP/ARP). Se continúa con TAC de abdomen, ecografía renal y cardíaca, sin hallazgos patológicos.

Posteriormente, con AP/ARP positiva y alta sospecha de hiperaldosteronismo primario se agrega esplerenona a terapia. Al completar interrogatorio, surge la sospecha de HAF-I, por antecedente de madre y tío con HTA severa y precoz.

Finalmente se confirma la hipótesis tras detección del gen CYP11B1/CYP11B2 en estudio genético. Actualmente, evoluciona favorablemente tras adición de prednisona a terapia.

CONCLUSIÓN: La alta sospecha clínica es importante en el diagnóstico del HAF-I. Pese a su baja prevalencia, es relevante por las complicaciones futuras, y su favorable respuesta a tratamiento.

Palabras clave: hipertension, familial type-I hyperaldosteronism, glucocorticoid.

ASOCIACIÓN ENTRE CRANEOSINOSTOSIS, SINDROME DE NOONAN Y LENTIGO MULTIPLE

Florencia Belmar, Josefina Moreno, Fernando Rodriguez, Mariana Aracena
Universidad De Chile IDIMI, HSBA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Noonan con múltiples lentigos (NSML), anteriormente conocido como LEOPARD, es una condición caracterizada por lentigos presentes en región torácico-facial, rasgos faciales dismórficos, miocardiopatía hipertrófica, retraso del crecimiento y pectum excavatum. Este síndrome es fenotípica y genéticamente asociado con los síndromes de Noonan, Costello y Cardio-facio-cutáneo, que en conjunto se conocen como "RASopatías"; enfermedades causadas por desregulación de la vía de señalización RAS/MAPK. Por otra parte, la craneosinostosis, ha sido descrita en pacientes con síndromes de Noonan y Cardio-facio-cutáneo, un caso reportado en la literatura coinmutación en PTPN11.

CASO CLINICO: Analizar la asociación de una mutación en RAF1 y craneosinostosis en una paciente con diagnóstico clínico de síndrome de Noonan con múltiple lentigo.

Material y métodos: Estudio de caso clínico. Reportamos el caso de una paciente de iniciales JFE sexo femenino, hija de padres no co-sanguíneos con craneosinostosis múltiple (cráneo en trébol), cardiomiopatía obstructiva, talla baja, orejas de implantación baja, cuello corto y ancho, y pectum excavatum; todos caracteres sugerentes de síndrome de Noonan con múltiple lentigos además de craneosinostosis sobreagregada. Se realizó análisis de secuenciación de genes la vía RAS/MAPK lo cual mostró para el gen RAF1 la sustitución de valina por glicina en la posición 263.

CONCLUSIÓN: Estudio de mutación en la vía RAS/MAPK positivo para paciente con craneosinostosis y NSNL.

Palabras clave: craneosinostosis, Noonan, lentigo múltiple

CALCIFILAXIS COMO COMPLICACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

Pamela Carolina González Vega, Giancarla Stephanni Gambi Rodríguez, Nicolás Maximiliano Hernández Meza, Dr. Walter Passalacqua

Campus Medicina Norte. Servicio de Nefrología HCUCH. Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCION: Arteriolopatía urémica calcificante o calcifilaxis es una entidad infrecuente, progresiva y de alta mortalidad. Su prevalencia es 1-4% en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) terminal.

Es una vasculopatía obstructiva producida por depósitos de calcio en las paredes de arteriolas pequeñas y medianas generando isquemia, necrosis y gangrena del tejido. Su patogenia es poco clara, ocurriendo principalmente en pacientes con ERC en diálisis o trasplantados renales.

Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, diabéticos, hiperfosfatemia, obesidad, warfarina, corticoides sistémicos, hipercoagulabilidad. ¿Cómo sospecharla?

CASO CLINICO: Paciente masculino de 57 años, con ERC etapa V en hemodiálisis, trombosis venosa en terapia con warfarina. Presenta cuadro de 4 meses de lesiones ulcerosas en extremidades inferiores, dolorosas que empeoran al caminar. Hace 1 mes presenta crecimiento progresivo de lesiones en pierna derecha asociado a secreción purulenta y equimosis. Se sospecha secundario a Warfarina, por lo que se suspende, presentando regresión de equimosis, no de úlceras. Niega fiebre.

Al examen físico: pierna derecha úlcera eritematosa con tejido necrótico y secreción purulenta. Pierna izquierda lesiones costrosas. Pulsos conservados. Se toma cultivo y biopsia.

Laboratorio: ácido úrico 4.5, calcio 9.4, fósforo 7.8, albúmina 3.7, leucocitos 14.910, PCR 182, parathormona 837.

Biopsia: Calcificación de vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre con arterioesclerosis y ulceraciones, concordante con calcifilaxis.

Cultivo: S.aureus meticilinoresistente.

CONCLUSION: Es una patología infrecuente. Se debe sospechar frente a clínica compatible con la previamente expuesta. Requiere manejo activo: suspender fármacos sospechosos, iniciar antibiótico, tiosulfato de sodio, corregir alteraciones metabólicas, aliviar dolor. La biopsia dará el diagnóstico de certeza

Palabras clave: arteriolopatía urémica calcificante, calcificación vascular, calcifilaxis

CARCINOMA RENAL COMO SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE VON HIPPEL LINDAU EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA

Montero Ruíz, Paz Javiera; Garcés Ramos, Esteban Israel; Gutiérrez Bastias, Milenka Sofía; Salinas Del Río, María Paz.

Hospital Las Higueras, Servicio de Urología. Universidad de Concepción, Concepción.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) y la esclerosis tuberosa (ET) corresponden a síndromes neurocutáneos facomatosos, neoplásicos hereditarios, de transmisión autosómica dominante, causados por mutaciones de genes supresores de tumores. Se caracterizan por tendencia al desarrollo de lesiones neoplásicas en órganos de origen ectodérmico y abdominales. La incidencia reportada tanto de VHL como ET es de 1/6.000 nacidos vivos. El carcinoma de células renales es la principal neoplasia maligna en VHL y primera causa de cáncer renal genético (24-45%), con edad de presentación 25 años antes que carcinoma renal esporádico. En ET la manifestación renal más frecuente son lesiones benignas.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 32 años, con antecedentes de epilepsia y ET; consulta en urgencias tras presentar convulsiones parciales secundariamente generalizadas. Tomografía computarizada (TC) de cerebro sin lesiones agudas. Niveles plasmáticos de anticonvulsivantes bajo rango terapéutico. Por alteraciones de exámenes hepáticos se solicita ecotomografía abdominal que evidencia masa renal sólida. TAC de tórax abdomen y pelvis (TC TAP) con sospecha de carcinoma renal bilateral. Evaluado por urología, sospechan VHL. Evoluciona favorablemente, alcanzando niveles terapéuticos de anticonvulsivantes. Se decide alta para continuar estudio genético y urológico ambulatorio. TC TAP: múltiples lesiones hepáticas y renales bilaterales compatibles con angioliomas, nódulos corticales bilaterales hipervasculares de hasta 3 cm, sospechosos de carcinoma de células renales, adenopatías retroperitoneales aisladas.

CONCLUSION: La enfermedad de VHL es infrecuente y muy grave, siendo incluso mortal. He ahí la importancia de su estudio para un diagnóstico y manejo precoz, pudiendo así modificar el pronóstico tanto del paciente como de sus familiares.

Palabras clave: Enfermedad de Von Hippel Lindau, Esclerosis Tuberosa, Carcinoma de células renales

COMPROMISO DE CONCIENCIA, PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO.

Nikolaus Vivallo, Rodrigo Ignacio Barrera Morelli, Maria Josefina Razazi Fuenzalida, Dr. Andres Boltansky.

Clínica Davila, Servicio Nefrourología. Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que afecta múltiples órganos. Los hallazgos neurológicos en LES son graves y poco frecuentes. El siguiente caso ilustra una presentación inusual de esta enfermedad y su elusividad diagnóstica.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE: Paciente mujer de 47 años con antecedentes de enfermedad renal crónica terminal, trasplante renal rechazado, enfermedad de Still del adulto y depresión psicótica. Consulta por convulsión tónico clónica y compromiso cualitativo de conciencia. Ingresada agitada y desorientada, presenta fiebre de 39°C. Al examen físico destaca alopecia y lesiones articulares en manos.

Se sospecha meningoencefalitis, iniciando manejo empírico antibiótico y antiviral. Evoluciona cursando shock distributivo, requiriendo ventilación mecánica e inicio de drogas vasoactivas (DVA).

Exámenes: Destaca 15.000 leucocitos predominio polimorfonuclear, PCR 3.17 mg/dL, creatinina 7.18 mg/dL, Urea 93.98 mg/dL, orina completa no inflamatoria, tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis muestra anasarca con compromiso de serosas. TC y resonancia de cerebro sin alteraciones. Líquidos pericárdico y cerebroespinal sin alteraciones. Se descarta etiología infecciosa. Destaca C3 bajo y ANA 1/160.

Se diagnostica LES severo. Inicia tratamiento inmunomodulador, con evolución favorable, pero persistiendo compromiso de conciencia.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de LES constituye un reto por su sintomatología ubicua, derivando en un retraso diagnóstico y de tratamiento. Es fundamental mantenerlo como diagnóstico diferencial de cuadros con compromiso multisistémico y evolución tórpida. El tratamiento oportuno reduce su morbi-mortalidad asociada.

Palabras clave: Vasculitis por Lupus del Sistema Nervioso Central. Lupus Eritematoso Sistémico. Meningoencefalitis.

COMPROMISO GLOMERULAR SECUNDARIO A PENICILAMINA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE WILSON, REPORTE DE UN CASO

Manuel Vicente Barrera Oñate, Aracelli Peralta Zúñiga, Rodrigo Ignacio Barrera Morelli, Dra. María Eugenia Jerez Guallpa.

Clínica Dávila, Servicio Neurología, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Wilson es una anomalía genética autosómica recesiva que se caracteriza por la acumulación de cobre en órganos como hígado, cerebro y córnea. La penicilamina es un fármaco que actúa como quelante de cobre y se utiliza como manejo de primera línea en estos pacientes. Uno de los posibles efectos adversos incluye el daño glomerular que se manifiesta con hematuria y proteinuria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años con antecedentes de daño hepático crónico secundario a enfermedad de Wilson, en tratamiento con penicilamina a dosis máxima y zinc. Consulta en el servicio de urgencias por historia de aumento de temblor, mayor trastorno de la marcha, incontinencia urinaria e ideas de autoagresión asociadas a alucinaciones visuales. Al examen físico destacaba hipofónico, bradipsíquico, flutter ocular intermitente, dismetría bilateral con temblor postural.

EXÁMENES: albuminuria de 14039 mg/dl, hematuria >100 eritrocitos por campos, creatinina 0,6 mg/dl proteinuria de 14 horas 1,34 gr/dl, Complementemia y ANA normales. Sin elevación de parámetros inflamatorios.

Se suspende penicilamina ante sospecha de compromiso glomerular secundario. Evoluciona con mejoría del punto de vista neurológico, pero con persistencia de alteraciones en orina completa. Actualmente a la espera de biopsia renal para diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES: Los efectos adversos secundarios a la penicilamina suponen un desafío en el manejo farmacológico de los pacientes con enfermedad de Wilson, ya que significan la suspensión de su uso. El compromiso renal en algunos pacientes puede ser un desafío diagnóstico y muchas veces necesitan recurrir al estudio histológico para su confirmación.

Palabras clave: degeneración hepatolenticular, penicilamina, proteinuria

DESCOMPENSACIÓN DE DIABETES EN PACIENTE CON DÉFICIT SELECTIVO DE INMUNOGLOBULINA TIPO A

Macarena Luco Vicencio, Francisco Muñoz Morales, Boris Uribe Arriagada, Dr. Sebastián Lux Febré
Campus Sur, Servicio de Medicina Interna Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad metabólica caracterizada por la destrucción de las células beta del páncreas. Es una enfermedad autoinmune que puede asociarse a descompensaciones agudas debido a mal control glicémico, fármacos, drogas e infecciones; siendo esta última una de sus causas más frecuentes.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de una paciente adolescente con antecedente de DM1 diagnosticada hace 6 años con insulino terapia que ingresa por cuadro de cetoacidosis diabética (CAD). Al interrogatorio dirigido, se rescata antecedente de infecciones respiratorias recurrentes en la infancia, episodios de diarrea a repetición y múltiples hospitalizaciones por CAD con mal control metabólico pese a buena adherencia a tratamiento médico. Se sospecha una inmunodeficiencia primaria como causa de sus descompensaciones, por lo que como parte del estudio, se solicita perfil inmunológico pesquisándose IgA 0; IgG 1186; IgM 195.7. Se diagnostica déficit selectivo de Inmunoglobulina A (DSIgA), por lo que se inicia evaluación de patologías concomitantes.

CONCLUSIÓN: El DSIgA se define como la ausencia parcial o total de IgA en el suero con valores normales en el resto de las inmunoglobulinas, en un individuo mayor de cuatro años. Es la inmunodeficiencia primaria más común y se asocia a una mayor incidencia de patologías autoinmunitarias como la DM1. La mayoría se presentan de forma asintomática, pero dentro de sus principales manifestaciones clínicas se describen las infecciones respiratorias y gastrointestinales recurrentes. El DSIgA puede manejarse con vacunación selectiva, profilaxis antibiótica, tratamiento de las comorbilidades y terapia de reemplazo con inmunoglobulina según corresponda.

Palabras clave: inmunodeficiencia, diabetes mellitus, cetoacidosis

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE WELLENS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Katherine Arcos Lemus, Karen Arcos Lemus, Ignacio Cortes Fuentes, Dra. Lorena Buele G.

Servicio de Urgencia Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Wellens se caracteriza por la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en derivadas precordiales derechas en un electrocardiograma (ECG), asociado a síntomas previos de angina inestable y ausencia o mínima elevación de las enzimas cardíacas. Su importancia radica en que presenta un alto riesgo de progresar a un infarto agudo al miocardio (IAM) de la cara anterior.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 74 años de edad, con antecedente de Enfermedad de Parkinson en tratamiento, el cual presentó un cuadro de síncope en su consultorio, sin dolor torácico, donde al ECG se observa la presencia de ondas T isodifásicas en derivadas V2 y V3, por lo que es derivado al Hospital San Juan de Dios. Dentro de los exámenes de laboratorio inicial destacan enzimas cardíacas dentro de rangos normales. Se inicia manejo médico de IAM y se decide realizar coronariografía donde se evidencia lesión significativa de la arteria descendente anterior (ADA) y lesión severa de la arteria coronaria derecha. Se realiza angioplastia coronaria transluminal percutánea a ADA, con control angiográfico satisfactorio. El paciente evolucionó de manera favorable, sin complicaciones intrahospitalarias.

CONCLUSIONES: El síndrome de Wellens constituye un desafío diagnóstico debido a las particularidades de su presentación clínica, por lo que resulta indispensable para el médico de atención primaria el conocimiento previo de sus características electrocardiográficas para un diagnóstico y manejo oportuno, evitando así sus posibles complicaciones.

Palabras clave: Angina, electrocardiograma, infarto

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA SIMULTÁNEA DE CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE MULTIFOCAL SINCRÓNICO - REPORTE DE UN CASO.

Rubina Jorquera Ludwig, Milos Pedemont Ljubica, Odagaki Tomoyuki, Dr. Roblero Cum Juan Pablo.

Campus Centro, Departamento de Gastroenterología, Instituto Chileno - Japonés, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile.

Resumen

Introducción:

Hasta hace algunos años el tratamiento de cáncer gástrico incipiente (CGI) era sólo quirúrgico. Luego la disección endoscópica submucosa (DES) permitió reseca CGI de pequeño diámetro. El desarrollo de dicha técnica ha permitido reseca en bloque lesiones de mayor diámetro con buenos resultados. La DSE de CGI multifocal realizada en un mismo tiempo quirúrgico no se ha reportado en Chile. Se presenta el caso de un paciente con CGI multifocal tratado con DSE en nuestro Hospital.

Información clínica:

Hombre de 63 años sin antecedentes mórbidos consulta por cuadro de epigastralgia intermitente de larga evolución manejado con omeprazol. Sin otros síntomas ni hallazgos al examen físico. Estudio endoscópico, evidencia 2 lesiones compatibles con CGI. Se realizó DSE simultánea de ambas lesiones en bloque, cuyo estudio de la pieza quirúrgica confirmó presencia de adenocarcinoma tubular bien diferenciado intramucoso.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales:

En endoscopia digestiva alta (EDA) se observó una lesión deprimida 0-IIc de 8 mm en tercio corporal proximal, cara posterior y una segunda lesión 0-II de 10 mm en tercio corporal distal en cara anterior. La histología fue compatible con atipia sospechosa de malignidad. Laboratorio e imagenología sin signos de diseminación.

Conclusión:

La DSE simultánea es una opción viable y segura para la resolución de CGI. Este es el primer caso reportado en nuestro país de DSE de un CGI multifocal sincrónico. Se confirma que es posible realizar la DSE en un solo tiempo quirúrgico. La DSE es mínimamente invasiva y tiene escasa morbimortalidad.

Palabras clave: Cáncer gástrico - Cáncer gástrico incipiente multifocal - Disección endoscópica submucosa

ENDOCARDITIS Y ABSCESO VALVULAR PERIPROTÉSICO POR NOCARDIA CYRIACIGEORGICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO.

Oscar Gajardo Canto, Diego Espinoza Vargas, Jorge Araneda Álvarez, Dra. María Eugenia Sanhueza
Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCION: Nocardia corresponde a un género de bacterias gram-positivas aeróbicas encontradas habitualmente en la tierra y ambientes acuáticos. Poseen baja virulencia contando en general con un lento crecimiento. Si bien otras especies del grupo se han descrito ocasionalmente como patógenas en población sana, infecciones provocadas por Nocardia cyriacigeorgica están casi invariablemente relacionadas con pacientes inmunocomprometidos. Su patogenicidad en inmunocompetentes resulta extremadamente infrecuente con casos reportados aislados por abscesos y endocarditis en válvula nativa.

CASO CLINICO: El presente trabajo reporta el caso de un paciente masculino de 39 años inmunocompetente con antecedentes de insuficiencia aórtica severa asociada a dilatación de aorta ascendente tratada mediante reemplazo valvular y de aorta ascendente, sin complicaciones postoperatorias destacables. Luego de algunos meses, presenta cuadro de instalación progresiva de 1 mes de duración caracterizado por malestar general, diarrea acuosa persistente, coluria, sudoración nocturna y fiebre intermitente. Fue ingresado urgencias hemodinámicamente estable, afebril y con llene capilar enlentecido. En laboratorio destacó falla renal aguda y acidosis metabólica. Antibioterapia empírica resultó sin respuesta clínica. Finalmente mediante hemocultivos e imágenes se establece diagnóstico de endocarditis asociada a absceso periprotésico valvular con Nocardia cyriacigeorgica como único agente involucrado demostrado. Se realizó manejo tanto quirúrgico con recambio de estructuras protésicas, como médico con indicación de antibioterapia (cotrimoxazol) por al menos 12 meses.

CONCLUSIONES: Destaca en este caso la infrecuente relación entre el patógeno involucrado y un huésped inmunocompetente. Enfatizamos en que frente a ausencia de respuesta a antibioterapia, además de poseer alto grado de sospecha respecto a mecanismos de resistencia, siempre considerar estos casos excepcionales.

Palabras clave: Nocardiosis en inmunocompetente - Nocardia cyriacigeorgica - Endocarditis bacteriana.

ENFERMEDAD CELÍACA COMO CAUSA DE INMUNOSUPRESIÓN: A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO

Álvaro Fischer Balada, José Pedro de la Fuente Peñaloza, Tomás Perez-Luco Alarcón, Dr. Fabián Miranda O.

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: La enfermedad celíaca es una patología autoinmune que se caracteriza por una intolerancia crónica al gluten que lleva a inflamación persistente sobre la mucosa gastrointestinal, atrofia vellositaria y malabsorción, que suele debutar de forma oligosintomática, con sensación de distensión abdominal y diarrea crónica, pero que puede llevar a compromiso sistémico grave por desnutrición. Información clínica relevante: Paciente de 58 años, hipertenso, diabético y obeso mórbido, con antecedentes de enfermedad celíaca hace tres años. Refiere baja de peso de 60 kilos en 2 años, que se acentúa durante los últimos dos meses, asociándose a tos productiva y disnea progresiva, disfagia y diaforesis nocturna. Al ingreso paciente en falla respiratoria, asociada a crépitos difusos y mala perfusión. Se inicia terapia antimicrobiana de amplio espectro. Se pesquiza tuberculosis pulmonar y neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, por lo que se ajusta terapia, evolucionando favorablemente. Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales: Al ingreso: Hemograma sin leucocitosis, PCR 185, procalcitonina 0.44, con lactato de 3.8, sin otras disfunciones; Microbiológico: lavado bronquioalveolar con cultivo de Koch positivo y PCR de *P. jirovecii* positiva. VIH negativo; Endoscopia digestiva alta: Candidiasis esofágica y atrofia vellositaria. Conclusiones: La desnutrición como causa de inmunodeficiencia ha bajado su frecuencia durante los últimos años, y puede llevar a la aparición de infecciones oportunistas graves que simulen cuadros de inmunodeficiencia celular adquirida como el SIDA que se deben descartar de forma dirigida, y que requiere terapia de rehabilitación nutricional y antibioterapia intensiva.

Palabras clave: Enfermedad celíaca, Inmunodeficiencia celular, *Pneumocystis jirovecii*.

ENFERMEDAD POR ANTICUERPOS CONTRA MEMBRANA BASAL GLOMERULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Espinoza Vargas, Oscar Gajardo Canto, Valentina Escandar Rivano, Dra. Maria Eugenia Sanhueza
Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

La enfermedad por anticuerpos contra membrana basal glomerular o enfermedad de Goodpasture, es una patología autoinmune infrecuente en la cual se desarrolla una vasculitis de pequeño vaso con compromiso renal y pulmonar. Clínicamente se manifiesta como una glomerulonefritis rápidamente progresiva asociada a hemorragia pulmonar. En este contexto, se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 19 años que presentó un cuadro de instalación progresiva de 3 semanas de duración caracterizado por edema de extremidades inferiores, tos hemoptoica, náuseas, vómitos, oligoanuria y fiebre. Al examen físico destacaba edema generalizado e hipertensión arterial, sin otros hallazgos relevantes. Dentro de los exámenes iniciales presentaba, creatinina sérica elevada, azotemia, acidosis metabólica, hiperkalemia leve, hematuria microscópica con glóbulos rojos dismórficos y proteinuria. En la tomografía computada de tórax se encontraron imágenes inespecíficas compatibles con compromiso pulmonar inflamatorio-infeccioso. Dada la asociación de una glomerulonefritis rápidamente progresiva con hemorragia alveolar se planteó como diagnóstico diferencial enfermedad de Goodpasture, solicitándose estudio dirigido con anticuerpos contra membrana basal glomerular (AMBG), mieloperoxidasa y proteinasa-3, reportándose solo títulos elevados de AMBG. De forma complementaria se realizó biopsia renal, con resultado aún pendiente. Por requerimientos de hemodiálisis, inmunosupresión y plasmaféresis, se manejó en unidad nefrológica intensiva. Evoluciona con mejoría clínica y disminución progresiva de los títulos de AMBG, pero sin recuperación de la función renal. Resulta importante sospechar precozmente esta patología, ya que si bien es infrecuente, posee una rápida progresión a daño renal irreversible siendo necesario un tratamiento oportuno para disminuir la morbimortalidad asociada.

Palabras clave: Enfermedad de Goodpasture; Enfermedad por anticuerpos contra membrana basal glomerular; Glomerulonefritis rápidamente progresiva

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE POR SHOCK CARDIOGÉNICO POST VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA: REPORTE DE UN CASO.

Oscar Gajardo Canto, Diego Espinoza Vargas, Patricio Araya Cortés, Dra. Jeannette Dabanch.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Resumen

La Fiebre Amarilla (FA) es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes*. El cuadro grave se caracteriza por daño hepático, renal y miocárdico, así como por presencia de hemorragias, trayendo consigo alta mortalidad. La vacuna confeccionada con virus atenuado, constituye una medida fundamental para prevenir su desarrollo.

El presente trabajo busca reportar el caso de un paciente de 67 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico de óptimo control con hidroxiclороquina y prednisona durante 10 años, además de hipotiroidismo e hipertensión arterial. Consultó en urgencias luego de 6 días de compromiso del estado general progresivo, mialgias y artralgias, náuseas y diarrea. Al interrogatorio destaca antecedente de vacunación contra FA, algunos días previo a inicio de síntomas.

Ingresó hipotensa, hipotérmica y con llene capilar enlentecido. Se inició manejo con abundante cantidad de fluidos endovenosos. Al laboratorio destacó elevación de lactato, troponinas y creatinaquinasa. Mediante ecoscopia se observó derrame pericárdico. Evolucionó con importante deterioro clínico, requiriendo vasopresores y apoyo ventilatorio, impresionando shock cardiogénico severo con disfunción multiorgánica asociada. Se realizó soporte con oxigenación por membrana extracorpórea y se ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos en donde finalmente fallece a pesar de manejo enérgico.

Destaca en este caso su relación temporal y posiblemente causal con la vacunación contra FA (pendiente en Instituto de Salud Pública), además de su vertiginosa evolución. Resulta importante enfatizar que si bien esta resulta segura en una inmensa mayoría de los casos, existen grupos de cuidado los cuales requieren mayor análisis de los riesgos y beneficios asociados.

Palabras clave: Vacunación Fiebre amarilla - Eventos adversos a vacunación - Miocarditis aguda.

GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nicolle Pinto Vera, Pascale Sallaberry Schlesinger, Camila Osorio Iribarra, Dr. Rodolfo Ortiz Toro

Hospital el Pino, Servicio de Medicina Interna, Universidad Andrés Bello

Resumen

Granulomatosis con poliangeitis (GPA) es una vasculitis sistémica autoinmune. Compromete vasos de pequeño y mediano calibre. Caracterizada por comprometer vía aérea y riñones, puede comprometer también otros órganos. Paciente masculino de 45 años, consulta por 2 semanas de síntomas respiratorios bajos, fiebre y compromiso del estado general. Durante este período, recibió Amoxicilina/Clavulánico, Azitromicina y antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Ingresó por persistencia de síntomas. Al examen físico destaca SatO₂ 90%, piel y mucosas pálidas, crépitos en base derecha y edema en extremidades inferiores. Dado resultados de exámenes, es tratado con Ceftriaxona y Claritromicina. Evoluciona favorablemente en cuanto a cuadro respiratorio, pero creatinina aumenta progresivamente, diagnosticándose probable nefritis intersticial por beta-lactámicos y AINES. Durante hospitalización, desarrolla escleritis y posteriormente trombosis venosa profunda. En contexto de afectación sistémica, se solicitan nuevos exámenes, diagnosticándose GPA que es manejada con terapia inmunosupresora. Exámenes ingreso: Radiografía tórax: derrame pleural y condensación base derecha. Laboratorio: insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica, hiperkalemia, anemia e hipoglicemia. Sedimento de orina inflamatorio. Exámenes evolución: Hemograma con VHS mayor a 100 sin eosinofilia, anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos positivos. La GPA es una enfermedad poco frecuente. Afecta a hombres y mujeres en misma proporción, por lo que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico precoz. Al ser una enfermedad sistémica, las presentaciones clínicas son múltiples, lo que dificulta más su diagnóstico. El caso presentado es un claro ejemplo de esto; consultó por compromiso respiratorio, pero luego presentó compromiso multisistémico. Esto, asociado a los resultados de laboratorio, permitió realizar el correcto diagnóstico.

Palabras clave: Granulomatosis, Wegener, Poliangeitis

HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO Y DOBLE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETERIA EN ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Florencia Casanova Figueroa, Carlos Guillermo Riquelme Villanueva, Romina Valeska Olate Mercado, Dra. Daniela Andrea Meza Benavides
Hospital Hernán Henríquez Aravena, Servicio de Medicina Interna, Universidad de La Frontera

Resumen

INTRODUCCIÓN: Un hematoma retroperitoneal espontáneo (HRE) es una entidad clínica potencialmente fatal y difícil de diagnosticar, cuya incidencia no está clara, principalmente por la escasa literatura médica. Los beneficios de la terapia antiagregante plaquetaria están bien establecidos para pacientes con enfermedad aterosclerótica como prevención primaria y como prevención secundaria.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente mujer, de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus tipo II e infarto agudo al miocardio sin supradesnivel del segmento ST 5 días previos a la consulta, usuaria de enalapril, metformina además de aspirina más clopidogrel tras evento coronario. Consultó dolor abdominal de inicio súbito en fosa ilíaca derecha (FID), con irradiación a extremidad inferior ipsilateral. Al examen físico se palpó masa sensible en FID de aprox 5x5 centímetros. Se realizó TAC de pelvis que evidenció hematoma retroperitoneal derecho con signos de sangrado activo. Destacó en exámenes de laboratorio un hemograma con hematocrito/hemoglobina: 20%/6,8 miligramos/decilitro. Tras 72 horas fue reevaluada con angioTAC de abdomen y pelvis de control, impresionó hematoma estable, sin sangrado activo, por lo que se indicó manejo médico.

CONCLUSIÓN: El HRE según la escasa literatura existente sería más frecuente en adultos mayores, usuarios de antiagregantes plaquetarios. Los estudios de beneficio del uso de antiagregación plaquetaria, no describen si las complicaciones hemorrágicas fueron más frecuentes en población envejecida. Se plantea la necesidad de mayor estudios al respecto, focalizado en este grupo etario, considerando la prevalencia de patología cardiovascular y el envejecimiento de la población chilena y mundial.

Palabras clave: Inhibidores de agregación plaquetaria, hematoma, anciano

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALZA DE CREATINQUINASA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Beatriz de los Ángeles Michael Barria, Javier Ignacio Vela Ulloa, Nikolaus Vivallo, Dr. Jorge Escobar Pinto
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, servicio de Medicina Interna.
Universidad de Los Andes.

Resumen

Introducción: La creatinquinasa (CK) es una enzima utilizada como biomarcador de daño de distintos tejidos. Su alza es causada por factores fisiológicos, medicamentos y/o patologías sistémicas, que pueden ser mortales. Presentamos un caso que repasa diagnóstico diferencial y subraya la importancia de ser acucioso en el acto médico.

Información clínica relevante: Paciente masculino de 62 años, antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia en tratamiento con gemfibrozilo y esplenectomía secundaria a púrpura trombocitopénica idiopática, es derivado a nuestro centro por bradicardia asintomática y CK total elevada. Al interrogatorio refiere constipación y aumento de peso en el último mes, sin mialgias ni otros síntomas.

Al examen físico destaca bradicárdico con 38 latidos por minuto, ruidos cardiacos apagados, edema indurado en extremidades inferiores y xerosis generalizada. Al electrocardiograma, bradicardia sinusal. Se diagnostica miopatía inducida por fibratos y se maneja con fluidoterapia, sin respuesta.

Exámenes: CK total 3.228 U/L, ecoscopia cardíaca con derrame pericárdico moderado. Se decide profundizar estudio etiológico, solicitando nuevos exámenes: TSH 69,8 mU/L, T4L <0,07 ng/dL, TPO >1300 UI/ml. Ecotomografía tiroidea informa hallazgos compatibles con tiroiditis crónica.

Se diagnostica miopatía secundaria a hipotiroidismo severo e inicia levotiroxina 25 mg/día, presentando evolución favorable y recibiendo alta con completa resolución sintomática.

Conclusiones: Cualquier hallazgo de laboratorio aislado de contexto clínico es de utilidad limitada. La incidencia absoluta de la miopatía inducida por fibratos es extremadamente infrecuente. Por otra parte, es frecuente encontrar miopatía secundaria a hipotiroidismo. Este caso ilustra la importancia de aplicar el saber epidemiológico y de realizar siempre una buena anamnesis al momento de establecer un diagnóstico.

Palabras clave: Creatine Kinase, Hypothyroidism, Muscular disorder

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POR ADENOPATÍAS RETROPERITONEALES EN CONTEXTO DE LINFOMA: REPORTE DE UN CASO

Matías Esteban Harmat Vergara, Sebastián Alexis Espinoza Ravanales, Catalina Andrea Fullerton Castro, Dra. Catalina Fernández Pérez
Servicio de Medicina, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo

Resumen

El linfoma de células del manto (LM) corresponde a un linfoma no Hodgkin (LNH) el cual corresponde al 7-8% del LNH en adultos, siendo más frecuente en hombres y de etiología desconocida. Suele presentarse con síntomas constitucionales, B y adenopatías, las que pueden generar síntomas compresivos y dificultar el diagnóstico, como en el siguiente reporte de caso.

Paciente sexo masculino, 74 años de edad, con historia de oliguria de 1 mes de evolución, sin otro síntoma asociado, consulta en servicio de urgencia. Al laboratorio presenta deterioro de función renal. Se realiza estudio etiológico con tomografía axial computada de abdomen y pelvis que muestra conglomerado de adenopatías mesentéricas y retroperitoneales múltiples, asociado a hepato-esplenomegalia, lo que explica origen de la insuficiencia renal, por lo que se decide colocar catéter pig tail. Por sospecha de síndrome linfoproliferativo y dificultad de biopsia excisional ganglionar, se solicita citometría de flujo en sangre periférica que muestra patrón inmunofenotípico compatible con linfoma no hodgkin variedad células del manto. Paciente se deriva a hematología para etapificación que evidencia un linfoma de células del manto etapa IV. Se decide manejo con quimioterapia tipo R- CHOP por protocolo PANDA con buena respuesta.

Discusión:

Si bien las adenopatías son un síntomas frecuente del LNH, su presentación con síntomas compresivos, es una manifestación atípica, por lo que se requiere un alto índice de sospecha.

Palabras clave: Linfoma, Oliguria, Insuficiencia renal aguda

MIELOMA MÚLTIPLE IgA EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE CASO.

Fariña Galleguillos Ricardo, Mandujano Muñoz Álvaro, Ramírez Hidalgo Antonio, Dr.

Quintana Yarad Felipe

Hospital clínico universidad católica. Servicio de medicina interna. Facultad de medicina. Pontificia universidad católica de chile.

Resumen

INTRODUCCIÓN:

Mieloma Múltiple (MM) es una enfermedad caracterizada por la proliferación neoplásica de células plasmáticas y producción de una inmunoglobulina monoclonal. Se clasifica según el tipo de inmunoglobulina monoclonal elevada: IgG (60%), IgA (30%), IgM (2%), IgD (0,5%). Afecta principalmente a mayores de 65 años, con un 2% de incidencia en menores de 40 años. Presentamos el siguiente caso por ser una patología con baja prevalencia en pacientes jóvenes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino 37 años presenta cuadro de hipermenorrea, disnea de moderados esfuerzos y fatigabilidad. Asociado a sudoración nocturna y baja de peso.

Exámenes de laboratorio: Hb 6,2 VCM 96 Leucocitos 5500 (sin formas juveniles), plaquetas 190000, VHS >140, frotis con Rouleaux +++. Creatinina 0.7 BUN 7. Albúmina 2.9 Proteínas 10.

Orina completa sin alteraciones.

Se sospecha de gammapatía monoclonal vs síndrome proliferativo.

TAC TAP con contraste: ausencia de adenopatías sospechosas de síndromes proliferativos, sin evidencia de lesiones líticas. Recuento de inmunoglobulinas: IgA 4 g/dL. Electroforesis de proteínas en plasma: peak monoclonal beta-2 (paraproteína 3.8 g/dL). Relación cadenas livianas plasma: 6.5. Inmunofijación de proteínas en orina: cadenas livianas kappa monoclonales. Mielograma: plasmocitosis medular 64%, compatible con diagnóstico de mieloma múltiple.

Conclusión:

MM generalmente compromete a la población mayor de 60 años, situación que no ocurrió en nuestro caso. El oportuno diagnóstico permitió el inicio precoz del tratamiento, por esto nunca debe descartarse la presencia de neoplasias en pacientes jóvenes, aún más, cuando presentan alteraciones en estudios iniciales, tales como anemia severa, VHS elevada, diferencia albumina-proteína de 7 puntos, entre otros.

Palabras clave: Mieloma múltiple, edad, diagnóstico.

NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA: DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE UNA PATOLOGÍA POCO PREVALENTE

Benjamín Rioseco Ihnen, Marcela Toloza González, Valentina Sepúlveda Vergara, Dr. Gustavo Palmieri
Hospital Regional de Rancagua, Universidad San Sebastián

Resumen

PRESENTACION DEL CASO: Paciente masculino de 62 años, campesino, oriundo de Rancagua, con exposición laboral a organofosforados y calefacción con leña, que consulta por cuadro de 3 meses de evolución de tos seca y disnea de moderados esfuerzos, sin otros síntomas agregados. Niega hábito tabáquico. Al examen físico destaca murmullo pulmonar disminuido en ambos ápices, con finos crépitos bibasales. Se decide estudiar, destacando espirometría con patrón restrictivo leve, un DLCO con disminución leve de la capacidad de difusión de CO y un test de caminata normal; se comienza tratamiento con broncodilatadores sin mejoría clínica notoria del paciente, por lo que se completa el estudio con un TAC de tórax, que informa una neumopatía instestinal acompañada de compromiso centro lobulillar e inter lobulillar y panalización en bases pulmonares compatible con fibrosis pulmonar. Lesiones cavernomatosas en lóbulo superior derecho, motivo por el que se realiza una fibrobroncoscopia con lavado bronqueo-alveolar y toma de biopsia la cual es informada como neumonía criptogénica organizativa. Se complementa estudio con perfil inmunoreumatológico (VDRL Y FR negativos). Una vez descartada la tuberculosis, se comienza tratamiento con cursos de corticoesteroides, lográndose una mejoría de la clínica del paciente.

DISCUSION: La COP es un tipo de neumonía poco común, que requiere de un alto grado de sospecha para su diagnóstico. Sin embargo, ésta fácilmente puede confundirse con una tuberculosis, por lo que es crítico confirmar el diagnóstico previo al inicio de su tratamiento.

Palabras clave: Neumonía organizada criptogénica, bronquiolitis obliterante con neumonía organizada, patrón restrictivo

PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO COMO CAUSA DE DORSALGIA AGUDA

Francisco Muñoz Morales, Macarena Luco Vicencio, Juan Cristóbal Gajewski Vial, Dr. Sebastián Lux Febré

Campus Sur, Servicio de Medicina Interna Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La dorsalgia es un motivo de consulta frecuente en medicina, cuya etiología es generalmente de causa mecánica, describiéndose la espondilodiscitis, aplastamiento vertebral o la compresión radicular como causas más frecuente, y en menor proporción, la patología tumoral, tanto benigna como maligna. Se han establecido signos de alerta que obligan al estudio imagenológico más acabado, como dolor nocturno, síntomas generales, antecedente de cáncer, factores de riesgo para infección, entre otros.

CASO CLINICO: Se presenta el caso de un paciente de 39 años con dolor interescapular de 7 días de evolución, de inicio brusco, predominio nocturno, asociado a sensación febril y baja de peso no cuantificada, que no cede a analgésicos de uso habitual.

EXÁMENES: Por presencia signos de alarma se complementa estudio con pruebas de imágenes compatibles con fractura de vertebra T7 y lesión sustitutiva. El laboratorio muestra hemograma normal, función renal conservada y normo calcemia, destacando peak monoclonal de IgG-kappa en posición Gama2 en electroforesis. En biopsia de la lesión se informa infiltrado de células plasmáticas compatible con plasmocitoma óseo solitario (POS).

CONCLUSIÓN: El POS es un tumor de células plasmáticas que se manifiesta por dolor óseo, cuya ubicación más frecuente son las vértebras torácicas. Es un diagnóstico diferencial poco frecuente de dorsalgia de inicio agudo que se pesquisa en estudios imagenológicos. Es una lesión única, que a diferencia del mieloma múltiple, no tiene mayor asociación a alteraciones sistémicas, pero que obliga a su descarte.

Palabras clave: DORSALGIA, PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO, MIELOMA MÚLTIPLE

RELEVANCIA DEL CATETERISMO DE SENOS PETROSOS INFERIORES PARA DIAGNOSTICAR SÍNDROME DE CUSHING DEPENDIENTE DE CORTICOTROPINA

Arteaga Henríquez María Ignacia, González Aspillaga María Francisca, Charpentier Videla Paulo, Villaroel Piedra María Ignacia
Hospital Militar de Santiago Servicio de Medicina Interna, Universidad de los Andes

Resumen

Introducción: La Enfermedad de Cushing (EC) corresponde al 67% de los casos de Síndrome de Cushing (SC). La resonancia magnética de silla turca (RMST) es negativa en el 40%, resultando un desafío diagnóstico, llegando a requerir pruebas adicionales como el cateterismo de senos petrosos inferiores (CSPI), que alcanza una sensibilidad de 88-100% y una especificidad de 67-100% para el diagnóstico de EC.

Caso: Mujer de 37 años con cuadro de 13 años de aumento de peso progresivo, asociado a rubor facial y alopecia, con debut concomitante de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Consulta con endocrinólogo en 2015; dado sospecha de SC le solicita exámenes. Destaca cortisol libre urinario en 210 ug/24 horas, test de nugent 10.6 ug/dl, ACTH 91.5, y tomografía de abdomen con nódulos suprarrenales bilaterales, de 18.8 mm a derecha y de 11 mm a izquierda. Paciente no acude a control posterior. Reconsulta en septiembre 2017 con nueva tomografía con persistencia de adenomas suprarrenales bilaterales, sin lesiones pulmonares, y RMST sin hallazgos patológicos. Se hospitaliza en Hospital Militar de Santiago en febrero 2018 para realización de CSPI que resulta positivo lateralizado a izquierda. El 16 de agosto de 2018 se realiza acceso endoscópico translar endonasal realizando una hemihipofisectomía izquierda. Paciente evoluciona con cortisol am en rango normal alto manteniéndose en seguimiento por neurocirugía.

Conclusión: Resulta difícil realizar el diagnóstico diferencial de SC dependiente de corticotropina con RMST negativa. Dentro de las pruebas diagnósticas, el CSPI corresponde al gold standard, permitiendo ver lateralización, guiando la eventual resolución quirúrgica.

Palabras clave: Pituitary ACTH Hypersecretion, Petrosal Sinus Sampling, Diagnosis

REPORTE DE CASO: DIAGNÓSTICO DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA EN PACIENTE JOVEN

Luis Fernando Monasterio Román, Pablo Gysling Merino y Daniel Coria Guzmán, Dr. José Luis Velásquez Mellado
Clínica Hospital del Profesor

Resumen

Introducción

Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología altamente prevalente asociada a elevada mortalidad en unidades de cuidados intensivos (UCI). Un agente atípico es Legionella Pneumophila, en Chile responsable del 5% de casos totales y segundo microorganismo más frecuente en cuadros severos. Presentamos caso de NAC por Legionella de diagnóstico tardío en paciente joven previamente sana.

Información clínica relevante

Mujer de 34 años sana refiere cuadro de 10 días caracterizado por dolor torácico, fiebre y sudoración, posteriormente tos seca, vómitos y disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos. Múltiples consultas, manejada como NAC atípica ambulatoriamente en una ocasión y mala evolución por lo que acude a servicio de urgencias de Clínica Hospital del Profesor. Signos vitales conservados, abolición de murmullo pulmonar a izquierda y disminución a derecha, crepitaciones difusas.

Exámenes complementarios

Proteína C reactiva 222 mg/l, velocidad de hemosedimentación 64 mm/h, pruebas negativas para Neumococo, Mycoplasma y test pack Influenza, scanner informa múltiples focos de condensación, compromiso multilobar bilateral y leve derrame pleural izquierdo.

Evoluciona con taquipnea, uso de musculatura accesoria y taquicardia, requiriendo oxígeno, nebulizaciones con salbutamol y corticoides. Simultáneamente se inicia antibioterapia con ceftriaxona. Se hospitaliza en UCI para estudio y manejo, antígeno urinario positivo para Legionella al día siguiente, añadiéndose claritromicina al tratamiento con evolución favorable.

Conclusiones

Legionella Pneumophilla presenta mayor severidad y complicaciones que otras etiologías, debe sospecharse ante cuadro respiratorio bajo más sintomatología gastrointestinal y/o alteraciones neurológicas. Destacamos importancia de historia clínica, al interrogatorio pesquisamos que paciente trabajaba bajo aire acondicionado, reservorio de este microorganismo.

Palabras clave: Neumonía multilobar, Legionella pneumophila, Diagnóstico tardío.

SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE SIN VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Claudia Salazar Venegas, Leyla Soledad Acle Inzunza, Anastassia Catalina Gallardo Barría, Dr. Roque Antonio Conejeros López
Instituto Clínico Oncológico del Sur, Servicio de Oncología, Universidad Mayor, Temuco.
Hospital Hernán Henríquez Aravena, Servicio de Oncología, Universidad de la Frontera, Temuco.

Resumen

INTRODUCCION: El sarcoma de Kaposi es un tumor mesenquimático de bajo grado, que compromete vasos sanguíneos y linfáticos, y que afecta principalmente a la piel, pudiendo diseminarse a otros órganos. Es la neoplasia más común asociada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Representa 0,05 al 4% de las neoplasias en general. En Chile la incidencia es de 0,2 casos por 100.000 personas/año. El SK clásico (no asociado a VIH) es infrecuente y ocurre en varones de entre 50 a 80 años. Se presenta este caso por su infrecuente manifestación en personas no inmunosuprimidas.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE: Paciente masculino de 72 años, sin antecedentes de inmunosupresión, desde hace 6 años presenta múltiples lesiones en ambos brazos y tronco de tipo papulares, de bordes irregulares, coloración violácea y aspecto vascularizado, que han ido aumentando de tamaño con el tiempo, sin otros síntomas, consultando por razones estéticas. .

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS PRINCIPALES: Se realiza biopsia a las lesiones, resultando compatible con sarcoma de Kaposi clásico en fase nodular. Inmunohistoquímica presenta CD34+++ y HHB8++; Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de compromiso secundario; examen de VIH negativo. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con radioterapia local, con respuesta favorable

CONCLUSIONES

El SK clásico tiene una evolución benigna que puede durar entre 10 a 15 años, no son potencialmente mortales ni incapacitantes y tienen buena respuesta a tratamiento. Los tumores únicos pueden extirparse mediante cirugía, láser, crioterapia y disminuir su tamaño con radioterapia local. La enfermedad avanzada precisa quimioterapia.

Palabras clave: Sarcoma, Biopsia, Radioterapia.

SÍNDROME DEL DEDO AZUL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Sofía del Lago King, Ignacio Leal Fernández, Juan Pablo Prieto Zapata, Dr. Fernando Ihl Mena

Servicio de Medicina Interna , Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Universidad de Chile

Resumen

Introducción:

El síndrome del dedo azul (SDA) es un trastorno infrecuente caracterizado por la coloración violácea o azul de uno o más dedos, dolorosa, en ausencia de traumatismo previo, secundario a compromiso isquémico. Puede producirse por diferentes mecanismos fisiopatológicos incluyendo la patología tromboembólica, vasoconstricción severa o afección inflamatoria o no inflamatoria de la pared vascular.

Información clínica relevante:

Mujer de 69 años antecedentes de DM2, HTA e hipotiroidismo de larga data sin tratamiento. Consulta por cuadro de 6 semanas de evolución caracterizado por coloración violácea en falange distal del segundo dedo de la extremidad superior izquierda, de inicio súbito asociado a dolor intenso. Al examen físico destaca dedo cianótico con cambios ungueales, llene capilar enlentecido , aumento de volumen de tejidos blandos en dedo índice, telangiectasias en región malar y livedo reticularis en extremidades inferiores.

Exámenes de laboratorio y/o imagenología:

ANA (+) 1:320 centrómero, HbA1c mayor > 14%, TSH 22.6 ,T4 libre 0.71. Angiografía por Tomografía Computada tórax que informa presencia de enfermedad aterosclerótica crónica extensa estable. A la Ecocardiografía se observan excrescencias de Lamb1 en la válvula aórtica (strand valvular). Capilaroscopia concordante con esclerodermia localizada. Se inicia manejo con bloqueadores de calcio y sildenafil con buen respuesta clínica con lo cual finalmente se concluye una esclerodermia localizada como la entidad etiológica.

Conclusión:

El SDA es una urgencia médica, es de suma importancia establecer un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para evitar la progresión a necrosis irreversible y pérdida del segmento afectado.

Palabras clave: "Palabras clave: Síndrome del dedo azul, Pseudovasculitis, Acrocianosis, Embolia

TAQUICARDIOMIOPATÍA EN PACIENTE JOVEN CON HIPERTIROIDISMO DESCOMPENSADO

Boris Uribe Arriagada, Francisco Muñoz Morales, Juan Cristóbal Gajewski Vial, Dr. Sebastián Lux Febré

Campus Sur, Servicio de Medicina Interna Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: El estado de hiperadrenergia en el paciente hipertiroideo puede tener diversas manifestaciones cardiovasculares como fibrilación auricular (FA), falla cardíaca con shock cardiogénico, hipertensión pulmonar e isquemia miocárdica. La presencia de estos hallazgos en el hipertiroidismo es variable, probablemente debido al grado de supresión de la hormona estimulante de la tiroides (TSH), comorbilidades y la sensibilidad individual a la hormona tiroidea, siendo más afectados pacientes de mayor edad.

CASO CLÍNICO: Hombre de 28 años con antecedente de hipertiroidismo diagnosticado hace 2 años, con mala adherencia a terapia médica y policonsumo. Ingresó al Servicio de Urgencias taquicárdico, taquipneico, con yugulares ingurgitadas y mal perfundido. Electrocardiograma muestra FA con respuesta ventricular rápida. Se maneja como shock cardiogénico con drogas vasoactivas y terapia depletiva.

EXÁMENES: Ingreso: Ácido láctico 51 mg/dL; TSH 0.01 ng/L; Tiroxina(T4) 2.4 ng/L. Ecocardiograma evidencia dilatación de las 4 cámaras cardíacas con fracción de eyección de 23%. Se realiza manejo de endocrinopatía con tiamazol y bolos de metilprednisolona evolucionando con hemodinamia estable, con buena respuesta a tratamiento sin presentar nuevos eventos de tirotoxicosis durante hospitalización.

CONCLUSIÓN: El exceso de hormona tiroidea afecta la hemodinamia cardiovascular manifestándose como trastornos del ritmo, insuficiencia cardíaca y/o exacerbación de una cardiopatía preexistente. El tratamiento temprano y efectivo del hipertiroidismo es clave para prevenir la miocardiopatía tirotóxica. La literatura reporta que una vez eliminado el efecto de las hormonas tiroideas, el daño al miocardio puede ser reversible.

Palabras clave: HIPERTIROIDISMO, TAQUICARDIOMIOPATÍA, SHOCK CARDIOGÉNICO

TROMBOSIS DE STENT POST INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA, UNA COMPLICACION INFRECUENTE

Valentina Constanza Sepulveda Vergara, Claudia Pamela Perales Pinto, Benjamin Rioseco Ihnen, Dr. Francisco Alarcón.

Hospital Regional de Rancagua, Servicio de agudos Medicina Interna, Universidad San Sebastian

Resumen

Paciente femenino de 59 años con antecedentes de infarto agudo al miocardio (IAM) con angioplastia percutánea de reperfusión más stent de arteria descendente anterior proximal, Diabética tipo II insulino requirente, hipertensión arterial, tabáquica, consulta en urgencias a las 13 horas por dolor torácico de 20 minutos de evolución, de ubicación retroesternal, tipo puntada, Eva 10/10 y diaforesis profusa. Se diagnostica IAM con supradesnivel ST (SDST) de v1-v4 con Q patológica, sin imagen especular. Al ingreso: troponina I 0.15 ug/dl, Creatinina kinasa (CK) total 103 ug/dl, Creatinina kinasa mb (CK mb) 19 ug/dl, electrolitos plasmáticos normales, hemograma: leucocitosis leve de 12.200 /mm³, hematocrito de 30.7%, hemoglobina de 10.0 g/dl. Post 24 horas, se realiza curva enzimática con troponina I 6.49 ug/dl, a las 12 horas siguientes: troponina I > 102, Ck total 1.719 ug/dl, Ck mb 221 ug/dl sin cambios electrocardiográficos. Se realiza coronariografía de urgencia. Concluye enfermedad severa de dos vasos, trombosis subaguda de stent. Recanalización y angioplastia de arteria descendente anterior proximal con implante de stent medicado. Se sugiere ticagrelor para descartar resistencia a clopidogrel. Paciente evoluciona favorablemente, es dada de alta con diagnostico de IAM post trombosis de stent.

Trombosis de stent post intervención coronaria percutánea, es un evento poco común, pero a su vez catastrófico, que puede manifestarse como infarto agudo miocardio y muerte súbita, siendo un diagnóstico diferencial que debemos tener en cuenta en pacientes con un nuevo evento coronario sometidos a procedimientos intervencionistas de revascularización coronaria con stent medicado.

Palabras clave: Trombosis del stent (TS), infarto agudo al miocardio (IAM), coronariografía, angioplastia, electrocardiograma(ECG)

UN DESENLACE INESPERADO: AMILOIDOSIS CARDÍACA EN UN SÍNCOPE CARDIOGÉNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constanza María Menéndez Olave, Marcela Paz Ruiz Ibañez, Josefa Nicole González Videla, Dr. José Tomás Gazmuri Barros
Servicio de Cardiología Clínica Dávila, Universidad de Los Andes

Resumen

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad sistémica producto de depósitos extracelulares de fibrillas estructuralmente anormales. Tiene una incidencia de 1/100,000 personas. Su afectación cardíaca disminuye la capacidad funcional y gasto cardíaco hasta la falla cardíaca global, con sobrevida media de 3,5 años. La importancia del presente caso radica en que pocos debutan como síncope cardiogénico.

Caso clínico: Paciente masculino de 88 años, autovalente, hipertenso, diabético, dislipidémico, con EPOC tabáquico. El 26-08-18 consulta por 2 episodios sincopales posprandiales de 30 segundos con recuperación ad integrum. Sin otros síntomas. Ingresa al servicio de urgencia hemodinámicamente estable, sin dolor torácico. Examen físico normal, sin evidencias de trauma o focalidad neurológica. Electrocardiograma muestra bloqueo completo de rama derecha, voltajes globalmente disminuidos y extrasístoles supraventriculares frecuentes.

Con sospecha de síncope cardiogénico ingresa a unidad coronaria. Se toma holter de ritmo que evidencia extrasístoles supraventriculares y ventriculares muy frecuentes y taquicardia ventricular no conducida, ecocardiograma con patrón sugerente de cardiopatía restrictiva y fracción de eyección preservada. Se realiza cardiorensonancia que muestra engrosamiento difuso de ventrículo izquierdo en T1 nativo y realce del miocardio en secuencia de realce tardío, muy sugerente de amiloidosis cardíaca. Se descartó compromiso extracardiaco. Dados los antecedentes del paciente y edad, se desestimó realizar tratamiento y estudio mayor de amiloidosis primaria. Se instaló un desfibrilador automático implantable.

Conclusión: Es necesario reconocer la amiloidosis cardíaca como una entidad subdiagnosticada que debe ser sospechada en todo paciente con ecocardiograma sugerente de infiltración, especialmente por su baja sobrevida sin tratamiento y mala calidad de vida.

Palabras clave: Síncope cardiogénico, amiloidosis cardíaca, cardiopatía restrictiva.

VASOESPASMO CORONARIO COMO CAUSA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO: REPORTE DE UN CASO

Luis Vargas Atton, Laura Pérez Lucero, Sebastián Espinoza Ravanales, Dra. Catalina Fernández Pérez

Servicio de Medicina Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo

Resumen

El síndrome coronario agudo (SCA) representa una de las patologías cardiovasculares de mayor presentación actualmente.

Se presenta a un paciente masculino de 55 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo suspendido con un índice de paquetes año (IPA) de 20. Además, con antecedentes familiares de primer grado de eventos coronarios antes de los 65 años en padre y hermano. Consulta al servicio de urgencias por dolor retroesternal-opresivo de horas de evolución, intensidad 7/10 en escala EVA, irradiado a brazo izquierdo, que se inicia durante el esfuerzo laboral. Refiere dirigidamente historia de 3 meses de dolor torácico opresivo autolimitado, que se desencadena al esfuerzo físico, no en todas las ocasiones en que lo realiza, y que cede espontáneamente tras unos minutos.

Ingresa al SU destacando paciente estable hemodinámicamente. Electrocardiograma (ECG) de ingreso muestra ondas T negativas en V4 a V6. Curva enzimática resulta negativa. Se hospitaliza dada angina inestable. Al tercer día de evolución presenta nuevo dolor torácico, de iguales características al previo, con ECG con ondas T negativas en DI, aVL, V5-V6. Enzimas con curva negativa. Se realiza ecocardiograma que resulta sin alteraciones segmentarias. Coronariografía en diferido muestra estenosis significativa en ADA que revierte con infusión local de nitroglicerina, sin otras lesiones. Se diagnostica vasoespasma coronario como causa del cuadro.

Se destaca este caso con el objetivo de recordar al vasoespasma como un factor posible en la etiología del SCA, siendo un elemento importante por considerar al diagnóstico diferencial y que requiere un particular manejo posterior.

Palabras clave: angina, infarto, vasoespasma

ABSCESO RETROFARINGEO - COMPLICACIÓN GRAVE DE UNA “SIMPLE FARINGOAMIGDALITIS”, A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel González Campamá, Gregorio Maturana Cortés, Fernando Oliva Bertetti, Dr. Felipe Quintana Yarad
Hospital Clínico Universidad Católica de Chile

Resumen

La faringoamigdalitis (FA) es una patología muy frecuente. En Estados Unidos se estima que corresponde al 1-2% de las visitas ambulatorias. La etiología puede ser infecciosa o no infecciosa, siendo lo más frecuente cuadros virales de curso autolimitado, o bacterianos por Streptococco-Grupo-A. Estos últimos generalmente tienen un curso benigno, pero tienen importantes complicaciones asociadas, tanto supuradas como no supuradas, por lo que requieren tratamiento antibiótico y una correcta estratificación de riesgo (ER) al evaluarlas.

Caso Clínico

Paciente de 54 años sana consulta por segunda vez en urgencias por 3 días de odinofagia, fiebre y aumento de volumen cervical izquierdo progresivo. Al ingreso en regulares condiciones, febril, con CEG, disfagia, disnea y trismus. Al examen con aumento de volumen de 10x10cm en zona cervical anterior y tráquea desviada.

Se solicita TAC de cuello con contraste que informó colección inflamatoria organizada centrada en el piso de la boca lateraliza a izquierda, extendida a región sub-mandibular, espacio masticatorio y retro-faríngeo, con desviación de la tráquea.

La paciente se hospitalizó para resolución quirúrgica de urgencia, con requerimiento de intubación precoz para protección de vía aérea.

Conclusiones

La FA es una patología extremadamente frecuente, pero tiene complicaciones potencialmente mortales. Es por esto que en su evaluación además de determinar etiología bacteriana y el requerimiento de antibióticos, debemos realizar una adecuada ER enfocada en buscar complicaciones graves como los son un absceso/colección/flegmón amigdalino o retro-faríngeo, que puede comprometer la vía aérea y así la vida del paciente.

Palabras clave: Palabras clave: amigdalitis, absceso retrofaríngeo, vía aérea

CARCINOMA HEPATOCELULAR CON PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN EN LINFONODOS REGIONALES.

Nicolás Martínez Muñoz, Amanda Zapata Cárdenas, Dr. Juan Werlinger Vásquez
Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile

Resumen

La enfermedad de Castleman (EC) es una enfermedad linfoproliferativa poco frecuente. Se caracteriza por presentar nódulos linfoides con dos patrones histológicos bien diferenciados: plasmocelular y hialino-vascular. Se presenta unicéntrico o multicéntrico, siendo más frecuente en mediastino, hilio y pulmonar y cadena cervical. Presentamos reporte de caso EC diagnosticada a través de biopsia de metástasis hepática. Mujer de 65 años con antecedentes de dislipidemia y tabaquismo. Consulta por cuadro de dolor abdominal asociado a baja de peso no cuantificada. Examen físico sin alteraciones, perfil hepático y hemograma normales. Alfa feto proteína y Ca 19-9 normales. TC abdomen y pelvis muestra masa hepática izquierda de aspecto neoplásico, adenopatías sospechosas a nivel de hilio hepático. RM Hepática con contraste muestra masa compatible con neoplasia de la vía biliar. PET compatible con colangiocarcinoma intrahepático, adenopatías pericardio frénicas en cadena mamaria interna e hilio hepático. Se toma biopsia de implante hepático: fibrosis y artefacto térmico; biopsia de ganglios linfáticos peri hepáticos y coledocianos: proliferación linfocítica atípica folicular concordante con enfermedad de Castleman diseminada; biopsia de hepatectomía izquierda carcinoma hepatocelular trabecular, estudio IHQ positivo para CK7 y CEA policlonal. La EC es una patología infrecuente, más aún su presentación sincrónica con hepatocarcinoma. En la literatura existe descrito sólo un caso similar. Se ha visto que altos niveles de IL-6 en EC estarían asociados a malignización de adenomas hepatocelulares.

Palabras clave: Tumor hepático, Enfermedad de Castleman, Hepatocarcinoma.

COLECISTITIS HEMORRÁGICA, COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA COLECISTITIS AGUDA.

Juan Pablo Prieto Zapata, Antonia Vieira Vender, Maria de los Angeles Manríquez Salvatierra, Dr Andrés Torrealba Aránguiz
Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Departamento de Cirugía, Universidad de Chile

Resumen

Introducción:

La colecistitis hemorrágica (CH) es una complicación rara de la colecistitis aguda, definida como hemorragia interior de la vesícula biliar (VB) causada por infarto y erosión de la mucosa debido a inflamación transmural.

Información clínica relevante:

Mujer de 66 años, diabética e hipertensa, que acude a urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho, asociado a ictericia, coluria y sensación febril. Ingresa hemodinámicamente estable y afebril.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas:

Bilirrubina total 4,6 mg/dl, glutamato-piruvato transaminasa 132 U/L, glutamato-oxalacetato transaminasa 73 U/L, gamma-glutamilttransferasa 220 U/L y fosfatasa alcalina 83 U/L. Tomografía computada (TC) de abdomen que informa signos de daño hepático crónico, coleditiasis con interrupción de pared hacia lecho vesicular con escaso líquido circundante. Electrocardiograma con fibrilación auricular, por lo que se difiere cirugía en espera de pase cardiológico. Al día siguiente del ingreso, por compromiso hemodinámico, se realiza colecistectomía por vía laparoscópica, observándose hemoperitoneo de aproximadamente 700cc y vesícula perforada. Dada gravedad del cuadro, en post operatorio requirió cuidados en unidad de alta complejidad. Luego, evoluciona favorablemente y es dada de alta tras 14 días de hospitalización.

Discusión:

La CH a pesar de ser una entidad poco frecuente tiene una alta morbimortalidad. En su etiología destacan los cálculos biliares (50% de los casos), coagulopatía y cáncer de VB. La hemorragia puede distender la VB provocando ruptura con hemoperitoneo libre. Se puede presentar como cólico biliar, ictericia, hemorragias digestivas o hemoperitoneo. Imagenología utilizada incluye ecografía y TC. En caso de perforación, el tratamiento es la intervención quirúrgica urgente.

Palabras clave: Cholecystitis, Hemoperitoneum, Cholecystectomy

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL LEIOMIOSARCOMA RECTAL: A PROPÓSITO DE DE UN CASO

Sebastián Sapiain González, Sebastián Bettancourt Vásquez, Dr. Juan Carlos Aguayo
Servicio de Cirugía Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana -
Universidad del Desarrollo

Resumen

Introducción

El Leiomioma (LMS) es una neoplasia maligna originada en el músculo liso, se presenta de manera poco frecuente en el tubo digestivo, siendo el 0,1% del total en este grupo. La localización rectal se da en el 11% de los LMS, representando menos del 1% de los tumores malignos localizados en el colon. Exponemos caso LMS rectal dando énfasis en el diagnóstico, tratamiento y resultado quirúrgico asociado.

Caso Clínico:

Paciente varón, 64 años, con antecedente de Hipertensión Arterial, Tabaquismo activo de 36 paquetes/año. Consulta en CRS Cirugía del Hospital Padre Hurtado derivado desde atención primaria por cuadro de 8 meses de evolución de dolor fluctuante en zona perianal, asociado a dificultad defecatoria y dos episodios aislados de rectorragia. Al examen físico general sin hallazgos, destaca al tacto rectal masa de ± 3 cm, de superficie irregular y consistencia pétreas, ubicada a ± 3 cm del margen anal. Se realiza estudio imagenológico compatible con LMS y cirugía de resección anterior baja, sin incidentes y evolución postquirúrgica favorable.

Exámenes e imágenes

Colonoscopia: evidencia masa tumoral.

Biopsia de tejido comprometido informada como LMS rectal e inmunohistoquímica compatible

Tomografía computada de etapificación muestra engrosamiento mural en el recto.

Conclusión:

El LMS tiene muy baja frecuencia en nuestro país, siendo pocos los casos reportados. La confirmación diagnóstica es con biopsia e inmunohistoquímica. Siendo la resección anterior baja la cirugía recomendada en la literatura, con buenos resultados como en el caso expuesto.

Palabras clave: Palabras Claves: Rectal, Neoplasia , leiomyosarcoma.

DIAGNOSTICO ENCEFALOPATIA DE WERNICKE SECUNDARIA A BYPASS GASTRICO. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Caprioli Aguirre Gabriella Francesca, Maldonado Lang Miguel Ernesto, Bahamondes Cordovez Tomás Andrés, Dr. Waldo Martínez Muñoz
Hospital el Pino, servicio de cirugía, Universidad Nacional Andrés Bello

Resumen

Introducción:

La encefalopatía de Wernicke (EW) es una enfermedad neurológica causada por el déficit de tiamina (B1). Se caracteriza por compromiso de conciencia, oftalmoplejia y ataxia. Su tratamiento es con tiamina endovenosa en altas dosis. Es frecuente como complicación en cirugía bariátrica, llegando hasta el 49% de los casos. Es importante reconocerla, puesto que es prevenible y tratable, en caso contrario, puede producir secuelas irreversibles e incluso la muerte. Presentamos el caso de una paciente con Bypass gástrico que llega a urgencias descompensada.

Caso clínico:

Mujer, 38 años, con antecedentes de obesidad mórbida y operada de Bypass gástrico hace un mes. Ingres a urgencias Hospital el Pino, por cuadro de 2 semanas de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Examen físico: taquicárdica, deshidratada, abdomen doloroso difusamente a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Se maneja con hidratación, gastroprotectores y antieméticos, sin respuesta. Evoluciona con rechazo alimentario, compromiso cualicuantitativo de conciencia y oftalmoplejia del sexto par derecho. Exámenes de laboratorio e imágenes no concluyentes. Se traslada a UCI donde se sospecha EW, confirmándose con resonancia magnética cerebral y niveles de B1, tratándose con tiamina en altas dosis. Evoluciona recuperando conciencia y movilidad parcial. Se traslada a sala para continuar manejo y rehabilitación con equipo multidisciplinario.

Discusión y conclusión:

El caso expuesto evidencia la importancia de sospechar esta patología como complicación en este grupo de pacientes. Tratarlo oportunamente, minimiza los daños y mejora el pronóstico, lo que no ocurrió en el caso de la paciente debido a un diagnóstico y tratamiento tardío.

Palabras clave: Caso clínico, Encefalopatía, Wernicke, Bypass gástrico

DISECCIÓN AISLADA DE TRONCO CELÍACO: SOSPECHA Y MANEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Tomás Andrés Bahamondes Cordovez, Paula Yasmín Benario Figueroa, Gabriella Francesca Caprioli Aguirre, Dr. Ricardo Alejandro Olguín Leiva
Clínica Indisa, servicio de cirugía. Universidad Andrés Bello, Sede Santiago.

Resumen

Introducción:

La disección aislada del tronco celíaco (DATC) era considerada rara, pero su prevalencia está aumentando (68% de los casos en los últimos 5 años). Demanda una alta sospecha para su diagnóstico. No hay consenso sobre su manejo, pero suele tener un curso benigno que responde a terapia médica (control de presión arterial y anticoagulación).

Información Clínica relevante:

Masculino, 35 años, sano. Cuadro de 3 días de dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo, inicia bruscamente postprandial, sin otros síntomas. Consulta al servicio de urgencia de Clínica Indisa. Al examen físico leve dolor a la palpación de hemiabdomen superior. Signos vitales en rango normal.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales:

Recuento hematológico, inflamatorio y químico normal. Enzimas pancreáticas y perfil hepático normales. Tomografía Computada (TC) de abdomen mostró hipodensidades esplénicas sugerentes de infartos. Angio-TC de abdomen y pelvis mostró disección del tronco celíaco, trombo mural asociado, afectación de sus ramas con disminución de calibre e infartos esplénicos. Arteria mesentérica superior y aorta normales. Exámenes inmunológicos sin vasculitis u otras enfermedades inflamatorias sistémicas.

Conclusiones:

Nuestro caso corresponde a una DATC de presentación joven, con evolución clásica y favorable con manejo médico. Estos paciente no suelen presentar factores de riesgo. El manejo quirúrgico/endovascular se reserva para pacientes con hemodinamia inestable, dolor persistente, signos de isquemia intestinal o evidencia de progresión de la disección. En vista de su creciente pesquisa, la disección de tronco celíaco, así como de otras arterias viscerales, debe ser considerada en el dolor abdominal agudo, especialmente persistente. Este trabajo refleja la importancia de incluirlo en el arsenal de diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: Arteria Celiaca – Disección, Vaso Sanguíneo – Dolor Abdominal

ELEFANTIASIS NO FILARIANA DE EXTREMIDAD INFERIOR, DE CAUSA POSTRAUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Diego Godoy Fernández, Julio Echavarría Merino, Ricardo Alvarado Arevalo, Felipe Ruiz Landeros

Campus Occidente, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: La elefantiasis es un crecimiento inapropiado de partes del cuerpo, causado por la obstrucción del sistema linfático, que causa agrandamiento progresivo de piel y tejido subcutáneo, siendo una patología poco frecuente en países no endémicos de filariasis.

INFORMACION CLINICA RELEVANTE: Paciente masculino de 55 años, con antecedente de accidente automovilístico hace 10 años, con desforraje de piel en región anterior de ambas piernas y necesidad de injerto cutáneo en zonas afectadas. Consulta por aumento progresivo de volumen de extremidad inferior derecha (EID), con engrosamiento cutáneo y dificultad a la movilización, refiriendo aumento progresivo desde accidente. Al examen físico de EID se aprecia aumento de volumen severo en relación a otra extremidad, con incontables lesiones de aspecto verrugoso que deforman y causan endurecimiento, pérdida parcial de flexo-extensión de rodilla, sin lograr movilización activa ni pasiva de tobillo. En contexto anterior, se plantea la realización de amputación supracondílea, la cual se logra realizar, con recuperación tardía de paciente en postoperatorio.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS PRINCIPALES Se realiza AngioTAC, que describe aumento de tamaño circunferencial de la EID, con compromiso de los tres planos de partes blandas (dérmico, subcutáneo, muscular), con imágenes en panal de abeja en contexto de linfedema crónico, asociado a extensas alteraciones venosas y mayor calibre del sistema arterial.

CONCLUSIÓN: La elefantiasis es una patología poco conocida en Chile, teniendo un manejo complejo, debido a la poca respuesta a los tratamientos conservadores, recurriendo en muchos casos a la necesidad de amputación de la extremidad.

Palabras clave: Elefantiasis, linfedema no filariano, extremidades inferiores

ENFERMEDAD DE TAKAYASU: PRESENTACIÓN COMO ISQUEMIA INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Felipe Bocic Wattier, Ljubica Milos Pedemonte, Ludwig Rubina Jorquera, Dr. Gunther Bocic Álvarez.

Campus Norte, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile,
Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos, afecta a arteria aorta y sus ramas principales. La presentación con síntomas vasculares es excepcional. Evoluciona con evidencia de compromiso e insuficiencia vascular. También puede manifestar síntomas gastrointestinales por isquemia del órgano afectado.

Presentamos el caso de una presentación inicial atípica.

Información clínica relevante: Mujer de 32 años, antecedente de accidente isquémico transitorio (TIA) a los 14 años. Ingresa por dolor cólico intenso y distensión abdominal de 1 semana de evolución, asociado a vómitos biliosos y diarrea. Al examen físico presenta dolor en flanco y fosa ilíaca derecha, blumberg negativo. Evoluciona febril con signos de irritación peritoneal. Se realiza laparotomía exploradora, evidenciándose trombosis de arteria ileocecoapendiculocólica necrosis y perforación intestinal isquémica con peritonitis difusa. Se realizó hemicolectomía derecha, resección de ileon distal e ileostomía terminal. Paciente refiere claudicación intermitente y acrocianosis. Al examen físico destaca, asimetría de pulsos y presión arterial en extremidades.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales: Leucocitos 25.400, ácido láctico 3, PCR 281,2, VHS 23. TAC Abdomen y Pelvis: Trombosis de tronco celíaco, arteria mesentérica permeable. Doppler mesentérico: Proceso isquémico intestinal. Estudio de trombofilia negativo. Ecocardiograma: Aneurisma del septum interauricular.

Angioresonancia: Compatible con AT.

Conclusiones: La AT es una patología crónica de etiología desconocida, que produce estenosis de grandes vasos, con múltiples manifestaciones. Dada la posibilidad de una gran variedad de presentaciones, algunas de ellas graves, es importante mantener una conducta activa en el diagnóstico.

Palabras clave: Takayasu, Angioresonancia, Necrosis.

FISTULA AORTO-CAVA EN PACIENTE CON ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL: REPORTE DE CASO

Ignacio Arturo Manríquez Rodríguez, Tomás Reinaldo Hernández García, Yasna Camila Carrillo Belmar, Dr. Rodrigo Marcel Baier Chandía
Hospital Las Higueras de Talcahuano, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La fistula aorto-cava (FAC) es una complicación infrecuente que ocurre aproximadamente en un 1% de los aneurismas de la aorta abdominal (AAA). La FAC de tipo espontánea es la más frecuente, seguida de la traumática y la iatrogénica. Son secundarias a una respuesta inflamatoria de la adventicia periaórtica, la cual produce una adherencia con la vena adyacente y necrosis de la pared del aneurisma.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE: Paciente masculino de 70 años, antecedentes de hipertensión arterial y urolitiasis, consulta por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal intermitente, asociado a disnea progresiva y dolor precordial opresivo al esfuerzo. Al examen físico destaca masa pulsátil abdominal, con frémito y soplo continuo. Angiotomografía computada (AngioTC) abdominal evidencia gran AAA con aparente fistula hacia la vena cava inferior (VCI). Se decide realizar cirugía de urgencia. En el intraoperatorio se verifica AAA, se clampean ambos extremos y se realiza abertura longitudinal, identificándose comunicación con VCI de 1cm de diámetro. La fistula se repara con Prolene® 5 y teflón de refuerzo. Se realiza bypass aorto-aórtico con prótesis de Dacron® 20mm, sin incidentes. Evoluciona favorablemente, sin complicaciones post operatorias locales ni sistémicas.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENEOLÓGICAS

PRINCIPALES: En estudios bioquímicos destaca falla renal aguda prerrenal y elevación de troponinas séricas. AngioTC evidencia AAA infra y yuxtarenal de 8x7cm, con FAC a nivel yuxtarenal.

CONCLUSION: Presentamos este trabajo para dar a conocer una complicación infrecuente de una patología con riesgo vital, destacando el importante rol de una intervención quirúrgica oportuna.

Palabras clave: aneurisma aórtico, fistula aorto-cava, cirugía vascular

FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA ESPONTÁNEA. REPORTE DE UN CASO.

Luis Pérez Morales, Jimmy Suárez Monsalves, Valeria Becerra Fonseca, Dra. Alarcón Jouanet Constanza.

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Servicio de Cirugía. Universidad de la Frontera.

Resumen

INTRODUCCIÓN:

Las fistulas biliares pueden ser internas o excepcionalmente externas. La fistula colecistocutánea (FCC) es una entidad infrecuente, aparece como complicación de carcinoma vesicular, colecistitis evolucionada, empiema, o postquirúrgico. Su frecuencia ha disminuido por el tratamiento precoz de la patología biliar litiásica. Suele existir historia de cólicos biliares, sin embargo, en ancianos y diabéticos los síntomas pueden pasar desapercibidos. Presentamos el caso de una FCC secundaria a una colecistitis.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:

Hombre de 52 años con antecedentes de infarto cardiaco antiguo, fibrilación auricular en tratamiento, cólicos biliares a repetición.

Hospitalizado en abril 2018 por colecistitis aguda litiásica manejada farmacológicamente por alto riesgo quirúrgico. Tras alta evoluciona con lesión en pared abdominal que drena espontáneamente contenido bilioso por lo que se hospitaliza en Hospital Regional de Temuco en Junio 2018.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS PRINCIPALES:

Tomografía computada de abdomen y pelvis mostró signos colecistitis con trayecto fistuloso que comunica vesícula con plano cutáneo. Fistulografía confirma FCC.

Sin alza de marcadores tumorales.

Se instaló drenaje percutáneo, con buena respuesta clínica. Posteriormente se realizó embolización de fistula colecisto-coledociana e instalando drenaje a caída libre en vesícula biliar.

Se planificó colecistectomía.

CONCLUSIONES:

Las FCC son infrecuente, para su diagnóstico es fundamental la alta sospecha con imagen que confirme el diagnóstico. El manejo depende de su etiología. En los casos secundarios a colecistitis, se requiere tratamiento antibiótico de amplio espectro y drenaje del absceso-fistula. Posteriormente el tratamiento definitivo será la colecistectomía y resección del trayecto fistuloso.

Palabras clave: Fístula biliar, colecistitis, fistula colecistocutánea.

HEPATOCARCINOMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE PORTADORA DE VIRUS HEPATITIS B Y C: REPORTE DE UN CASO.

Constanza Leiva Gómez, Nevelline Salgado Garrote, Ian Schwember Toro, Dr. Francisco Soto

Campus Oriente de la Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma hepatocelular (HCC) es la principal neoplasia primaria de hígado (90%). Generalmente se presenta en pacientes con cirrosis hepática, siendo uno de los factores de riesgo más importantes la infección con virus hepatitis B y C (VHB, VHC).

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:

Paciente femenino de 28 años, con antecedente de rhabdomyosarcoma vaginal a los 3 años de edad, tratado con quimioterapia y radioterapia. Portadora de VHB desde la infancia. Derivada a hospital del salvador por dolor en flanco derecho de un mes de evolución, asociado a baja de peso (>5 kg), astenia y fiebre >38°C. Al examen físico destaca hepatomegalia sensible a la palpación. Se hospitaliza para estudio.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS PRINCIPALES:

Al laboratorio destaca: Bilirrubina Total 0.8mg/dL, GGT/GOT/GPT: 343/96/66 U/L, INR 2,64, Tiempo Protrombina 30%, TTPK 35 seg, Albumina 2,6 g/dL, Alfa feto proteina > 2000U/ml, VHB y VHB (+). Se realiza Tomografía computada (TAC) que informa Masa hepática de 9x9x14 cm sugerente de hepatocarcinoma, con compromiso de vena suprahepática media izquierda y vena cava, sin metástasis.

CONCLUSIONES:

El HCC se presenta con mayor frecuencia entre los 50 y 60 años, asociado a DHC con una alta prevalencia de seropositividad para VHB y VHC. Sin embargo, no todos los pacientes tendrán antecedente de cirrosis hepática. En este caso, la paciente consultó múltiples veces en servicio de urgencia por síntomas abdominales antes del diagnóstico, de modo que es evidente la necesidad tener un alto nivel de sospecha clínica de este diagnóstico frente a pacientes con este antecedente.

Palabras clave: Hepatocarcinoma, Virus Hepatitis B, virus hepatitis C

HERNIA DE AMYAND ATASCADA, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

Valeria Becerra Fonseca, Cristofer Soriano Reyes, Luis Pérez Morales, Dr. Diego Ardiles López.

Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Universidad de La Frontera.

Resumen

La Hernia de Amyand (HA) es el hallazgo de apendicitis en el saco de una hernia inguinal. La frecuencia de apendicitis aguda es reportado en el 0.1 % de todas las hernioplastias en adultos. Su diagnóstico suele ser en pabellón. El tratamiento es controversial y depende de los hallazgos intraoperatorios; la utilización de malla para la hernioplastía deberá depender del grado de inflamación del apéndice cecal y del encarcelamiento del saco herniario.

Paciente de 74 años con antecedentes de hernia inguino-escrotal derecha operada hace 12 años, con recidiva desde hace 8 años. Consultó en Urgencias por cuadro de un día de dolor en zona inguinal derecha. Al examen destacaba hernia irreductible con cambios inflamatorios, sugerente de hernia atascada.

Con exámenes pre-quirúrgicos normales. No se solicitó estudio con imágenes. Ingresó a pabellón, observándose como contenido herniario asas de intestino delgado y colon derecho, con apéndice cecal congestivo en sus $\frac{2}{3}$ distales. Se realizó apendicectomía y hernioplastía inguinal con malla según Lichtenstein. Evolucionó favorablemente, dándose el alta a las 48 hrs.

La HA es una patología infrecuente. El diagnóstico pre-operatorio es complejo, al no presentar síntomas o signos específicos; lo más frecuente es encontrar una hernia inguinal derecha irreductible. En cuanto al tratamiento, si el apéndice no se encuentra perforado, se sugiere realizar apendicectomía y hernioplastía con malla, con antibioterapia profiláctica. Si existiese perforación apendicular o se encuentra otra estructura anatómica en el saco, es prudente realizar una laparotomía para descartar otra patología o el compromiso inflamatorio de otros órganos.

Palabras clave: Hernia de amyand, Apendicitis, Hernia inguinal

HERNIA DE GARENGEOT: REPORTE DE UN CASO

Cristian León Valdés, Claus Ogrodnik Berroeta, Felipe Navarrete Fajardo, Gonzalo Rebolledo Díaz
Hospital del Salvador, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: Las hernias constituyen una entidad común dentro de la patología quirúrgica. Corresponden a una protrusión anormal de contenido intrabdominal a través de la pared abdominal. La hernia de Garengéot corresponde a la presencia del apéndice cecal como contenido del saco herniario, con una incidencia estimada en 1% de las hernias en adultos, presentándose principalmente como hallazgo operatorio. Presentamos un caso realizado en nuestro servicio de cirugía.

Caso clínico: Paciente masculino de 68 años consulta por cuadro de aumento de volumen no doloroso, reductible en zona inguinal derecha, compatible con hernia inguinal. Durante estudio preoperatorio no se detectaron complicaciones asociadas y se decide programar cirugía electiva. Bajo anestesia espinal se realiza exploración de zona inguinal constatándose hernia indirecta por deslizamiento de ciego con presencia de apéndice cecal no inflamado como contenido de saco herniario (Hernia Garengéot). Se realiza apendicetomía y hernioplastia con malla, procedimiento sin incidentes.

Conclusiones: La hernia de Garengéot es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio. Si bien está descrita en la literatura clásica, existen pocos casos reportados en la literatura actual. Su manejo es definido caso a caso en relación al paciente y las posibles complicaciones asociadas.

Palabras clave: Hernia abdominal, Hernia inguinal, Apéndice cecal,

HIDROURETERONEFROSIS ABSCEDADA DRENADA A TORAX MEDIANTE FISTULA: REPORTE DE UN CASO.

Pascale Sallaberry Schlesinger, Nicolle Pinto Vera, Sofia Kaufmann Isensee, Dr. Jorge Arnold Alvarez
Clínica Indisa, UCI Quirúrgica, Universidad Andrés Bello

Resumen

Introducción: La Hidroureteronefrosis es la distención del tracto urinario por acumulación de orina, secundario a obstrucción de vías urinarias. Los abscesos renales y perirrenales son raros como complicación de hidroureteronefrosis. Caso clínico: Paciente femenina 45 años, con antecedente de pigtail izquierdo, consulta por 2 meses de compromiso del estado general. En últimas 2 semanas, presenta dolor abdominal en flanco izquierdo, tos con expectoración pútrida y fiebre. Ingresa en regulares condiciones generales con múltiples ruidos agregados en tórax. Exámenes de ingreso diagnostican neumonía adquirida en la comunidad por lo que se inicia tratamiento antibiótico. Paciente evoluciona con neumonía multilobar, empiema izquierdo, shock séptico de foco urinario con piohidronefrosis izquierda y litiasis piélicas bilaterales y falla multisistémica. Es manejada en UCI con drogas vasoactivas y ventilación mecánica invasiva. Se instala pigtail bilateral, pleurostomía y drenaje perirrenal percutáneo izquierdo. Paciente persiste días grave, sin embargo luego evoluciona favorablemente. Exámenes ingreso: Anemia, leucocitosis, PCR elevada, hiperlactatemia, insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia renal aguda. Radiografía Tórax: Gran foco de condensación base izquierda, derrame pleural izquierdo. Exámenes evolución: TAC: foco de condensación lóbulo inferior izquierdo, fistula que comunica cavidad pleural con riñón izquierdo que a su vez tiene contenido hipodenso y gas. Conclusión: Una hidroureteronefrosis no tratada, puede complicarse provocando pielonefritis, abscesos, etc. Los abscesos, son predominantemente de lado izquierdo y ocurren generalmente en pacientes diabéticos. Actualmente, además de antibióticos, la mayoría de los pacientes son tratados con drenaje percutáneo. En la revisión realizada, no se encontró ningún caso reportado de piohidronefrosis drenada a tórax.

Palabras clave: Piohidronefrosis, Empiema, Litiasis piélica

ILEO BILIAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL; A PROPÓSITO DE UN CASO

Patroni Letelier Camila, Toro Vildósola Gabriela, Hidalgo Trunci Álvaro, Dr. Esteban Sepúlveda

Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de urgencia. Universidad de Chile.

Resumen

Introducción

El íleo biliar es una causa infrecuente, pero importante, de obstrucción intestinal mecánica. Es causado por la impactación de un cálculo biliar en el íleon al pasar por una fístula bilio-entérica. El diagnóstico suele ser tardío, ya que los síntomas pueden ser intermitentes y los estudios imagenológicos no siempre logran identificar la causa de la obstrucción. Lo primordial del tratamiento es la reanimación del paciente y remoción del cálculo. Este cuadro continúa siendo asociado a tasas relativamente altas de morbimortalidad.

Presentación del caso

Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de colelitiasis. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de 1 semana caracterizado por dolor abdominal inicialmente epigástrico, que evoluciona haciéndose difuso, con ausencia de eliminación de deposiciones y gases por ano. Se asocia a náuseas y vómitos. Ingresa hemodinámicamente estable, en regulares condiciones generales. Al examen físico destaca deshidratación moderada, abdomen distendido, doloroso difuso, con ruidos hidroaéreos disminuidos, bazuqueo positivo, sin signos de irritación peritoneal.

En laboratorio destaca insuficiencia renal aguda y parámetros inflamatorios elevados. Se solicita pielotAC por sospecha de insuficiencia renal postrenal, donde se evidencia obstrucción intestinal por cálculo (46mm) en íleon proximal, asociado a fístula colecistoduodenal. Se realiza laparotomía exploradora, con enterotomía y rafia, confirmando cálculo biliar impactado a 12 cm de válvula ileocecal.

Conclusiones

La obstrucción intestinal suele ser sencilla de diagnosticar, sin embargo, la dificultad radica en hallar el desencadenante. El íleo biliar es una causa infrecuente de ésta, con bajo índice de sospecha, convirtiéndose en un desafío para el médico tratante.

Palabras clave: Obstrucción intestinal, fístula biliar, cálculo biliar.

ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA POCO HABITUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Geraldo Ramírez Donoso, Rosa Salas Díaz, Camilo Lefever Rojas, Dr Michael Serrano Carrasco

Hospital San José, Servicio de Cirugía, Universidad de Santiago de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: El íleo biliar (IB) es una complicación poco frecuente de colelitiasis, representando el 4% de causas de obstrucción intestinal (OI). La obstrucción es secundaria a la impactación de uno o más cálculos biliares debido a la presencia de fístula colecistoentérica. La fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. El lugar de obstrucción más común es el íleon distal.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 76 años, sin comorbilidades. Ingresa por cuadro de 5 días de dolor abdominal periumbilical, cólico, que se asocia a vómitos alimentarios que progresan a fecaloideos y ausencia de deposiciones. Al examen físico: hemodinámicamente estable, afebril, mucosas secas. Abdomen distendido, doloroso a la palpación en forma difusa, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos intestinales aumentados con hipertimpanismo a la percusión. En exámenes destaca leucocitosis de 13.600 mm³. Tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis evidencia vesícula escleroatrófica, distendida, asociada a fístula colecistoentérica, neumobilia y signos de OI en asas de íleon con cambio de calibre a nivel de fosa iliaca derecha. Se realiza laparotomía media infraumbilical que evidencia IB con cálculo de 15 mm impactado a 230 cms del ángulo de Treitz. Asas de intestino delgado vitales. Se realiza enterotomía, extracción de cálculo y posterior enterorrafia.

CONCLUSIONES: No existe cuadro clínico patognomónico de IB. El antecedente de colelitiasis en un paciente con signos de OI orientarían el cuadro. La TC es el examen de elección, permite detectar la presencia de neumobilia y ubicación de la obstrucción. El manejo es quirúrgico.

Palabras clave: Biliar, íleo, obstrucción intestinal

ISQUEMIA MESENTÉRICA: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Giancarla Stephanni Gambi Rodríguez, Pamela Carolina González Vega, Dra. Giselle Muñoz Moreno.

Campus de Medicina Sur. Servicio de Cirugía HBLT. Universidad de Chile

Resumen

Isquemia mesentérica (IM) es la reducción del flujo sanguíneo intestinal.

Su presentación aguda corresponde a una emergencia quirúrgica. Es una causa poco frecuente de abdomen agudo.

Mundialmente se presenta en menos 1 de cada 1000 consultas. En América la incidencia estimada es 0,09-0,2 por año. En Chile no se encuentran datos disponibles. Posee predilección por el sexo femenino en proporción 3:1, con edad media de presentación a los 70 años. La causa más frecuente es por oclusión arterial de origen embólico o trombótico.

Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 72 horas de dolor abdominal difuso, urente, que aumenta progresivamente de intensidad, asociado a hematoquezia abundante. Se realizó tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que informa defecto de llene de vena mesentérica superior, engrosamiento de asas y mesenterio, asociado a líquido libre, compatible con isquemia mesentérica. En pabellón de urgencia se realiza laparotomía exploradora, identificándose 2000 mililitros de líquido en cavidad, con gran distensión de asas de intestino delgado (ID) necrótico, colon indemne. Se resecan 3.8 metros de ID, conservándose 50 centímetros de yeyuno vital desde el ángulo de Treitz, dejando yeyunostomía con cabo proximal.

En conclusión, dada la baja frecuencia, pero alta mortalidad (80%) de la IM aguda es necesario realizar tanto un diagnóstico como un tratamiento de revascularización precoz. Para esto se debe tener la sospecha clínica frente a un cuadro que característicamente será de dolor abdominal súbito, desproporcionado a los hallazgos encontrados al examen físico abdominal. La imagen de elección es AngioTC

Palabras clave: Isquemia mesentérica, Abdomen agudo, Isquemia Intestinal

LESIÓN RECTAL SILENCIOSA. REPORTE DE UN CASO

Ljubica Milos Pedemonte, Ludwig Rubina Jorquera, Felipe Bocic Wattier, Dr. Gunther Bocic Álvarez

Campus Norte, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: La mortalidad por heridas colorrectales actualmente es de un 5%, debido al avance en técnicas operatorias, uso de antibióticos y colostomía. Pueden clasificarse en traumatismos accidentales e iatrogénicos. Los síntomas varían, desde dolor abdominal difuso con o sin rectorragia, hasta cuadros mortales. El tratamiento se ha individualizado de acuerdo al contexto del paciente. Presentamos un caso clínico para evaluar tratamientos.

Información clínica relevante: Hombre de 16 años, sin antecedentes. Consulta por doce horas de dolor abdominal difuso, náuseas y deposiciones líquidas. Al examen destaca abdomen distendido, sensibilidad difusa, blumberg negativo. Se realiza laparotomía media, pesquisándose líquido purulento de mal olor en hemiabdomen inferior. Se observa lesión puntiforme en cara anterior de recto a 7 cm del margen, con salida de líquido purulento y deposiciones. Se repara lesión, se realiza colostomía en asa sigmoídea con drenaje aspirativo. Al interrogatorio dirigido, paciente refiere caída sobre macetero con guía de metal para sustentar crecimiento de la planta, siendo el agente de su lesión rectal. Al sexto día se indica alta con evolución satisfactoria.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales: Leucocitos 15.000 con desviación izquierda ++. Radiografía abdomen: Aire libre suprahepático. Ecografía abdominal: Escaso líquido libre en región pelviana.

Conclusiones: No existe consenso respecto a la aplicación sistemática de colostomía, drenaje y lavado distal del recto en lesiones rectales. Por lo tanto, el tratamiento es individualizado, dependiendo de la etiología, grado de lesión, lesiones asociadas, condición actual del paciente y factores de riesgo de complicaciones.

Palabras clave: Dolor abdominal, recto, colostomía.

MANEJO OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIO A ENDOMETRIOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Caprioli Aguirre Gabriella Francesca, Maldonado Lang Miguel Ernesto, Benario Figueroa Paula Yasmín, Dr. Waldo Martínez Muñoz
Clínica Indisa, servicio de urgencia, Universidad Nacional Andrés Bello

Resumen

Introducción:

La endometriosis es definida como tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Su ubicación extrapélvica es rara, reportada en el 9% de los casos, siendo la causa gastrointestinal, la más frecuente. El diagnóstico es anatomopatológico, sin embargo, hay elementos clínicos que nos orientan: dolor abdominal intensificado durante menstruación, dismenorrea, dispareunia. El tratamiento quirúrgico debe preferirse en obstrucción. Es importante conocerla y sospecharla en mujeres en edad fértil para un manejo oportuno.

Caso Clínico:

Mujer, 33 años, con antecedentes de hipermenorrea crónica y sin método anticonceptivo por intención de embarazo, consulta en urgencias de Clínica Indisa por cuadro de 3 días de dolor cólico hipogástrico. Refiere hipermenorrea y vómitos en 6 oportunidades sin características patológicas. El examen físico destaca: taquicardia, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la depresión, sin signos de irritación peritoneal. A las horas evoluciona con resistencia abdominal por lo que se solicita Tomografía Computarizada de abdomen y pelvis evidenciando obstrucción intestinal de íleon distal. Ingresa a pabellón de urgencia realizándose ileoascendo anastomosis, encontrando 2 focos de endometriosis, confirmados con biopsia. Evoluciona satisfactoriamente, tolerando régimen oral a los 3 días y alta al séptimo día postoperatorio. Actualmente en control ambulatorio y sin nuevas recidivas.

Discusión y conclusión:

El caso expuesto evidencia la importancia de sospecharlo como probable causa de abdomen agudo en mujeres en edad fértil, puesto que, si no se realiza tratamiento oportuno, puede generar un final ominoso. El tratamiento a largo plazo debe realizarse con anticonceptivos orales, como fue el caso de la paciente.

Palabras clave: Caso Clínico, Endometriosis, Obstrucción Intestinal.

MELANOMA METASTASICO EN YEYUNO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Konnie Lilian Yáñez Lizama, Wendy Carola Soruco Pastrana, Francisco Javier Andrés Hoyos Bachiloglu
Hospital del Salvador, servicio de cirugía. Campus oriente, Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: El melanoma maligno (MM) es una neoplásica maligna derivada de los melanocitos de inicio silencioso, habitualmente se desarrolla en la piel, pero se puede presentar en cualquier parte del organismo. Las metástasis de MM se observan frecuentemente en piel, tejido subcutáneo y ganglios linfáticos, seguido por pulmón, hígado, cerebro, hueso e intestino de forma muy inusual.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE: Paciente femenino de 61 años con antecedente de MM plantar en extremidad inferior derecha operada, consulta en Junio 2018 por cuadro de 4 semanas de evolución caracterizado por dolor progresivo epigástrico y periumbilical, constipación e hiporexia. Se sospecha obstrucción intestinal, se realiza una tomografía axial computada (TAC) de abdomen donde destaca un tumor yeyunal con invaginación hacia distal que retrae la serosa, requiriendo resección del segmento y posterior anastomosis latero lateral. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 5 días. En Agosto 2018 paciente reconsulta por cuadro de similares características, se realiza TAC de abdomen que mostró dilatación yeyunal con invaginación hasta anastomosis previa, en el intraoperatorio se observa nuevo tumor yeyunal intraluminal con retracción de serosa, sin otras lesiones tumorales. La biopsia de la lesión muestra proliferación celular atípica de alto grado de malignidad que compromete extensamente pared muscular hasta subserosa con áreas de ulceración y necrosis compatible con MM yeyunal.

CONCLUSIONES: La frecuencia del MM con metástasis en tracto digestivo sintomática es de muy baja frecuencia, sin embargo, en pacientes con antecedentes de MM es objeto de estudio debido a su alta letalidad.

Palabras clave: Melanoma, cirugía, metástasis.

QUISTE HIDATÍDICO HEPATICO SINTOMÁTICO EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO

Monserrat Díaz Rivas, Iván de la Cerda Santos, Claudia Vásquez Walter, Dr. Felipe Quintana Guiñez.

Hospital del Salvador, Servicio Cirugía

CESFAM Rosita Renard, Ñuñoa Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae

Resumen

La Equinococosis quística (EQ) es una enfermedad ocasionada por el céstodo *Echinococcus Granulosus*. El ciclo vital del parásito incluye un huésped definitivo y un huésped intermediario, siendo este último el humano. Compromete distintos órganos y su clínica dependerá según grado de compromiso y complicaciones.

Se presenta caso de paciente femenina de 18 años, oriunda de Longavi, sin antecedentes de relevancia, derivada al Hospital del Salvador por cuadro de dolor de 4 días de evolución en hipocondrio derecho, de inicio brusco, asociado a tope inspiratorio y fiebre (38,6°). Refiere ingesta frecuente de carnes faenadas.

Exámenes de laboratorio destacan leucocitos 13.670, PCR: 22.6, Bilirrubina Total 1.6 de predominio Indirecto (1.2), INR: 1.8 y Tiempo de Protombina 19.4

El TAC abdomen informa lesión quística hepática 22x14x20 cm, desplazando la mayor parte del lóbulo hepático izquierdo con efecto de masa y comunicación a vía biliar, además de hepatomegalia (14 cm). Radiografía de Tórax sin hallazgos.

En pabellón se realiza laparotomía de Bikocher, colecistectomía con rafia en fuga biliar, punción quística 1000 cc de líquido citrino, extracción de vesícula quística previa inyección de suero hipertónico y relleno de cavidad con colgajo omental. Frente buena evolución, se otorga alta clínica.

A pesar de ser considerada una patología benigna, el hecho que la EQ presente una tasa de crecimiento lenta y su diagnóstico se base en el criterio clínico-imagenológico permite a la EQ permanecer asintomática por años y debutar según complicaciones, incluso en la muerte. Es por eso la importancia de su detección precoz.

Palabras clave: Quiste Hidatídico, Hidatidosis, Clínica.

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE DISECCIÓN AÓRTICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE MARFAN: REPORTE DE UN CASO

Francisca Muñoz Canales, Camila Bello Arellano, Juan Tello Barsocchini, Dr. Jeison Peñuela Arredondo
Hospital DIPRECA, Universidad Diego Portales.

Resumen

Introducción

La Enfermedad de Marfan es una patología hereditaria del tejido conectivo y un importante factor de riesgo para disección aórtica, presentándose en pacientes más jóvenes y de forma más agresiva. El gold estándar para su reparación es la cirugía abierta, sin embargo, la reparación endovascular es una alternativa con menor morbilidad, tiempo de hospitalización y dolor en comparación con la cirugía abierta.

Caso Clínico

Paciente masculino de 54 años con antecedente de Enfermedad de Marfan y una disección aórtica tipo A reparada de urgencia con recambio de válvula y arco tipo Trompa de Elefante en 2017, acude al policlínico de cirugía vascular a control con angioTAC evidenciándose disección aórtica tipo A que se extendía hasta arterias femorales, coartación de aórtica torácica descendente, ramas viscerales originándose desde el lumen verdadero, exceptuando la arteria renal izquierda, sin compromiso de la perfusión visceral. Se realiza reparación endovascular de disección aórtica con endoprótesis torácica Zenith TX2, dos stent de disección, endoprótesis abdominal AFX y Viabahn en iliaca externa izquierda sin incidentes. Se realiza AngioTAC de control al mes que demuestra remodelación aórtica con aumento del lumen verdadero y disminución del lumen falso, permeable en aorta abdominal distal y cono aórtico. A nivel visceral 100% remodelado.

Conclusión

La reparación endovascular es una importante alternativa para disecciones aórticas en pacientes con Enfermedad de Marfan, sin embargo poco utilizado. El control imagenológico regular permite el seguimiento del remodelado de la aorta y potenciales complicaciones propias de la enfermedad y del procedimiento.

Palabras clave: Enfermedad de Marfan, Disección aórtica, Reparación endovascular

REPORTE DE CASO: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A SINDROME DE EHLERS DANLOS

Monserrat Díaz Rivas, Iván de la Cerda Santos, Christine Ledezma Jorquera, Dr. Felipe Quintana Guiñez
Hospital El Carmen de Maipú, Dr. Luis Valentín Ferrada, Servicio de Cirugía Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae

Resumen

El Síndrome de Ehlers-Danlos, también llamado Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA), es una enfermedad de los tejidos conectivos, frecuente y poco diagnosticada. Se debe a una alteración genética del colágeno que genera lesiones músculo-esqueléticas y extra-esqueléticas. Dentro de estas últimas, se encuentran las alteraciones de tejidos débiles, siendo un ejemplo de estas el neumotórax espontáneo, complicación en donde se afecta la pleura sin causa aparente o secundaria a un traumatismo mínimo.

Se presenta caso de paciente sexo masculino de 24 años con antecedente de Síndrome de Ehlers Danlos.

Consulta por cuadro de 1 semana de dolor en hemitórax derecho secundario a acceso de tos, el cual fue aumentando de intensidad durante los días, asociándose a disnea que llega a mínimos esfuerzos.

Decide consultar al Servicio de Urgencia del Hospital El Carmen de Maipú, donde se realizan exámenes de laboratorio generales, los cuales se encontraron dentro de rango normal y una Radiografía (Rx) de Tórax Posteroanterior (PA) que evidencia presencia de imagen radiolúcida en hemitórax derecho de un 30% del hemicampo.

Se diagnostica Neumotórax Espontaneo (NE), procediendo a la instalación de pleurostomía. Durante hospitalización presenta buena evolución clínica, con radiografía de control post retiro de tubo con reexpansión completa por lo que se otorga alta clínica.

El NE es una entidad frecuente en pacientes que tiene diagnosticado el SHA, lo cual nos recuerda que en pacientes con esta patología sin etiología aparente se debe buscar colagenopatías dentro de las posibles causas, con el fin de monitorizar otras complicaciones, como afectación aórtica.

Palabras clave: Neumotórax , Ehlers-Danlos, Síndrome de Hiperlaxitud Articular

RUPTURA ESPONTÁNEA DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

Paula Carrasco Findel, Elena Antoine Ortíz, Dr. Tomislav Mostacedo Marasovic
Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Universidad Finis Terrae

Resumen

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones líquidas ricas en enzimas pancreáticas, tejido necrótico y sangre extravasada, delimitadas por una pared fibrosa, sin epitelio. Pueden complicarse de variadas formas, siendo, la ruptura espontánea, algo no frecuente. El siguiente caso evidencia esta progresión poco común.

Paciente femenina, 29 años, con antecedentes de Pancreatitis aguda biliar y colecistectomía reciente, que posterior al alta evoluciona con dolor en hemiabdomen superior intermitente y vómitos postprandiales, ingresa a Urgencia Hospital El Carmen por exacerbación del dolor, náuseas, vómitos, y Amilasa de 407. Tomografía axial computada (TAC) de Abdomen y pelvis de urgencia informa: Pseudoquiste pancreático de 18,3 x 13,3 cm, sin signos inflamatorios. Ante persistencia del dolor, hipotensión y caída del hematocrito de 38 a 25%, se realiza nuevo TAC abdominal, 24 horas post ingreso, que evidencia líquido en cavidad peritoneal y desaparición del pseudoquiste. Laparotomía exploradora revela 2800cc de sangre mezclada con contenido seroso, laceración de mesocolon transverso y necrosis grasa, (resecada). Se realiza rafia de vasos, instalación de drenaje, aporte de hemoderivados y volemización. Se hospitaliza en Unidad de Paciente Crítico (UPC), donde evoluciona con Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica persistente, revelándose en último TAC, necrosis del 30-40% del páncreas. No fue posible precisar el origen del sangrado, pero podría atribuírsele a la arteria cólica media.

El caso reportado aporta al estado del arte, considerando la baja incidencia de su presentación. Es importante la alta sospecha y manejo precoz con drenaje endoscópico, ya que puede presentar alta mortalidad o requerir estadía prolongada en UPC.

Palabras clave: Pancreatitis. Pseudoquiste pancreático. Ruptura espontánea pseudoquiste

SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE TUBERCULOSIS PERITONEAL: REPORTE DE UN CASO

Gustavo Espinoza Olguín, Gabriela Toro Vildosola, Dra. Maria Ferananda Toro Vildósola
Servicio de Cirugía, Hospital San Camilo, Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso.

Resumen

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. La forma de presentación clínica más frecuente es la pulmonar, en un 80% de los casos. De las formas extrapulmonares, la peritoneal es infrecuente, ocupando el 6to lugar de sitios afectados.

Paciente haitiano de 27 años, sin antecedentes, consulta por cuadro de 2 semanas de dolor abdominal difuso, que en último día se intensifica y se asocia a vómitos. Además refiere baja de peso no cuantificada de larga data y diaforesis nocturna. Al ingreso con abdomen globoso, sin signos de irritación peritoneal.

En laboratorio destaca elevación de PCR y leucocitosis de predominio segmentados.

Tomografía computada de abdomen y pelvis contrastada muestra adenopatías retroperitoneales, mesentéricas, pelvianas, múltiples colecciones y neumoperitoneo. Ingresó a pabellón de urgencia, con hallazgo de nódulos peritoneales viscerales y parietales, sin identificar perforación, por abdomen congelado. Se instalan drenajes, que posteriormente dan salida a líquido peritoneal, volviendo a intervenir, pesquizando perforación en intestino delgado. Se realiza enterografía.

Durante hospitalización se toma baciloscopia en orina y esputo negativas, y Ca125 de 69. Biopsias de tejido peritoneal confirman presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes, con proceso granulomatoso crónico. Se inicia tratamiento antituberculoso, con buena evolución.

La tuberculosis puede presentarse de 3 formas: húmeda, seca y fibrótica, siendo más frecuente la primera. Debe sospecharse en pacientes con ascitis, engrosamiento peritoneal y elevación de Ca125. También es útil la presencia de síntomas B. El manejo es similar al de la presentación pulmonar.

Palabras clave: Tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis peritoneal

TROMBOSIS ARTERIAL RECURRENTE EN SITIOS INUSUALES: REPORTE DE UN CASO

Pino Troncoso Alejandra, Vásquez Walter Claudia, De la Cerda Santos Iván, Dr. Henriquez Ugarte Mario.

Hospital de Urgencia de Asistencia Pública

Resumen

La trombosis arterial aguda es una obliteración brusca de un sector arterial. Su patogenia es compleja y comprende la interacción de factores genéticos y adquiridos. Debuta con una amplia gama de patologías que de no ser pesquisadas y tratadas a tiempo, presentan una alta tasa de morbimortalidad. La trombosis arterial mesentérica y de extremidades superiores son ejemplos de esta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 46 años, Hipertensa, tabáquica, usuaria de Acenocumarol por isquemia mesentérica aguda secundaria a trombosis arterial que requiere resección intestinal, y un segundo episodio de isquemia mesentérica con INR >4 tratada con manejo conservador exitoso.

Ingresa a Posta Central por cuadro de 5 días de dolor agudo en extremidad superior izquierda asociado a coloración cianótica, disminución de temperatura en falanges distales e hipoestesia en mano izquierda, con movilidad conservada. Pulso radial palpable y ulnar ausente. Exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados e INR 1.04. Con el diagnóstico de trombosis arterial ulnar y radial, se inicia manejo conservador con Heparina, sin respuesta, por lo que se realiza trombectomía radial y ulnar, Procedimiento exitoso. Se inicia manejo con Heparina, aspirina, grifodilzem. Se indica alta con esquema de Acenocumarol e interconsulta para estudio de trombofilia.

DISCUSIÓN

Respecto a la paciente y los múltiples eventos de trombosis que ha presentado, es de suma importancia realizar el estudio de trombofilia con el objetivo de orientar la posible etiología de estos sucesos y proporcionar un tratamiento adecuado para evitar complicaciones a futuro.

Palabras clave: dolor, arterial, intestinal.

ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR: REPORTE DE UNA SERIE DE 4 CASOS

Danitza Andrea Escobar Hogg, Magdalena Reyes Ferrada, Carlos Ormeño Muñoz, José Herrera Valdés
Servicio de Urgencias, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Santiago de Chile

Resumen

Introducción: La isquemia aguda periférica (IAP) es una emergencia quirúrgica determinada por la interrupción del flujo arterial de una extremidad que se instaura en un plazo inferior a 14 días, que amenaza la vitalidad del tejido y la vida del paciente. Es una patología infrecuente, que constituye el 10 a 15% de la patología vascular. Afecta predominantemente extremidades inferiores; la afectación de extremidades superiores es rara, con una incidencia anual de sólo 1 a 3 casos por 100.000 habitantes.

Caso clínico: Se expone el caso de 4 pacientes, evaluados en el Servicio de Urgencia, cursando un cuadro compatible con trombosis arterial de extremidad superior, confirmados por clínica y estudio con angiografía por tomografía. Tres casos requieren abordaje quirúrgico, y un tercero presenta respuesta favorable al tratamiento anticoagulante.

Conclusiones: La IAP de extremidades superiores es una patología muy infrecuente, que de no ser tratada a tiempo puede resultar en la pérdida funcional o anatómica de la extremidad. En este contexto, es fundamental un alto índice de sospecha clínica, que permita realizar un abordaje terapéutico oportuno, preservando al máximo la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Isquemia aguda periférica, isquemia aguda extremidad superior, enfermedad tromboembólica

METÁSTASIS CUTÁNEA EN UN CÁNCER DE RECTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Muñoz Huerta Sebastián, Díaz Saavedra Rodrigo, Ortiz Koh Catalina, Dr. Hermansen Truan Carlos
Campus Sur, Servicio de Cirugía Unidad de Coloproctología. Hospital Barros Luco Trudeau

Resumen

Introducción En Chile el cáncer colorrectal representa la cuarta neoplasia más frecuente. Las metástasis tradicionales corresponden a hígado, pulmón y hueso. Las metástasis cutáneas son infrecuentes, cercanas al 4%, apareciendo habitualmente dentro de los primeros 3 años de seguimiento. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de metástasis cutánea en cáncer de recto.

Información clínica relevante: Paciente femenino 45 años. Antecedente de cáncer de recto inferior T2N2M0 (diciembre 2014). Consulta dos meses posterior a diagnóstico con tumor abscedado y fistula rectovaginal. Se realiza cirugía de Miles (febrero 2015). Biopsia concluye adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con indicación de quimiorradioterapia adyuvante completada y radioterapia incompleta por dehiscencia de herida operatoria. Paciente consulta luego de 27 meses pesquisando masa perineal friable, mamelonada, sensible.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales: Resonancia nuclear magnética de pelvis evidencia lesión neoplásica de 9x6x7 centímetros, comprometiendo región glútea, vulva y vagina. Se realiza resección de tumor (septiembre 2017). Biopsia confirma adenocarcinoma ulcerado bien diferenciado compatible con metástasis de cáncer de recto. Por lo que se deriva a quimiorradioterapia adyuvante y control de cuidados paliativos.

Conclusión La aparición de metástasis cutáneas en el cáncer de recto tiene un pobre pronóstico, con una sobrevida media entre 3 a 18 meses. Es fundamental un alto índice de sospecha ante la aparición de lesiones ulceradas, eritematosas e induradas, dado que su detección puede resultar decisivo en el tratamiento y pronóstico final.

Palabras clave: colon cancer, metastasis, adenocarcinoma

SÍNDROME DE BOERHAAVE COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE CASO.

Juan Ignacio Chuecas Jofré, Felipe Nicolas Hermosilla Estay, Víctor Manuel Cruzat Bastías, Mauricio Contreras Bastías
Servicio de cirugía, Hospital Regional de Concepción, Universidad de Concepción

Resumen

El síndrome de Boerhaave (SB) consiste en la perforación esofágica espontánea secundaria a un aumento brusco de la presión intraluminal. La clínica depende del tamaño y localización de la perforación. Posee una elevada mortalidad, sobre todo ante el retraso del tratamiento. Es importante utilizar las herramientas adecuadas para un correcto diagnóstico. Hombre de 54 años, acudió al servicio de urgencias por cuadro de un episodio de vómito explosivo asociado a dolor intenso en hemiabdomen superior. Manejado inicialmente como apendicitis aguda. En pabellón se constata apéndice sin signos de inflamación. Con mala evolución posterior, presentando derrame pleural con necesidad de sonda endopleural. En control imagenológico a las 72 horas de ingreso se sospecha SB, requiriendo instalación de prótesis esofágica (PE) y cirugía de exclusión esofágica. Inicialmente se sospechó cuadro de abdomen agudo, siendo la ecografía abdominal compatible con apendicitis aguda, provocando una cirugía en blanco. Fue la tomografía computarizada de tórax, realizada debido al derrame pleural, la que evidenció la presencia de SB.

En el caso planteado el SB fue de presentación inespecífica. Sumado a que es una patología rara, y guiado por el resultado de la ecografía, el diagnóstico inicial fue erróneo. En el SB el atraso del tratamiento conlleva una mortalidad del 16-51%, con gran morbilidad. En el caso presentado evolucionó con mediastinitis, empiema pleural y uso de PE por 10 meses. El desafío está en la alta incidencia de patologías con clínica similar. Una interpretación imagenológica adecuada, correlacionada con los hallazgos clínicos, es fundamental.

Palabras clave: Diagnóstico precoz, Perforación del esófago, Rotura espontánea.

CALCIFILAXIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO.

Nevelline Salgado Garrote, Constanza Leiva Gómez, Ian Schwember Toro, Dr. Fernando Valenzuela Ahumada
Departamento de Dermatología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Campus Norte,
Universidad de Chile.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La calcifilaxis es un síndrome raro y potencialmente mortal, caracterizado por calcificación vascular que produce oclusión de microvasos en el tejido subcutáneo y dermis, dando lugar a lesiones cutáneas isquémicas intensamente dolorosas que pueden evolucionar a necrosis. Su prevalencia es del 1-4%, se presenta habitualmente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en terapia de sustitución renal, asociándose a variados factores de riesgo. La principal causa de muerte es la sepsis, de ahí la importancia de su prevención y tratamiento precoz.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE: Hombre de 57 años, con antecedentes de ERC en hemodiálisis, cardiopatía coronaria y trombosis de vena cava superior en tratamiento anticoagulante oral con Warfarina desde hace 6 meses. Desde entonces con aparición de lesiones nodulares y ulceradas en ambos miembros inferiores, dolorosas, con mala respuesta a curaciones. Desde hace 6 semanas con progresión de lesiones en pierna derecha, con secreción purulenta y equimosis generalizadas.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS

PRINCIPALES: Destaca hemoglobina 7.8g/dL, leucocitos 14.910/mm³, proteína c reactiva 182mg/L, albúmina 3.7g/dL, calcio 9.4mg/dL, fósforo 7.8mg/dL, producto calcio-fosforo 74 y parathormona 830pg/dL. Cultivos de secreción (+) Staphylococcus aureus meticilino resistente. Biopsia de bordes de lesión concordante con calcifilaxis.

CONCLUSIONES: Actualmente el manejo de estos pacientes es de poca efectividad y alta letalidad, siendo de gran importancia la prevención de los factores de riesgo modificables y la alta sospecha de la enfermedad, para un reconocimiento oportuno y manejo multidisciplinario adecuado. En nuestro caso se realizó manejo del dolor, del hiperparatiroidismo secundario y metabolismo calcio-fósforo, antibioticoterapia y optimización de las curaciones y hemodiálisis, con mejoría parcial de las lesiones.

Palabras clave: Calcifilaxia, Insuficiencia renal crónica, Hiperparatiroidismo secundario.

CALCINOSIS CUTIS DISTRÓFICA SECUNDARIA A DERMATOMIOSITIS. REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA EN BASE A UN CASO.

Alexis David Ramos Arias, José Miguel Massardo Echeverría, Felipe Andrés Kramer Espinoza, 2 Dr. Nicolás Hermosilla Bravo
Servicio de Dermatología, Hospital San Pablo, Coquimbo

Resumen

INTRODUCCIÓN: Calcinosis Cutis (CC) se define como el depósito de sales insolubles de calcio en el tejido subcutáneo. Este síndrome se puede separar en cuatro grandes tipos según su etiología, enfermedades asociadas y calcemia: CC distrófica, iatrogénica, metastásica e idiopática. Su patogénesis sigue sin ser totalmente dilucidada.

PRESENTACIÓN CASO: Paciente femenino de 39 años, consulta por erupción cutánea de 5 meses de evolución, asociado a baja de peso y aparición de tumoraciones en piel. El examen físico evidencia eritema e hiperpigmentación en rostro, escote, antebrazos y dorso de manos. Además, se palpan masas de consistencia pétreas en zona axilar, zona suprapúbica y flancos.

EXAMENES: Por sospecha de dermatomiositis neoplásica y calcinosis cutis se solicita: hemograma normal, VHS elevada, perfil hepático normal, CK total elevada, ANA, ENA y Anti DNA negativos, C3 y C4 normal, calcio normal. Además, se realiza mamografía, ecografía abdominal, radiografía de tórax, endoscopia digestiva alta, ecografía transvaginal y Papanicolaou, todo sin alteraciones. Se realiza biopsia cutánea que informa: Adiponecrosis y calcificación distrófica. Con el diagnóstico de CC secundario a dermatomiositis se inicia tratamiento con prednisona, metotrexato y ácido fólico, con mala respuesta. Posteriormente se agrega diltiazem 4 mg/kg/día y alendronato 70 mg a la semana, con respuesta favorable.

CONCLUSIONES: La clínica, los exámenes y la biopsia son compatibles con CC distrófica secundaria a dermatomiositis. Ésta afecta a un 20%-30% de los pacientes con dermatomiositis. El diagnóstico se basa en la clínica y exámenes de laboratorio. Actualmente aún no hay consenso sobre su tratamiento.

Palabras clave: Calcinosis, Dermatomiositis, Enfermedades de la Piel

DERMATOFIBROMA HEMOSIDERÓTICO, UN GRAN SIMULADOR POCO FRECUENTE

Alexis David Ramos Arias, Felipe Andrés Kramer Espinoza, José Miguel Massardo Echeverría, Dr. Eduardo Hermosilla Bravo
Servicio de Dermatología, Hospital San Pablo, Coquimbo

Resumen

INTRODUCCIÓN

Dermatofibroma (DF) es un tumor benigno común de la piel. Existen distintas variantes clínicas e histopatológicas de DFs en los cuales el diagnóstico de las formas comunes se basa esencialmente en las características clínicas. El DF hemosiderótico es una variante atípica y rara de DF, el cual puede ser clínicamente indistinguible de un melanoma.

PRESENTACIÓN CASO

Paciente sexo femenino de 64 años, sin antecedentes médicos, consulta por lesión asintomática en dorso del pie derecho, de 1 año de evolución, con aumento de volumen progresivo durante los últimos 6 meses.

Al examen físico se evidencia una pápula de consistencia dura, color gris azulada. Al examen dermatoscópico solo se observa un patrón azul-grisáceo homogéneo.

EXAMENES

Dado posible diagnóstico de melanoma, se decide realizar biopsia excisional, la que informa: en área dérmica, densa hiperplasia histiocitaria de arquitectura arremolinada. Los histiocitos son de núcleos levemente irregulares. Destaca la presencia frecuente de gránulos de hemosiderina en los citoplasmas histiocitario, compatible con dermatofibroma hemosiderótico.

CONCLUSIÓN

El DF hemosiderótico representa el 2% de todos los DF. Se caracteriza clínicamente por una pápula dura de coloración azul o rojo azulada homogénea, la cual puede presentar estructuras lineales blanco brillantes en su superficie. Su distribución anatómica es similar a la del DF común. Debido a que no existe un patrón dermatoscópico específico para estas lesiones, se requiere estudio histológico para su diagnóstico. Su diagnóstico diferencial incluye: Melanoma, Nevo azul, Tumores vasculares, entre otros, por lo cual es de suma importancia el estudio histopatológico de la lesión.

Palabras clave: Histiocitoma Fibroso Benigno, Neoplasias de Tejido Conjuntivo, Diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE PANARTERITIS NODOSA VARIANTE CUTÁNEA, REPORTE DE UN CASO.

Pamela Parra Ayres, Claudio Ñanco Meléndez, María Josefina Razazi Fuenzalida, Dr. Daniel Fernández Rosso.

Centro Médico Sodein, Servicio De Dermatología, Universidad De Los Andes.

Resumen

Introducción: La panarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrotizante de vasos de pequeño y mediano calibre, con una prevalencia estimada de 31 casos por millón. Presenta una forma cutánea y una sistémica, siendo la primera limitada a la piel, representando el 4% de las PAN. Su condición es benigna y se manifiesta por nódulos eritematosos en cara anterior de ambas piernas. Dada la posible progresión a la variante sistémica, requiere seguimiento.

Información Clínica Relevante: Paciente femenino de 42 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 1 año de evolución de nódulos recurrentes dolorosos y ulcerados en extremidades inferiores. Refiere artralgiás ocasionales, sin fiebre u otros síntomas. Al examen físico presenta en ambas piernas nódulos violáceos sensibles de 3 centímetros con ulceración discreta. Además, muslos con aspecto de cutis marmorata.

Exámenes: Se sospecha cuadro de origen vascular, por lo cual se realiza estudio infeccioso, inflamatorio y neoplásico, resultando sin hallazgos. Biopsia informa vasculitis de vasos medianos y profundos asociados a paniculitis septal y lobulillar. En base a historia, estudio y biopsia compatible, se diagnostica panarteritis nodosa cutánea. Se inicia tratamiento con metotrexato oral 15 mg semanal, evolucionando en buenas condiciones generales y con regresión de lesiones.

Conclusiones: Entre el 10 al 70% de las PAN cutáneas pueden evolucionar a sistémicas, cursando con compromiso visceral y siendo de peor pronóstico. Ante la sospecha clínica de esta patología se hace fundamental el estudio, manejo precoz y seguimiento, con el fin de evitar el deterioro clínico del paciente.

Palabras clave: Palabras clave: Poliarteritis nudosa, vasculitis, paniculitis.

DONOVANOSIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN ÚLCERO-GRANULOMATOSA EN PACIENTE VIH: REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE CASO

Claus Ogrodnik Berroeta, Felipe Navarrete Fajardo, Cristian León, Marianne Gosch, Aníbal Hurtado
Hospital del Salvador, Servicio de Dermatología. Universidad de Chile.

Resumen

La donovanosis, o granuloma inguinal, corresponde a una enfermedad de transmisión sexual (ETS), producida por la *Klebsiella Granulomatis*, con baja prevalencia a nivel nacional, encontrándose solo casos aislados en la literatura.

Se manifiesta como una lesión ulcerosa perineal dolorosa, que puede asociarse a la presencia de granulomas subcutáneos. De difícil diagnóstico, requiere microscopía de luz o biopsia para su confirmación. Su asociación con otras ETS es incierta, salvo en el caso del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el cual presenta un curso más agresivo.

A continuación se presenta el caso de una paciente de 43 años con inmunodeficiencia secundaria en tratamiento antiretroviral (TARV), que se presenta con úlceras dolorosas en región genital. Estudio positivo para HSV 1 y 2, y coinfección bacteriana múltiple, se inicia tratamiento correspondiente sin lograr disminuir tamaño de lesiones. Se realiza frotis donde se observan cuerpos de donovan, encontrándose hallazgos compatibles en biopsia de lesión, por lo que se inicia doxiciclina logrando remisión completa de lesiones.

Palabras clave: Donovanosis, Granuloma Inguinal, *Klebsiella Granulomatis*

NEVUS COMEDONICUS COMO MANIFESTACIÓN DE DERMATOSIS LINEAL, REPORTE DE UN CASO.

Claudio Ñanco Meléndez, Pamela Parra Ayres, Nikolaus Vivallo, Dr. Daniel Fernández Rosso.

Centro Médico Sodein, Servicio de Dermatología, Universidad De Los Andes.

Resumen

Introducción: El nevus comedonicus es un nevo epidérmico causado por defectos en el desarrollo del folículo piloso, formando lesiones semejantes a comedones distribuidos de forma lineal en un patrón de panal de abejas, siendo su prevalencia estimada en 12 casos por cada cien mil biopsias. Si bien su importancia es principalmente estética, su asociación con anomalías esqueléticas, neurológicas e incluso carcinoma de células escamosas, requiere buscarlas dirigidamente.

Información Clínica Relevante: Paciente masculino de 17 años, sin antecedentes médicos, consulta por presentar desde su infancia lesiones agrupadas en cuello descritas como "poros dilatados" evolucionando durante su adolescencia a pápulas inflamatorias. No refiere fiebre, dolor, prurito u otros síntomas. Al examen físico de región cervical derecha presenta comedones abiertos rodeados de pápulas y pústulas aisladas. Además, se observan áreas cicatriciales en patrón de panal de abeja.

Exámenes: No se realizan exámenes o estudio anatomopatológico. En base a historia y clínica sugerente se diagnostica nevo comedoniano. Se inicia tratamiento tópico con tretinoína asociado a eritromicina. Tras tres meses de terapia, se aprecia mejoría clínica con reducción de tamaño de lesiones.

Conclusiones: Dentro de las dermatosis lineales se encuentra el nevus comedonicus, siendo su distribución en panal de abejas y lesiones en forma de comedón las claves del diagnóstico, para lo cual no es necesario efectuar biopsia. Su tratamiento es principalmente tópico, no obstante, la resección quirúrgica es considerada ante cuadros refractarios, sospecha de síndromes neurológicos o neoplasias, resultando fundamental el control anual con dermatólogo.

Palabras clave: Palabras claves: Nevo, Folículo piloso, Carcinoma de células escamosas.

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA GENERALIZADA, REPORTE DE UN CASO

Ariela Valentina Herrera Leighton, Eliseo Andrés Fuentes Fonca, Esteban Alejandro Fuentes Fonca, Fernando Valenzuela Ahumada
Servicio de dermatología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA), corresponde a una reacción adversa medicamentosa (RAM) severa, con incidencia de 1-5 persona por 1.000.000 habitantes. Se caracteriza por pústulas estériles no confluentes que se desarrollan entre 24-72hrs, con una resolución espontánea en 2 semanas tras retirar la noxa.

Descripción del caso: Mujer de 53 años, chilena, con diabetes, hipotiroidismo y esclerodermia. Consulta en urgencia, tras 48hrs de desarrollo de pústulas y vesículas eritematosas generalizadas y 38°C; encontrándose en su tercer día de tratamiento con Azitromicina, Nastizol e Ibuprofeno por bronquitis aguda. Al ingreso se observó pústulas en cabeza de alfiler no confluentes generalizadas con base eritematosas y vesículas dorsolumbares; destacó leucocitosis 21.160, hipereosinofilia 12% y proteína C reactiva 171. Hospitalizándose por sospecha de RAM severa, evaluado por dermatología se suspenden fármacos; por sospecha de PEGA se realiza biopsia de lesiones y se inició corticoides tópicos con pobre respuesta. Se descarta reacción farmacológica eosinofílica con síntomas sistémicos (DRESS) con exámenes de laboratorio y tomografía computarizada de tórax-abdomen-pelvis, e infecciosos. Resultado histopatológico: dermatitis psoriasiforme pústular, perivascular superficial eosinofílica, compatible con PEGA; iniciando hidrocortisona 100mg cada 8hrs, desapareciendo las lesiones en 72hrs.

Conclusión: La PEGA se origina por fármacos en el 90%, principalmente por antibióticos (betalactámicos y macrólidos); principales responsables de las RAM severas. Se han reportado numerosos casos con transposición de RAM severas, entre estos PEGA con necrólisis epidérmica tóxica o DRESS, debiéndose indicar oportunamente la discontinuación de fármacos, iniciar medidas de sostén, más corticoterapia o inmunosupresión según cada caso.

Palabras clave: Pustulosis exantemática generalizada aguda, reacción adversa medicamentosa, corticoterapia

USO DE TOFACITINIB COMO MANEJO PARA ALOPECIA AREATA, PRIMER REPORTE CHILENO.

Claudio Ñanco Meléndez, Pamela Parra Ayres, Dr. Felipe Mardones Valdivieso.
Clínica Universidad De Los Andes, Servicio de Dermatología, Universidad De Los Andes.

Resumen

Introducción: La alopecia areata es un desorden autoinmune caracterizado por pérdida de cabello sin desarrollo de cicatriz, afectando a un 2% de la población mundial. Su tratamiento es muchas veces insatisfactorio, siendo la aparición de inhibidores de tirosina quinasas, como el tofacitinib, una prometedora esperanza para aquellos pacientes. A continuación, se presenta el primer reporte de caso chileno sobre el uso de este medicamento.

Información Clínica Relevante: Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes. Consulta en servicio de dermatología de “Clínica Universidad De Lo Andes” por cuadro de un año de evolución de múltiples parches alopecicos en tercio medio de ceja derecha y zona de la barba. Al examen físico sin nuevos hallazgos.

Se diagnostica alopecia areata multifocal, manejándose con betametasona tópica y minoxidil al 5%. Tras tres meses de tratamiento, cuadro persiste sin mejoría.

Exámenes: Se realiza estudio de laboratorio con pruebas tiroideas, hemograma y perfil hepático, resultando todos sin hallazgos. Ante falla de tratamiento convencional, se decide iniciar tofacitinib cada 12 horas vía oral.

Tres meses posteriores al inicio de tratamiento paciente presenta recuperación de vello, además de exámenes de control dentro de valores normales.

Conclusiones: El uso de tofacitinib se fundamenta en la inhibición de tirosina quinasas, disminuyendo así la destrucción de folículos pilosos. Dentro de sus efectos adversos, si bien infrecuentes, destaca pancitopenia y alteraciones hepáticas, siendo fundamental su control trimestral. Es por estas razones que resulta una prometedora esperanza ante cuadros refractarios a tratamiento convencional, siendo aún necesario mayores estudios en la población chilena.

Palabras clave: Alopecia Areata, Minoxidil, Terapéutica.

ABSCESO RENAL EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Diego González Culi, Matias Gárate González, Sebastián Fourniés Aracena, Dr. Pablo Delgado Zambrano

Obstetricia y Ginecología, Hospital San Juan de Dios, Campus Occidente, Universidad de Chile

Resumen

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son frecuentes durante el embarazo, alrededor de un 10 a un 15% de las gestantes lo desarrollarán, complicándose el 1 a 2% de las veces en una pielonefritis aguda. Sin embargo, el desarrollo de abscesos renales es inhabitual. El principal factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad en el embarazo es la litiasis renal, presente entre un 20 a 60% de los casos.

El presente trabajo reporta el caso de una paciente de 22 años, primigesta, cursando embarazo de 35+2 semanas, con un cuadro de 2 días de evolución de dolor lumbar izquierdo, asociado a compromiso del estado general, vómitos y síntomas urinarios bajos. Se ingresa al servicio, recibiendo terapia antibiótica endovenosa, con escasa respuesta, persistiendo con dolor y taquicardia. Se realiza ecografía renal que informa: “lesión quística de 55 mm en parénquima renal izquierdo”. Se complementa estudio con resonancia nuclear magnética de abdomen que arroja: “Riñón izquierdo con colección líquida heterogénea que restringe en difusión, de 42 x 35 x 48 mm, con vaciamiento parcial al espacio perirrenal, con compromiso inflamatorio de los planos musculares, contiguos”, por lo que se plantea el diagnóstico de absceso renal. Se ajusta tratamiento endovenoso por 2 semanas y luego se realiza traslape oral para completar 6 semanas de manejo. Se destaca lo infrecuente de esta complicación en las ITU durante el embarazo, haciendo énfasis en el nivel de sospecha de esta, a modo de favorecer el pronóstico materno-fetal.

Palabras clave: Absceso renal – Embarazo – Resonancia magnética

ANEMIA FALCIFORME Y CRISIS HEMOLÍTICA DURANTE EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Manuel Castro Valderrama, Juan López Olea, Felipe Echeverría Progulakis.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco-Trudeau, Facultad de Medicina Sur Universidad de Chile.

Resumen

Durante el embarazo se produce un incremento del volumen plasmático, con un consiguiente aumento (insuficiente) de la masa eritrocitaria. Esta, asociada a la deficiencia de hierro por requerimientos aumentados, son las principales causa de anemia en la mujer embarazada, cuadro muy frecuente. En este trabajo desarrollaremos otro tipo de anemia en el contexto obstétrico: la anemia falciforme. Clásicamente en nuestra población se trataba de una patología extremadamente rara, que con el incremento de la inmigración se ha vuelto cada vez más frecuente y por lo mismo cuyo dominio es fundamental. El caso en cuestión es el de una paciente de 23 años, primigesta, cursando con un embarazo de 19 semanas al ingreso a nuestra unidad, derivada desde atención primaria por una anemia severa luego de consultar por fatiga e ictericia. Al ingreso se realizó un hemograma por hematología, en el que se describió una hemoglobina de 4,9 con un hematocrito de 14,5% (VCM 102.4, HCM 34.8, CHCM 33.9), sin compromiso de otras series y con un frotis en el que destaca macrocitosis, depanocitos, codocitos, megalocitos y 62 eritroblastos en 100 células, concluyéndose una probable anemia falciforme (posteriormente confirmada con electroforesis de hemoglobina) y un síndrome hemolítico severo. En contexto de una paciente de alto riesgo obstétrico, el manejo fue multidisciplinario, con evaluaciones seriadas por ginecología, hematología y medicina intensiva, intentándose mantener un hematocrito dentro de rangos que permitieran la viabilidad del embarazo y al mismo tiempo intentando evitar dentro de lo posible transfusiones que pudieran desencadenar una nueva crisis hemolítica.

Palabras clave: Anemia hemolítica, Crisis hemolítica, Embarazo.

ENDOMETRIOSIS PROFUNDA, MANEJO MULTIDISCIPLINARIO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fariña Galleguillos Ricardo, Mandujano Muñoz Álvaro, Ramírez Hidalgo Antonio, Dr. Urzúa Correa Miguel
Hospital clínico Universidad Católica. Servicio de medicina interna. Facultad de medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

INTRODUCCIÓN: Endometriosis es una condición en que se encuentra proliferación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Su localización más frecuente es la cavidad pélvica, dentro de las clasificaciones se encuentra la ovárica, peritoneal superficial y peritoneal profunda; siendo esta última cuando se invade el peritoneo > 5 mm. En dicho caso puede haber focos de compromiso en tabique recto vaginal, aparato digestivo y aparato urinario. A continuación se presentará un caso, de endometriosis profunda con extenso compromiso orgánico.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 27 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por dismenorrea de 1 años de evolución asociado a hipermenorrea y disquexia, concordante con la suspensión de anticonceptivos orales. Se realiza estudio imagenológico: Ecografía Transvaginal: endometriosis profunda con compromiso intestinal de sigmoides. Resonancia magnética de pelvis: endometriosis profunda, retro uterina alta, peri sigmoidea y vesical, con compromiso de recto medio y sigmoides distal. Cistoscopia que muestra compresión extrínseca de pared vesical, sin infiltración de mucosa. Colonoscopia que muestra estenosis y angulación infranqueable a 25 cm de margen anal. Se decide manejo con agonistas de GnRh (Luprón) y posteriormente se programa cirugía en conjunto con coloproctología y urología.

CONCLUSIÓN: La endometriosis profunda con compromiso de órganos urinarios y digestivos, corresponde a una variedad infrecuente dentro de las distintas formas de la endometriosis. Por lo cual, un alto índice de sospecha, y el apoyo con imágenes, resulta clave en el diagnóstico. Posteriormente, una vez establecido, es necesario una adecuada planificación del tratamiento, el cual puede requerir de cirugías de gran complejidad, donde el manejo multidisciplinario es fundamental.

Palabras clave: endometriosis profunda, manejo multidisciplinario, cirugía

FETOSCOPIA Y FOTOCOAGULACION CON LÁSER COMO RESOLUCIÓN DE SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO-FETAL

Matías Ávila Fernández, Katalin Baksai Lopez, Arturo Farias Rojas, Dr. Gonzalo Rubio Schweizer

Hospital San José, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago de Chile

Resumen

Introducción:

El Síndrome de Transfusión feto-fetal (STFF) se caracteriza por anastomosis vasculares placentarias en los embarazos gemelares monocoriales. Afecta entre el 10 - 15% de los embarazos múltiples y tiene la mortalidad perinatal más alta de las patologías obstétricas. El diagnóstico y seguimiento ecográfico debe realizarse a partir de las 18 semanas de gestación. El tratamiento de elección es la fotocoagulación con láser de las anastomosis mediante fetoscopia.

Presentación del Caso:

Paciente con embarazo gemelar monocorial-biamniótico de 23+2 semanas, ingresa a Hospital San José por ecografía de control donde se evidencia Gemelo I (GI) con una estimación del Peso fetal (EPF) 609 gr, polihidramnios moderado, vejiga presente. Gemelo II (GII), EPF 433 gr, oligohidramnios, vejiga ausente, peak sistólico Arteria Cerebral Media (ACM) disminuido (23 cm/s), flujo diastólico cero en Arteria Umbilical, vasodilatación ACM. Se diagnostica STFF etapa III por lo que se fotocoagulan 11 comunicaciones Arterio-venosas. Posteriormente en ecografía de control se evidencia en GI Doppler normal, vejiga presente, Bolsillo vertical máximo (BVM:7 cm), EPF 783 gr. GII vejiga presente, BVM 2,5 cm, EPF 502 gr, Doppler normal. La paciente es dada de alta con controles ambulatorios.

Discusión:

El embarazo gemelar conlleva un elevado riesgo de morbimortalidad materna y perinatal, aquellos que cursan con STFF requieren una atención rigurosa e integral para mejorar el pronóstico de los fetos. La fotocoagulación con láser es la herramienta terapéutica por excelencia, debido a que actúa sobre el determinante anatómico del síndrome y la incidencia de secuelas neurológicas es menor comparado con otros tratamientos.

Palabras clave: Fetoscopia Laser, Síndrome de transfusión feto-fetal, tratamiento intrauterino

FIEBRE PUERPERAL POR NECROSIS DE MIOMA UTERINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Enrique Larraín Compagnon, Anais Tampier Cotorás, Dafna Cermenati Bitrán, Giovanna Gennero Riganti

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Universidad de Chile

Resumen

Las complicaciones de un mioma uterino pueden ocurrir no sólo durante el embarazo y el trabajo de parto, sino también en el puerperio. Su frecuencia se estima entre un 1-3%.

La necrosis aséptica o séptica como complicación en el puerperio es excepcional, pero cuando aparece debe tratarse.

Presentamos un caso de esta complicación, exponiendo el manejo clínico y quirúrgico.

Paciente de 39 años, múltipara de 3, puérpera de cesárea por presentación podálica, con antecedente de mioma uterino gigante. Durante postparto en Hospital Clínico de la Universidad de Chile evoluciona con fiebre de hasta 38°C. Se pesquisa infección urinaria, se trata y se indica el alta.

Consulta a los 9 días post-cesárea por persistencia de fiebre, sin otros síntomas asociados. Se hospitaliza y se inicia terapia antibiótica empírica, pero permanece febril y con parámetros inflamatorios al alza.

Se realizan exámenes en búsqueda de foco infeccioso, (ecografía transvaginal, ecocardiograma transtorácico y tomografía computada (TC) de tórax) todos negativos. Se solicita TC de abdomen y pelvis que describe necrosis central del mioma. Se decide realizar histerectomía, evidenciando mioma de 4200 gramos con signos de degeneración.

Evoluciona afebril y con disminución de parámetros inflamatorios.

De este caso podemos destacar que, aunque la fiebre puerperal secundaria a complicación de miomas uterinos es poco frecuente, se debe considerar y estudiar dirigidamente, para evitar un cuadro febril prolongado y uso excesivo de antibióticos en un cuadro cuya resolución es quirúrgica.

Palabras clave: Puerperio, Fiebre, Mioma

GIGANTOMASTIA GESTACIONAL: REPORTE DE UN CASO

Laura Pérez Lucero, Luis Vargas Atton, Constanza Leiva Gómez, Dra. Catalina Fernández Pérez

Servicio de Ginecología, Hospital Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile

Resumen

La gigantomastia gestacional constituye una alteración infrecuente, caracterizada por el crecimiento difuso, extremo e incapacitante de una o ambas mamas durante el embarazo. Tiene una incidencia variable desde 1 en 100.000 a 1 en 28.000 embarazos. Se describe su desarrollo de forma rápida durante el embarazo y recurrencia en embarazos posteriores.

Presentamos el caso de una mujer con una recurrencia de gigantomastia gestacional bilateral durante el curso de su segundo embarazo. Paciente femenina de 24 años, secundigesta. Sin antecedentes familiares conocidos. Durante su primer embarazo presentó crecimiento de forma abrupta de ambas mamas, diagnosticándose gigantomastia gestacional. El crecimiento del tejido no regresó en el periodo post parto, por lo que se realizó cirugía reductora mamaria, con buenos resultados. Durante su segundo embarazo evolucionó nuevamente con el mismo cuadro, esta vez complicado con 2 úlceras de 1 cm cada una en mama izquierda, no infectadas, sangrantes. Se indica hospitalización dada complicación hemorrágica. Posteriormente inicia controles en Hospital Luis Tisné y tratamiento con Cabergolina 0,5 mg a la semana por 16 semanas, sin reducción del tejido ni detención del crecimiento mamario. Al laboratorio destaca Hemoglobina 11,4 mg/dl, Prolactina 215 mIU/L, Estradiol 6.196.900 pmol/L, BHCG 12.244 mUI/ml.

La gigantomastia asociada al embarazo es una entidad clínica muy poco frecuente, de causa desconocida y sin tratamiento probado. Además de constituir un factor generador de problemática emocional y social, existen también múltiples síntomas físicos como dolor, ulceración, infección, alteraciones posturales y dolores lumbares asociados, que pueden afectar tanto a la madre como al feto.

Palabras clave: gigantomastia, gestacional, embarazo

LEIOMIOMA COMO SIMULADOR DE NEOPLASIA MALIGNA UTERINA: REPORTE DE UN CASO.

Javiera Miranda Maldonado, Macarena Brito Donoso, Dr. Roberto Altamirano Assad.
Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile,
Campus Centro

Resumen

Introducción

El cáncer de mama puede originar de forma muy excepcional metástasis en órganos genitales. Estas suelen presentarse de forma asintomática siendo su diagnóstico generalmente tardío. En el estudio de la enfermedad diseminada la tomografía de emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa asociada a la tomografía computada (FDG PET/CT) juega un rol importante, sin embargo presenta limitantes al momento de diferenciar entre lesiones secundarias, primarias y neoplasias benignas que pueden tener elevada captación de fluorodeoxiglucosa. El diagnóstico de certeza solo pueden realizarse mediante el estudio anatomopatológico.

Presentación del caso

Paciente de 49 años, sin antecedentes mórbidos previos, con diagnóstico reciente de cáncer de mama izquierdo. Durante etapificación de primario de mama se FDG PET/CT, que informa masa sólida hipermetabólica en fondo uterino que podría corresponder a mioma atípico pero que no descarta primario de mayor agresividad (sarcoma). Se solicita ecografía transvaginal que informa mioma subseroso con signos de degeneración. Se presenta caso en comité oncológico y se decide realizar histerectomía (HT) más salpingooforectomía bilateral (SOB) para descartar metástasis de mama en útero versus probable primario. Biopsia diferida informa proliferación de tejido muscular compatible con leiomioma.

Discusión

Actualmente existen varias indicaciones para el estudio con FDG PET/CT en neoplasias ginecológicas. Aunque su sensibilidad es relativamente alta, es importante recordar que una captación elevada no es específica de malignidad. Existe una superposición en las características al FDG PET/CT entre los leiomiomas degenerados y los sarcomas uterinos, no siendo posible diferenciarlos de forma fiable mediante este examen, lo que representa un desafío para su manejo.

Palabras clave: falso positivo, sarcoma uterino, leiomioma.

MAPEO DE GANGLIO CENTINELA PARA LA ETAPIFICACIÓN DE CÁNCER ENDOMETRIAL. REPORTE DE UN CASO.

Macarena Brito Donoso, Javiera Miranda Maldonado, Dr. Roberto Altamirano Assad.
Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile,
Campus Centro

Resumen

Introducción

La mayoría de los casos de cáncer endometrial se diagnostican precozmente, siendo la etapificación quirúrgica el factor pronóstico más importante. Pese a que la tasa de metástasis es baja y el pronóstico excelente, el tratamiento estándar todavía incluye una linfadenectomía pélvica y paraaórtica completa o selectiva, lo que resulta en un tiempo de operación prolongado, mayor costo y posibles efectos secundarios. La biopsia de ganglio centinela (GC), puede ser una estrategia quirúrgica aceptable en estas pacientes.

Presentación del caso

Paciente de 47 años, multipara de 1, diabética, hipertensa e hipotiroidea. Por historia de 1 año de sangrado genital es derivada a ginecología del Hospital San Borja Arriarán, donde se realiza biopsia endometrial por histeroscopia, diagnosticándose Adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado G2. Se realiza histerectomía total y salpingooforectomía bilateral más ganglio centinela, negativo para neoplasia en biopsia rápida. Paciente es dada de alta 48 hrs post cirugía, en buenas condiciones generales. Biopsia operatoria diferida confirma diagnóstico inicial, etapificándose finalmente en etapa FIGO IA.

Discusión y Conclusión:

El mapeo de GC se basa en que la linfa drena ordenadamente a través del sistema linfático, por lo tanto si éste es negativo para metástasis, los siguientes también deberían serlo. El uso de GC en la etapificación del cáncer endometrial inicial, como el caso expuesto, ha demostrado resultados similares a los observados con el uso de linfadenectomía pélvica y paraaórtica, con menor morbilidad postoperatoria y sin detrimento en el pronóstico. Surgiendo como una nueva y mejor alternativa para el manejo de estas pacientes, incluso evaluándose su potencial uso en etapas avanzadas.

Palabras clave: Cáncer de endometrio, linfonodo centinela, etapificación tumoral.

METRORRAGIA PUERPERAL COMO MANIFESTACIÓN DE UNA MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marión Hevia Yarur, Pedro Pablo Copaja Morales, Francisca Gallardo Molina, Dr. Francisco Díaz de Valdés Chamblas
Hospital El Carmen de Maipú, servicio de Ginecología y obstetricia. Universidad Finis Terrae

Resumen

INTRODUCCIÓN:

La malformación arteriovenosa uterina (MAVU), es una causa poco frecuente de sangrado uterino anormal (SUA), cuya incidencia es desconocida y la edad promedio de manifestación: 30 años. Se clasifican en congénitas y adquiridas, siendo importante considerar el adenocarcinoma endometrial y la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG). La ecotomografía transvaginal (ETV) doppler será el método diagnóstico de elección.

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Paciente sexo femenino, 28 años, sin antecedentes mórbidos, púerpera de 8 días de recién nacido de término, por parto vaginal sin complicaciones. Consulta por metrorragia de una hora de evolución, moderada, asociado a palpitations. Niega fiebre, dolor, loquios de mal olor, relaciones sexuales recientes o uso de fármacos.

Al examen físico, destaca: taquicardia, piel y mucosas pálidas, abdomen blando y útero infraumbilical. Genitales: pérdidas hemáticas escasas, sin mal olor. ETV de ingreso: endometrio de 40 mm hipervascularizado. Debido a hallazgos se solicita Hemograma y pruebas de coagulación, destacando, hemoglobina: 10.8 g/dL. Indicándose bolo de suero fisiológico 0.9% 500 mL, Methergin y legrado uterino. Sin embargo, ETV doppler de control, informa: Malformación arterio-venosa adquirida- hipervascularización miometrial transitoria y endometrio de 9.6 mm mal delimitado. Por lo cual, se suspende el legrado uterino y se solicita curva con subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (BHCG).

CONCLUSION

Las MAVU adquiridas, tienen múltiples causas. Por lo cual ante su sospecha, es importante la medición de BHCG para descartar un proceso gestacional o ETG. En cuanto al tratamiento dependerá de la clínica y estado hemodinámico, siendo la embolización de la arteria uterina la más utilizada.

Palabras clave: Metrorragia, malformaciones vasculares, embolización de la arteria uterina

MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO MEDICADO CON LEVONORGESTREL A CAVIDAD ABDOMINAL Y METRORRAGIA. REPORTE DE CASO.

Valentina Brito Ortiz, Isidora Aleuanlli Vidal, Dr Manuel Donoso Ossa
Clínica Universidad de los Andes, Ginecología, Universidad de los Andes

Resumen

Introducción:

Los dispositivos intrauterinos (DIU) medicados con levonorgestrel pueden presentar complicaciones, entre ellas, la perforación uterina con prevalencia de 1-13/1000 procedimientos, la mayoría asintomáticas. La migración a ovario es infrecuente, y se describen como manifestaciones el dolor abdominal crónico y dispareunia. Se presenta el caso de una paciente con migración de DIU medicado a ovario manifestado con irregularidades menstruales y metrorragia.

Información clínica relevante:

Mujer 34 años, usuaria de DIU medicado con levonorgestrel desde 2015. Tras la inserción presentó múltiples episodios de metrorragia intermitente.

Descripciones imagenológicas: El 2016 solicitó el retiro del DIU, que no se evidenciaba en cavidad uterina en la ecografía transvaginal. Tomografía computada (TC) abdomen y pelvis evidencia DIU migrado a cavidad pelviana adyacente a anexo izquierdo. Evaluada por tres ginecólogos, se recomendó no retirarlo. Dado persistencia de síntomas consulta en abril 2018 en Clínica Universidad de los Andes. Nuevo TC abdomen y pelvis muestra DIU en misma localización. Se realiza extracción del DIU vía laparoscópica, encontrándolo en cavidad abdominal adyacente al ovario izquierdo. Evoluciona en buenas condiciones, con recuperación de ciclos menstruales, sin episodios de sangrado.

Conclusión:

Los DIU medicados con levonorgestrel se asocian a irregularidades menstruales, con un patrón característico donde 90% de las pacientes al año de inserción presentan amenorrea/hipomenorrea. La paciente presentó durante 3 años irregularidades menstruales, lo que hizo sospechar una complicación, encontrando el DIU migrado a cavidad abdominal. Las irregularidades menstruales persistentes en pacientes con DIU medicado deben hacer sospechar complicaciones, siendo la migración del DIU a cavidad pelviana una posibilidad.

Palabras clave: Dispositivo intrauterino medicado, perforación uterina, metrorragia.

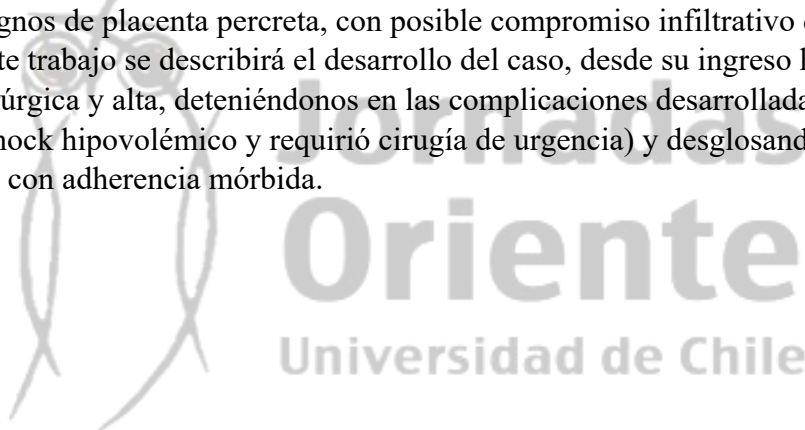
PLACENTACIÓN CON ADHERENCIA MÓRBIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Echeverría Progulakis, Oscar Escobar Bravo, Manuel Castro Valderrama
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco-Trudeau, Facultad de Medicina Sur Universidad de Chile.

Resumen

Se define placentación con adherencia mórbida como la penetración de las vellosidades placentarias en el útero en distintos grados. En el caso clínico descrito, profundizaremos en la patología y sus distintos grados (acretismo, incretismo y percretismo) a través de la descripción de un caso ocurrido en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Barros Luco-Trudeau.

El caso en cuestión trata de una paciente de 46 años, múltipara de 3 (triple cesarizada) que consultó por dolor abdominal hipogástrico asociado a metrorragia de moderada cuantía, en contexto de un embarazo de 15+4 semanas. Por la ecografía en el servicio de urgencias se sospechó cierto grado de placentación anormal, decidiéndose la realización de una resonancia magnética, la cual fue informada con “hallazgos concordantes con placentación anormal con signos de placenta percreta, con posible compromiso infiltrativo de la pared vesical”. En este trabajo se describirá el desarrollo del caso, desde su ingreso hasta su resolución quirúrgica y alta, deteniéndonos en las complicaciones desarrolladas (la paciente cursó con un shock hipovolémico y requirió cirugía de urgencia) y desglosando el tema de la placentación con adherencia mórbida.



Palabras clave: Placenta acreta, Placenta increta, Placenta percreta.

SÍNDROME DE BODY STALK: REPORTE DE UN CASO

Aracelli Peralta Zúñiga, Víctor Ramírez Vergara, Dra. Javiera Valdivieso Razeto
Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Body Stalk tiene una prevalencia de 0.4-3.2 por 100.000 nacidos vivos y mortinatos. Corresponde a un defecto de la pared toracoabdominal caracterizado por la ausencia del cierre correcto del disco germinal en la sexta semana de gestación, generando la protrusión de órganos contenidos en un saco de membrana amniótica adherida a la placenta, entre otras anomalías. Dado la magnitud de las malformaciones, presenta mal pronóstico y un manejo complejo.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 37 años, múltipara de 2, con 3 abortos previos, cursando embarazo de 31+4 semanas con diagnóstico de síndrome de Body Stalk. Su última ecografía informaba una gesta única viva de 29+4 semanas, con latidos cardíofetales presentes y movimientos fetales presentes. Describía pared abdominal con anomalía del pedículo embrionario; columna vertebral corta con desviación cifósica y escoliosis importante; intestino, estómago e hígado fuera de la cavidad abdominal, rodeado por membrana; hipoplasia pulmonar, y tórax ocupado casi exclusivamente por corazón. Consulta en Urgencias por pérdida de líquido por genitales. Posterior al examen físico y estudio, se decide realizar cesárea, durante la cual se encuentra líquido amniótico con meconio. La extracción fue dificultosa pero sin incidentes, dando como resultado perinatal un recién nacido de pretérmino masculino, pesando 1633 grs, en gasping, con malformaciones descritas. Fallece a los 5 minutos.

CONCLUSIONES: La anomalía de Body Stalk es considerada letal dado la gravedad de las malformaciones asociadas. El manejo corresponde frecuentemente a la interrupción del embarazo, ya que el grado de compromiso hace improbable una cirugía correctiva.

Palabras clave: anomalías congénitas, anomalías múltiples, muerte perinatal

TBC PLEURAL EN EMBARAZADA HATIANA DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN

Sebastián Espinoza Ravanales, Matías Harmat Vergara, Gonzalo Valdés Alonzo, Dra. Catalina Fernández

Univesidad del Desarrollo-Hospital Padre Hurtado

Resumen

Tuberculosis es una enfermedad transmisible, correspondiendo a la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas a nivel mundial. En Chile, desde el año 2004 se ha observado una reducción de incidencia de 2.3% anual de casos de tuberculosis, siendo en mujeres mayor la incidencia entre los 25-34 años de edad, es decir en pleno período fértil. Se presenta el caso de una mujer Hatiana de 30 años, inmigrante hace 2 años, cursando embarazo de 33 semanas, diabetes gestacional no insulino requeriente y viviendo en buenas condiciones sanitarias. Consulta en servicio de urgencia de maternidad por cuadro de 1 mes de tos con expectoración mucopurulenta, dolor pleurítico en hemitórax izquierdo y sensación febril, sin baja de peso asociada ni diaforesis nocturna. Al examen físico destaca murmullo pulmonar abolido en base izquierda sin apremio respiratorio. Laboratorio de ingreso destaca leve elevación de PCR (34), Inmunofluorescencia viral negativa e IgM (-) Mycoplasma, 2 baciloscopías negativas. Radiografía evidencia derrame pleural izquierdo que impresiona loculado, puncionado bajo visión ecográfica, se evidencia líquido de aspecto ligeramente turbio, LDH 741 con 9.760 células predominio 90% Mononucleares, con ADA y genXPERT pendientes. Dado el riesgo y la probabilidad de TBC pleural, se inicia tratamiento empírico antituberculoso.

El aumento de población migrante en los últimos años presenta un desafío a la salud pública de nuestro país, al aumentar la población susceptible a enfermedades de carácter infeccioso que han logrado ser parcialmente controlada en los últimos años, gracias a los esquemas de prevención primaria universales.

Palabras clave: Tuberculosis, embarazada, inmigrante

ABSCESO CEREBRAL COMPLICADO CON PIOVENTRÍCULO POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS: REPORTE DE UN CASO

Víctor Ramírez Vergara, Aracelli Peralta Zúñiga, Dr. Enrique Hess Michelini
Hospital Militar de Santiago, Universidad de los Andes

Resumen

INTRODUCCIÓN: Los abscesos cerebrales son infrecuentes, teniendo una prevalencia de 4 a 11 por millón de habitantes. La clínica puede ser inicialmente variada y poco orientadora. Presenta una tasa de mortalidad de 22-53%, que se reduce a menos del 20% con tratamiento adecuado. La asociación con pioventrículo la eleva a 80-100%.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Consultó al Servicio de Urgencias (SU) por cuadro de 14 días de evolución de compromiso del estado general, cefalea, vómitos, diarrea, dolor lumbar y fiebre hasta 39°C. Al examen neurológico se encontraba inicialmente sin focalidad, pero presentó disminución de Glasgow de 15 a 13. Se realizó una tomografía computada (TC) de cerebro, que mostró una masa intraaxial temporal derecha. Al laboratorio destacó proteína C reactiva de 23,8 mg/L, y leucocitos de 15.500 K/uL con 91,8% de polimorfonucleares. Se realizó una resonancia magnética (RNM) que mostró rotura del absceso hacia los ventrículos, formándose un pioventrículo. Se realizó craneotomía con derivación ventricular externa más aseo. Se inició tratamiento antibiótico, ajustado al aislar *Streptococcus intermedius*. Posteriormente, se descubre que dos semanas previas al cuadro, la paciente habría presentado gingivitis.

CONCLUSIONES: La clínica inespecífica del cuadro supone un desafío, ya que el compromiso neurológico es infrecuente. La TC es un correcto examen diagnóstico inicial, pero se recomienda realizar una RNM para caracterizar los hallazgos y descartar diagnósticos diferenciales, principalmente neoplasia. Los focos dentales corresponden al 6,7-10% de las causas, lo que es concordante con el aislamiento de *Streptococcus intermedius*.

Palabras clave: absceso cerebral, ventriculitis cerebral, procedimientos neuroquirúrgicos

PARAGANGLIOMA DEL CONO MEDULAR: UN TUMOR ESPINAL INFRECUENTE

Kuschel Rietzsch Cristina, Miranda-Merchak Andrés, Camelio Rodríguez Salvador
Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Resonancia Magnética, Facultad de Medicina,
Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: Los tumores intrarraquídeos en relación al cono medular son infrecuentes, siendo los más típicos el ependimoma mixopapilar, schwannoma y meningioma. El paraganglioma del cono medular es extremadamente raro y suele presentarse con síntomas inespecíficos y secreción de catecolaminas.

INFORMACION CLINICA RELEVANTE: Paciente sexo masculino de 50 años consulta por dolor lumbar bajo inespecífico, sin otros síntomas asociados. Examen físico sin hallazgos, sin hipertensión arterial.

EXAMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS

PRINCIPALES: Se realiza resonancia nuclear magnética que demuestra tumor intrarraquídeo en relación al cono medular, hipervascular asociado a la presencia de pequeños vasos de drenaje ingurgitados. Se realizó angiografía espinal complementaria que demostró vascularización a través de rama hipertrófica dependiente de la arteria de Adamkiewicz y posterior drenaje a través de venas perimedulares dilatadas. Se realizó cirugía con diagnóstico preoperatorio de presunta lesión tumoral hipervascular. La anatomía patológica demostró la existencia de un paraganglioma con inmunohistoquímica concordante.

CONCLUSIÓN: Se presenta un caso infrecuente de paraganglioma intrarraquídeo espinal, consultando paciente por dolor lumbar inespecífico.

Palabras clave: Paraganglioma, cono medular, intrarraquídeo

QUISTE COLOIDEO DEL TERCER VENTRÍCULO: REPORTE DE UN CASO

Milenka Sofía Gutiérrez Bastías, Paz Javiera Montero Ruiz, Dr. Cristian Andrés Fernández Puigpinos

Servicio de Neurocirugía, Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción

Resumen

El quiste coloideo del tercer ventrículo (QCTV) es una lesión poco frecuente cuya incidencia es de 3,2 por 100.000 habitantes. Son lesiones benignas de pequeño tamaño, originadas generalmente en la parte anterior del tercer ventrículo; sin embargo pueden provocar obstrucción aguda del drenaje del líquido cefalorraquídeo, hidrocefalia, hipertensión endocraneana y potencial compromiso vital. A continuación se presenta caso para análisis del manejo de QCTV.

Paciente femenino de 24 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en servicio de urgencias por cefalea holocránea de inicio súbito, de tres días de evolución, con mayor intensidad en el día, asociado a intolerancia al ruido, fotopsia, fonopsia, náuseas y vómitos; sin focalidad. Al ingreso se realizó tomografía de cerebro que evidenció dilatación de ventrículos laterales con desviación de la línea media e imagen hiperdensa de 8,79 mm en el tercer ventrículo. Paciente evolucionó con aumento de dolor llegando a su máxima intensidad, a lo cual se agregó desorientación, confusión e incontinencia urinaria, por lo cual se inició tratamiento con opioides con respuesta parcial. Mientras esperaba la cirugía paciente fue encontrada sin vida en su habitación. Autopsia confirmó presencia de QCTV.

La derivación ventrículo-peritoneal es el manejo inicial en pacientes que debutan con hidrocefalia secundaria a QCTV. El quiste puede abordarse por craneotomía vía transcallosal donde se ha reportado eliminación total del quiste en hasta 96% de los casos. Otra vía es la endoscópica, la cual reporta baja morbilidad, aunque se ha asociado a tasas más bajas de resección completa de la pared del quiste.

Palabras clave: Quiste, Coloideo, Tercer ventrículo

DEGENERACIÓN CEREBELOSA COMO MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA PULMONAR.

Valentina Escandar Rivano, Camila García Pasarín, Diego Espinoza Vargas, Dr. Julio Vargas Osses

Servicio de Neurología Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

Resumen

Introducción. La degeneración cerebelosa paraneoplásica (DCP) es un trastorno poco común asociado a cáncer pulmonar, ginecológico, de mamas y linfoma. Se reporta un caso de síndrome pancerebeloso asociado a neoplasia pulmonar, destacando la importancia del estudio de neoplasia oculta en estos casos.

Caso. Mujer de 63 años, sin antecedentes excepto tabaquismo suspendido hace 10 años. Hace 3 años inicia marcha atáxica, con lateropulsiones sistematizadas a derecha, mareos y vértigo ocasionales. Progresivamente agrega desequilibrio, caídas frecuentes y disartria. Al examen físico neurológico destaca disartria escándida, marcha atáxica, dismetría y disdiadococinesia de las 4 extremidades.

Dentro de estudio de síndrome pancerebeloso se solicita tomografía computada (TC) de cerebro y resonancia nuclear magnética (RNM) de cerebro con énfasis en fosa posterior, que evidencia disminución inespecífica del volumen cerebeloso. Estudio reumatológico, serología VIH, VDRL y marcadores tumorales negativos. Niveles de vitamina B12 en rango. Como parte de estudio paraneoplásico se solicita TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste que evidencia neoplasia pulmonar en lóbulo inferior derecho, con invasión bronquial, de aprox. 35 x 46 x 33 mm, que contacta la pleura. Se realiza punción bióptica transtorácica, que informa adenocarcinoma pulmonar de células no pequeñas.

Conclusión. La sintomatología cerebelosa de curso subagudo con atrofia, en una paciente sin cáncer conocido hace perentorio descartar, entre otras causas, una neoplasia subyacente ya que puede ser su primera manifestación clínica, siendo el diagnóstico precoz determinante en el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Síndrome paraneoplásico - Degeneración cerebelosa paraneoplásica-Adenocarcinoma pulmonar.

HEMIBALISMO COMO SECUELA DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: REPORTE DE UN CASO.

Loreto Josefina Pacheco Carrasco, Luis Alberto Durán García, Claudio Javier Pacheco Carrasco, Prudencio Lozano Iragüen
Clínica Dávila, Universidad de los Andes

Resumen

Introducción:

Los trastornos del movimiento son una rara manifestación de un accidente cerebrovascular (ACV), sólo entre 1%-4% de los ACV lo presentan. El síndrome hemicorea-hemibalismo es la secuela más frecuente en este grupo de pacientes. Se ha postulado que la lesión de los ganglios de la base, en particular el núcleo subtalámico, está implicado en su génesis. Reportamos el caso de un paciente debutante con hemicorea-hemibalismo secundario a un ACV.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, previamente asintomático.

Consulta al servicio de urgencia de Clínica Dávila por instalación brusca de cuadro caracterizado por desorientación temporoespacial asociado a aparición movimientos involuntarios repetitivos en hemicuerpo izquierdo.

Examen neurológico destaca parcialmente orientado, hemianopsia izquierda, se evidencian movimientos repetitivos, continuos, irregulares, impredecibles, involuntarios y de gran amplitud que comprometen brazo y pierna izquierda, compatibles clínicamente con movimientos coreobalísticos.

Resonancia magnética de cerebro destaca lesión isquémica aguda en territorio de arteria cerebral posterior derecha.

Hospitalizado mantiene movimientos descritos permanentemente, sólo ceden durante el sueño. Como complicación asociada, paciente evoluciona con hiperckemia sostenida entre 1000-4000 mg/dl. Se inició terapia con benzodiazepinas, neurolépticos y anticonvulsivantes en dosis crecientes sin determinar mejoría. Se decidió inicio de deflector dopaminérgico, se logra disminuir discretamente la frecuencia y amplitud de los movimientos, es dado de alta aún con persistencia de movimientos involuntarios.

Discusión y Conclusión:

El síndrome hemicorea-hemibalismo tiene baja prevalencia, su manejo es complejo y el tratamiento no es completamente resolutivo. Incentivamos la investigación sobre esta manifestación de ACV para trazar líneas de tratamiento resolutivas.

Palabras clave: Neurology, Stroke, Dyskinesias.

LEUCOENCEFALOPATÍA HIPÓXICA TARDÍA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pedro Pablo Copaja Morales, Marión Skandra Hevia Yarur, Jonas Gabriel Cerpa Hansen, Dra. Melissa Alvarez Majmut
Servicio de Medicina, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Universidad Finis Terrae.

Resumen

INTRODUCCION

La leucoencefalopatía hipóxica tardía (LHT) es una patología poco frecuente, caracterizada por síntomas neuropsiquiátricos, se describe posterior a una noxa hipóxica, como intoxicación por monóxido de carbono (CO), y luego de una aparente recuperación completa. Es un proceso desmielinizante, objetivable por alteración de la sustancia blanca en la resonancia nuclear magnética (RNM) y reversible en el tiempo.

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Paciente sexo femenino de 52 años con antecedente de intoxicación por CO recuperada hace 3 semanas. Consulta por cuadro de 6 días de evolución de compromiso de conciencia cualitativo; desorientación, irritabilidad, agresividad y agitación psicomotora. Ingresó hemodinámicamente estable, al examen vigil con afasia global, no obedece órdenes simples. Se maneja con observación de LHT. Estudio inicial negativo para causa orgánica. Se maneja con sedantes. Durante hospitalización mantiene vigilia pero no logra alimentarse ni obedece órdenes. RNM muestra signos sugerentes de leucoencefalopatía hipóxica tardía con afectación de intensidad de sustancia blanca en T2. Se agrega manejo con Memantina, Cícolina y rehabilitación multidisciplinaria. Evoluciona con mejoría de síntomas, logra fijar la mirada y alimentarse por boca al mes.

CONCLUSION

La LHT es una patología solo notificada a través de reportes o series de casos, resalta la variedad de síntomas, desde leves como deterioro de habilidades superiores hasta graves como en este caso. Se confirma por RNM, siendo no excluyente. Los síntomas presentan mejoría al primer año de evolución en la mayoría de los casos. Recalcando así la sospecha y vigilancia que debemos tener en los pacientes recuperados de intoxicación por CO.

Palabras clave: encefalopatía, intoxicación por monóxido de carbono, hipoxia cerebral.

MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN PACIENTE ADOLESCENTE SIN FACTORES DE RIESGO.

Consuelo Schweinitz Núñez, María Jesús Quitral Rodríguez, Rudolf Schweinitz Núñez, Dr. Iván Ramírez Méndez
Servicio de Medicina Interna, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La *Listeria Monocytogenes* (LM) es una bacteria, que presenta especial afinidad por el sistema nervioso central (SNC). La infección se adquiere tras la ingesta de alimentos contaminados. Afecta principalmente a personas en edades extremas de la vida (<1 mes o >50 años), alcoholismo o inmunosupresión.

Es la 2da-4ta. causa de meningitis dependiendo de la edad, presentando una mortalidad del 20-40%.

La neurolisteriosis se presenta como síndrome meníngeo o rombencefalitis, pudiendo tener complicaciones como la hipertensión intracraneana (HIC).

Su manejo es con antibioticoterapia prolongada (21 días), con ampicilina o ampicilina-gentamicina principalmente.

Exponemos una presentación típica de neurolisteriosis en una paciente sin factores de riesgo, destacando la importancia de mantener un alto índice de sospecha.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina, 17 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencia de Hospital Padre Hurtado, por cuadro de 1 día de evolución de cefalea frontal EVA 8/10, asociado a crisis tónico-clónica generalizada. Evoluciona febril, con diplopía y signos meníngeos, diagnosticándose Meningitis bacteriana con HIC. Ingres a Unidad de tratamiento intensivo, manejándose con ampicilina-gentamicina y suero hipertónico al 10%, con evolución favorable.

EXÁMENES:TAC cerebro con contraste: edema con compresión sólo de VI par.

Punción lumbar con proteínas 197, glucosa 2mg/dL, 480 células 60% mononuclear, hematíes 50/campo.

Cultivo líquido cefalorraquídeo: *Listeria-Monocytogenes*.

Fondo de ojo: sin edema de papila.

CONCLUSIÓN: La neurolisteriosis presenta alta mortalidad y secuelas, por lo que destacamos la importancia de tener un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes sin factores de riesgo, ya que requiere un manejo específico y precoz.

Palabras clave: Meningitis, *Listeria*, Intracranial Hypertension, Risk Factors

SÍNDROME DE ANTON EN UNA PACIENTE CON INFARTO CEREBRAL AGUDO TÉMPORO-OCCIPITAL DERECHO

Sebastián Fourniés Aracena, Diego González Culi, Matías Gárate González, Dr. Álex Chamorro Pérez

Servicio de Neurología, Hospital del Salvador. Campus Oriente, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: El Síndrome de Anton se describe clásicamente como un cuadro que se presenta con ceguera cortical asociado a anosognosia visual en ausencia de demencia o deterioro de la memoria, generalmente secundario a lesiones de lóbulo occipital bilaterales. Existen escasos reportes de esta entidad a nivel internacional y en nuestro país. Se presentará un caso clínico en el que se describen sus características principales.

Información clínica relevante: En nuestro servicio de Neurología del Hospital del Salvador se ingresó a una paciente de sexo femenino de 82 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, que consultó por déficit visual súbito no bien precisado, asociado a debilidad del hemicuerpo izquierdo. Al examen físico destaca amaurosis con respeto parcial del cuadrante superior derecho, asociado a confabulaciones y anosognosia del déficit, además de un síndrome piramidal del hemicuerpo izquierdo disarmónico.

Descripciones imagenológicas: En la tomografía computada de cerebro sin contraste se describe una hipodensidad de aspecto agudo en la región témporo-occipital derecha, sumado a una hipodensidad occipital, tálamo e insular izquierda de aspecto antiguo.

Conclusiones: La descripción de nuestro caso clínico muestra características clásicas descritas en el Síndrome de Anton, que en nuestra paciente se manifiesta secundario a un infarto cerebral agudo témporo-occipital derecho. Al presentar como hallazgo una lesión antigua en el lóbulo occipital contralateral, se consolida un compromiso bilateral en áreas de procesamiento visual fundamentales para la presentación de este cuadro.

Palabras clave: Infarto cerebral agudo- ceguera cortical- anosognosia

SINDROME DE WALLEMBERG: REPORTE DE UN CASO

Camila García Pasarín, Valentina Escandar Rivano, Catalina Valdés Alvear, Dr. Julio Vargas Osses
Servicio de Neurología Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: El Síndrome de Wallenberg es un síndrome alterno infrecuente, secundario a lesiones bulbares posterolaterales. Se presenta un caso secundario a disección de arteria vertebral en un paciente joven luego de un traumatismo cervical.

Caso. Hombre de 51 años, hipertenso en tratamiento. Sufrió caída con golpe en región cervical posterior, presenta posteriormente dos episodios de vómitos precedidos de náuseas. Agrega vértigo e inestabilidad de la marcha, con lateropulsiones sistematizadas a derecha. Acude a urgencias, hipertenso, con anisocoria por miosis a derecha y nistagmo espontáneo multidireccional, además de diplopía binocular en la mirada horizontal, disfonía y disfagia. Se solicita tomografía computada (TC) de cerebro sin contraste que evidencia hipodensidad en hemisferio cerebeloso derecho y pedúnculo cerebeloso medio ipsilateral. Evoluciona con ptosis palpebral derecha asociada a hipoestesia hemifacial derecha paramediana y elevación palatina con desviación a izquierda. Sin paresia; tono y ROT disminuidos a derecha, con disimetría ipsilateral. Se solicita angioTC de vasos cervicales, que describe disección de arteria vertebral derecha en su segmento V4 asociado a infarto bulbar lateral y de hemisferio cerebeloso ipsilateral.

Conclusión: La presencia de un síntoma tan frecuente como cervicalgia, pero asociada a cualquier focalidad neurológica y especialmente en contexto de trauma reciente hace perentorio descartar un infarto cerebral secundario a disección de arterias vertebrales.

Palabras clave: Síndrome alterno, síndrome de Wallenberg, disección arterial.

SÍNDROME POLIRADICULAR COMO DEBUT DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

Cristian León Valdés, Paulina Knüst Marangunic, Cristian Romero Otárola
Servicio de Neurología, Hospital Del Salvador, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica del Sistema Nervioso Central (SNC) caracterizada por la inflamación, desmielinización, cicatrización glial y daño neuroaxonal, lo cual produce grados variables de lesión neurológica persistente. Su clínica se presenta como episodios completa o parcialmente reversibles de disfunción neurológica, que progresa crónicamente a discapacidad motora y cognitiva en un tiempo variable. La EM tiene un alto impacto personal, social y sanitario, por su tendencia a debutar en pacientes jóvenes, lo que conlleva a discapacidad, repercusión laboral y alto costo del tratamiento.

Caso clínico: Paciente masculino de 19 años con historia de un cuadro progresivo de una semana de evolución de parestesia en extremidades inferiores (EEII) ascendente, asociada a hipoestesia, dolor urente, e inestabilidad en la marcha. Sin compromiso de extremidades superiores. Niega caídas, fiebre, cefalea, ni compromiso de conciencia. Al examen destaca hiperreflexia generalizada, hipoestesia de EEII desde muslo a distal con alteración en propiocepción bilateral y Romberg sensibilizado positivo. Síntomas desaparecen de forma espontánea en dos semanas.

Exámenes: Punción lumbar líquido cefalorraquídeo con predominio mononuclear.

Resonancia de cerebro y columna total: (T2) múltiples lesiones focales hiperintensas en el parénquima encefálico supratentorial y una lesión intramedular dorsal, con refuerzo post gadolinio, por lo que se realiza el diagnóstico de EM.

Conclusiones: La amplia gama de síndromes en que debuta la EM hace importante tener una alta sospecha de la enfermedad, para pesquisa y tratamiento precoz, retardando su progresión.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple, Polirradiculopatía, Enfermedades Desmielinizantes

COREOATETOSIS, COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carlo Zúñiga Valpreda, Maximiliano Vergara Rivadeneira, Sebastián Vera Santibañez
Hospital del Salvador, Servicio de Neurología, Campus Oriente Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La coreoatetosis, corresponde a un desorden neurológico, en el cual existen movimientos involuntarios y sin propósito de extremidades. Existen múltiples etiologías de coreoatetosis, desde enfermedades degenerativas, efecto de drogas, daños estructurales del SNC. La Diabetes Mellitus está descrita en la literatura como una causa infrecuente de alteraciones del movimiento.

Información Clínica: Paciente femenino de 73 años, con antecedentes de Hipertensión y Diabetes Mellitus tipo 2 insulino requirente, sin tratamiento, que consulta en SU por cuadro de 8 días de evolución de movimiento involuntario progresivo de carácter serpenteante en hombro derecho, que remite durante el sueño, sin focalidad neurológica al examen físico, destaca una glicemia capilar de 327mg/dL sin otros hallazgos. Ingresa a servicio de neurología por síndrome coreico para estudio y manejo. Inicia esquema de Insulina NPH, con mejora de glicemias y disminución progresiva de movimientos involuntarios.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales:

PCR: 15.9 Hb:11.5 GB:5950 PLQ:227000 pH: 7.32 PCO₂: 45.7 HCO₃⁻: 24.1 HbA_{1c}: 13%.

TAC de cerebro: Hipodensidad heterogénea en sustancia blanca y periventricular en contexto microangiopático. Hipodensidad 10 mm en núcleo caudado derecho de aspecto secuelar.

Conclusiones: La hiperglicemia crónica, en el contexto de pacientes diabéticos mal compensados, es una causa infrecuente de trastornos del movimiento. Existen múltiples teorías respecto a la fisiopatología tras este tipo de fenómenos, el mecanismo exacto permanece poco claro. Este tipo de manifestaciones deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial en el abordaje de pacientes con trastorno del movimiento de inicio reciente.

Palabras clave: Coreoatetosis, diabetes, descompensación

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, ESTUDIO Y MANEJO APROPOSITO DE UN CASO

Maximiliano Vergara Rivadeneira, Carlo Zúñiga Valpreda, Sebastián Vera Santibañez
Hospital del Salvador, Servicio de Neurología, Campus Oriente Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: La enfermedad de moyamoya (EMM) es una de las principales causas de accidente cerebrovascular (ACV) en pediatría sin embargo puede debutar a cualquier edad. Caracterizada por patrones imagenológicos clásicos es necesario conocer su estudio y manejo para disminuir posibles secuelas.

Información Clínica: Paciente femenino de 40 años con antecedente de sospecha EMM, Hipertiroidismo y ACV secuelado (hemiparesia braquiocrural izquierda, M4), consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por cefaleas y aumento de déficit motor. Ingresa por sospecha de nuevo evento isquémico. Al examen neurológico destaca: extremidad superior izquierda con tono aumentado, fuerza M4 braquial-crural. reflejos rotulianos y braquiales aumentados. Sin otras alteraciones. Debido a hallazgos imagenológicos se confirma EMM y se sospecha como causa desencadenante del cuadro, hipoperfusión cerebral por tratamiento del hipertiroidismo, el cual al suspenderse se logra mejoría clínica.

Descripciones imagenológicas: Angio-resonancia magnética: secuela parenquimatosa frontal inferior y frontoparietal derecha y sustancias blanca periventricular, sin signos de lesiones agudas además compromiso estenosante de ACI bilateral además de compromiso de arterias cerebrales medias y anteriores, con desarrollo de irrigación colateral por parte de Arterias carótidas externas. RNM de pared vaso que no muestra signos de inflamación en pared vascular.

Conclusiones: Debido a su poca prevalencia la EMM no se encuentra dentro de los diagnósticos clásicos de causas de ACV, por lo que es importante su sospecha en casos donde el paciente se presentan una edad atípica. También es importante realizar diagnóstico diferencial con posibles causas inflamatoria debido a la reversibilidad que podrían presentar estos pacientes.

Palabras clave: Enfermedad moyamoya, arterias cerebrales medias, hipoperfusión cerebral

A PROPÓSITO DE UN CASO, SÍNDROME DE PERCHERON

Pedro Correa Orphanópoulos, Jorge Cheg Paiva, Dr Óscar Loureiro Escobar
Hospital San Juan de Dios, Unidad Neurología Agudos, Facultad de Medicina Occidente
Universidad de Chile

Resumen

Introducción. La irrigación talámica depende de numerosas ramas perforantes terminales sin anastomosis, que se originan en la arteria comunicante posterior y cerebral posterior. Dentro de las variaciones anatómicas, la arteria de Percheron se caracteriza por ser un solo tronco arterial que emerge en el segmento proximal de una de las arterias cerebrales posteriores, dividiéndose para suministrar a ambos tálamos y mesencéfalo rostral, presente en 4-12% de la población. De esta manera una lesión única de la arteria de Percheron puede generar alteración talámica bilateral sincrónica, entre otros.

Información clínica relevante. Paciente masculino, 25 años de edad tabáquico, sin antecedentes cerebrovasculares refiere cuadro de inicio súbito de cervicalgia derecha, asociada a inestabilidad de la marcha, diplopia disartria y alteración conductual de tipo pseudobulbar. Se evalúa con escáner de cerebro y resonancia magnética (RNM) que evidencia lesión isquémica talámica y capsular interna (rodilla) bilateral sugerente de arteria de Percheron. Angio-escáner de vasos cervicales con signos sugerentes de disección arteria vertebral derecha segmento V3-V4. Se amplía estudio etiológico cardioembólico sin hallazgos, líquido cefalorraquídeo sin alteraciones, estudio serológico infeccioso negativo. Se realiza manejo con doble antiagregación y rehabilitación.

Conclusiones. Se presenta caso de paciente joven con infarto talámico bilateral, secundario a disección espontánea arteria vertebral derecha. Muchas veces este infarto es infradiagnosticado dada la baja frecuencia junto con la gran heterogeneidad clínica y además la baja sensibilidad del escáner en fase hiperaguda. Se configura así un diagnóstico de incidencia indeterminada, difícil diagnóstico y donde la herramienta diagnóstica de elección es la RNM.

Palabras clave: Infarto talámico bilateral

NISTAGMO HORIZONTAL COMO SÍNTOMA INICIAL DE GLIOMA DE QUIASMA ÓPTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dayanne Isler Isler, Jorge Robles Vega, Dr. Alex Jones Gazmuri.
Servicio de Oftalmología, Fundación Oftalmológica Los Andes, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN

El glioma de la vía óptica representa el 2% de los tumores intracraneanos, afectando en un 75% de los casos a menores de 10 años. Dentro de la semiología oftalmológica relevante para su diagnóstico destaca: disminución de la agudeza visual (AV), nistagmo monocular o asimétrico, edema de papila, atrofia óptica. Dada la importancia del alto índice de sospecha, se presenta un caso de glioma óptico que no fue pesquisado inicialmente.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Lactante de 5 meses. Consultó en oftalmología general del extrasistema por cuadro de 6 semanas de nistagmo horizontal monocular izquierdo, anorexia y baja de peso. El cuadro se interpretó como benigno quedando en control ambulatorio. Dado que sintomatología persistió, agregándose somnolencia y nistagmo bilateral, consultó en Fundación Oftalmológica Los Andes, a la exploración oftalmológica, AV: fija, sigue y mantiene. Hirschberg: 0°. Rojo pupilar simétrico. Nistagmo bilateral horizontal y pendular. Hecho el diagnóstico de glioma de quiasma óptico, recibió tratamiento con quimioterapia durante 6 años, sin buena respuesta y pérdida de AV progresiva. Se cambió tratamiento a radiocirugía logrando la reducción y estabilización del tamaño tumoral, sin mejoría de la condición visual.

EXÁMENES

Resonancia nuclear magnética de cerebro con contraste: tumor de quiasma óptico asociado a siembra leptomeningea. Histología: Astrocitoma pilocítico de bajo grado metastásico.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia mantener un alto índice de sospecha de este tipo de patologías en la población pediátrica que presenta nistagmo, sobretodo cuando es adquirido, asimétrico o monocular, se presenta a edades tempranas o se asocia a síntomas sistémicos.

Palabras clave: Glioma óptico, Astrocitoma, Nistagmo

SINDROME DE ALPORT: REPORTE DE UN CASO.

Jorge Robles Vega, Dayanne Isler Isler, Dr. Alex Jones Gazmuri.
Servicio de Oftalmología, Hospital del Salvador, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCION:

El Síndrome de Alport (SA) es una enfermedad hereditaria, secundaria a una mutación del gen responsable de la síntesis del colágeno tipo IV, que comprende un espectro de manifestaciones clínicas como falla renal progresiva, hematuria, hipoacusia y anomalías oculares. Si bien el diagnóstico del SA se confirma con el test genético, ciertos hallazgos oftalmológicos son de gran ayuda para su diagnóstico.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:

Hombre, 28 años, antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Consulta en policlinico de oftalmología, Hospital del Salvador, refiriendo mala visión de larga data e hipoacusia leve.

Al examen: Agudeza visual ojo derecho e izquierdo (ODI) disminuida, no mejora con corrección. Biomicroscopía ODI: Córneas claras, cámara anterior amplia, iris normales, lenticono anterior. Catarata polar posterior mayor en ojo izquierdo.

Campo visual de Goldman: Normal, con mínimo aumento de la mancha ciega a izquierda. Electrorretinograma standard: Mínimas alteraciones en el sistema de conos.

Electrorretinograma multifocal: Mínima alteración central compatible con falta de enfoque central.

CONCLUSIONES:

En el SA los hallazgos oculares son de gran valor pudiendo confirmar el diagnóstico si se presenta lenticono anterior asociado a retinopatía periférica; o ser muy sugerente si se asocian a hematuria y adelgazamiento temporal en retina.

Las anomalías oculares, si bien son menos sensibles que las auditivas, son altamente específicas. Se enfatiza en la importancia del médico oftalmólogo en la pesquisa precoz de las lesiones oculares para el diagnóstico consecuente de SA con el objetivo de intervenir en la función renal residual u otros miembros familiares con potencial riesgo.

Palabras clave: Síndrome de Alport, Lenticono, Retinopatía.

TRAUMA OCULAR SEVERO EN PACIENTE PEDIATRICO SECUNDARIO A EXPLOSIÓN DE GLOBO CON LUCES LED

Jorge Robles Vega, Dayanne Isler Isler, Dr. Alex Jones Gazmuri
Servicio de Oftalmología, Clínica Santa María, Universidad de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN

El trauma ocular (TO) es motivo de consulta común en los servicios de urgencia y una causa importante de morbilidad visual en niños, quienes dan cuenta de un tercio de todas las admisiones por dicha causa, siendo el 90% de ellas prevenibles. Dada su relevancia y escasa bibliografía, se presenta el caso de un paciente pediátrico con TO severo secundario a pila de litio proveniente de globo Light Emitting Diode (LED).

INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Niña de 3 años, sin antecedentes mórbidos, llevada al Servicio de urgencias de Clínica Santa María por dolor severo y aumento de volumen del párpado superior izquierdo, posterior a estallido de globo LED. Examen bajo anestesia pesquisa causticación severa de cornea, músculo elevador del párpado superior y conjuntiva nasal, secundaria a pila de litio alojada en órbita anterior. El manejo requirió 3 recubrimientos conjuntivales, postura de válvula de AHMED y cirugía triple, sin embargo, evolucionó con AV 0.1 sin corrección y ojo blanco.

EXAMENES

Tomografía computada de órbita sin contraste mostró cuerpo extraño en órbita anterior, sin compromiso del globo ocular.

CONCLUSIÓN

El TO es la primera causa de ceguera unilateral no congénita en niños. Estudios recientes muestran que el 49% de los pacientes pediátricos con lesiones a globo abierto persiste con discapacidad visual severa, versus un 4.4% en lesiones a globo cerrado. En este caso, a pesar de ser un TO cerrado, el daño secundario a la causticación implicó que se necesitaran múltiples intervenciones con muy mal pronóstico visual.

Palabras clave: Trauma ocular, causticación, ceguera

NEURITIS OPTICA CON ANTICUERPOS IGG NMO NEGATIVOS- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE NEUROMIELITIS OPTICA Y ESCLEROSIS MULTIPLE

Francisca Gonzalez Moreno, Antonia Vieira Vender, Juan Pablo Prieto Zapata, Dra. Javiera Araya Muñoz

Hospital Clínico Universidad de Chile, Servicio de Oftalmología, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: La neuromielitis óptica (NMO) se considera actualmente como un espectro de desórdenes autoinmunes, inflamatorios y desmielinizantes del sistema nervioso central. Se presenta como episodios recurrentes de neuritis óptica y mielitis. Antiguamente se consideraba como una forma de Esclerosis múltiple (EM), con presentación similar a la NMO. Sin embargo, hallazgos recientes han concluido que en la NMO existen diferencias en cuanto a presentación clínica, laboratorio, neuroimágenes, tratamiento y pronóstico.

Información clínica relevante: Paciente, sexo femenino, 23 años, con antecedente de episodio de Mielitis transversa en septiembre 2015. Siete meses después consulta por cuadro de disminución de la agudeza visual en ojo derecho (OD), asociado a cefalea y dolor retroocular. Al examen oftalmológico destaca agudeza visual OD disminuida en 0.5, con reflejo fotomotor directo enlentecido, Test de Ishihara 0/7. Se inicia tratamiento con corticoides, con mejoría parcial de agudeza visual. Un mes más tarde, presenta cuadro de Neuritis óptica izquierda, de similares características.

Exámenes de laboratorio/imagenológicos principales: Resonancia Nuclear Magnética cerebral muestra engrosamiento- dilatación de vaina de nervios ópticos en porción intracanalicular, compatible con NMO. Estudio líquido cefalorraquídeo con bandas oligoclonales, sugerente de EM. Anticuerpos IgG NMO negativos.

Conclusiones: El curso clínico de la NMO puede ser agravado con el uso de fármacos útiles en el tratamiento de EM. Se han establecidos distintos criterios para diagnóstico diferencial entre NMO y EM. La presencia de autoanticuerpo específico IG-NMO tiene un papel fundamental en la patogenia de la NMO, y estaría presente en la mayoría de los pacientes con NMO clínicamente definida.

Palabras clave: Neuritis óptica. Neuromielitis óptica. Esclerosis múltiple.

DIAGNÓSTICO DE ABSCESO PERIAMIGDALINO EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2: REPORTE DE CASO

Tomás Reinaldo Hernández García, Ignacio Arturo Manríquez Rodríguez, Yasna Camila Carrillo Belmar, Dr. Enrique Biel Walker
Hospital Las Higueras de Talcahuano, Servicio de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La neurofibromatosis tipo 2 (NF2) es una enfermedad infrecuente con herencia autosómica dominante. Se caracteriza por el crecimiento de schwannomas, meningiomas u otros tumores benignos del sistema nervioso central.

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE: Paciente masculino de 45 años, antecedentes de NF2 que determina deformidad de la cavidad oral, consulta por dolor faríngeo de 3 días de evolución y apertura bucal limitada. Al examen físico afebril, con aumento de volumen del pilar derecho de orofaringe, de consistencia dura, con signos inflamatorios locales, sin placas de pus ni supuración. Tomografía computada (TC) de cuello con contraste informa gran masa oro y nasofaríngea derecha, con extensa área necrótica, efecto de masa y compromiso parcial de espacios adyacentes. Se aprecian signos de sobreinfección y múltiples adenopatías cervicales derechas de aspecto reactivo. Evaluado por Otorrinolaringología, impresiona cuadro compatible con absceso periamigdalino (AP), iniciándose antibióticoterapia. Evoluciona favorablemente, con drenaje espontáneo de lesión y posterior alivio de sintomatología, sin requerir de manejo quirúrgico. Completa tratamiento de AP y actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio por NF2.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENEOLÓGICAS PRINCIPALES: Parámetros inflamatorios elevados. TC de cuello evidencia imagen compatible con AP con efecto de masa.

CONCLUSION: La TC es un buen método diagnóstico para el AP, especialmente en pacientes con deformidad previa, en quienes se ve dificultado el examen físico. El manejo de los AP es controversial. El drenaje quirúrgico se considera tratamiento estándar, no obstante reportes demuestran que con tratamiento conservador se consigue la resolución hasta en un 50% de los casos.

Palabras clave: neurofibromatosis, absceso periamigdalino, tomografía computada

MENINGIOMA EN OÍDO MEDIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Kuschel Rietzsch Cristina, Miranda-Merchak Andrés, Camelio Rodríguez Salvador
Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio de Resonancia Magnética, Facultad de Medicina,
Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

Resumen

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este caso clínico es presentar un caso infrecuente de meningioma en oído medio. El meningioma primario del tegmen tympani nace desde el piso de la fosa craneal media y se extiende infero-medialmente a la cavidad del oído medio. El meningioma del oído medio puede provenir del epítimpano a través del tegmen tympani o del hipotímpano a través de la placa sigmoidea. En tomografía computada se observa engrosamiento del tegmen tympani con arquitectura trabecular interna del hueso involucrado conservada. Esta característica se denominó hiperostosis "trabecular", para contrastarlo con el engrosamiento óseo observado en la hiperostosis cortical. El margen interno de la calota involucrada a lo largo la cara lateral de la fosa craneal media es generalmente irregular.

INFORMACION CLINICA RELEVANTE: Paciente sexo masculino de 60 años con historia de otitis de oído izquierdo a repetición sin buena respuesta a tratamiento médico.

EXAMENES DE LABORATORIO Y/O DESCRIPCIONES IMAGENOLÓGICAS

PRINCIPALES: La resonancia magnética de control demuestra tumor extraaxial de base dural, con marcado realce homogéneo en piso de la fosa media con extensión transósea al epítimpano.

Se realizó timpanotomía exploradora con biopsia de masa epitimpanica compatible con meningioma.

CONCLUSIÓN: Se presenta un caso atípico de meningioma del oído medio con recolección de características imagenológicas y quirúrgicas. Cabe destacar que los hallazgos de resonancia magnética característicos de meningioma del tegmen tympani fueron masa de partes blandas en placa de base dural con realce homogéneo en el piso de la fosa craneal media.

Palabras clave: Meningioma, oído medio, epítimpano

ESTENOSIS CONGÉNITA DE APERTURA PIRIFORME (ECAP). CAUSA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL Y SU APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.

Rodrigo Pacheco Zúñiga, Raysa Feliú Hemmelmann, Romina Olate Mercado, Loreto Nicklas Díaz.

Hospital Hernán Henríquez Aravena, Servicio de Otorrinolaringología, Universidad de La Frontera, Temuco.

Resumen

INTRODUCCIÓN

Los neonatos son respiradores nasales obligados, por lo que un cuadro de obstrucción nasal puede provocar dificultad respiratoria de grado variable. Su causa más común es edema mucoso, siendo ECAP poco frecuente. Su síntoma patognomónico es el estridor nasal y el diagnóstico se confirma con tomografía computarizada (TC) de cavidades paranasales (CPN). A continuación, se reporta un caso de ECAP de manejo conservador.

CASO CLÍNICO

Recién nacido de término, nace en buenas condiciones, destacando al examen físico estridor nasal. Se intentó pasar una sonda de aspiración por cavidad nasal, sin éxito. En alojamiento conjunto evolucionó con dificultad respiratoria, por lo que se decidió hospitalizar. Evaluado por otorrinolaringología: nasofibroscopía mostró en tercio anterior cornetes edematosos impidiendo paso de fibra óptica. Se solicitó TC de CPN que mostró coanas permeables y estenosis anterior a nivel de apertura piriforme. Se optó por un manejo conservador, evolucionando de forma favorable. Se decidió alta y mantener controles por especialidad.

CONCLUSIONES

Si bien la ECAP es poco frecuente, estimándose una incidencia entre un tercio a un quinto de la atresia de coanas (1:7.000), debe considerarse en neonatos que presenten estridor nasal y dificultad al paso de una sonda por la región nasal anterior. Su diagnóstico se confirma con TC CPN, donde en cortes axiales el diámetro de la apertura piriforme es <1 mm. El tratamiento conservador se considera de primera línea, reservándose la cirugía en caso de existir dificultad respiratoria o trastornos deglutorios severos y/o fracaso al tratamiento conservador.

Palabras clave: Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, obstrucción nasal, cavidad nasal.

ALARGAMIENTO OSEO MEDIANTE CLAVO ENDOMEDULAR MAGNETIZADO, CASO CLÍNICO

Felipe Turner Ruiz-Tagle, Sebastián Frias Mujica, Cristian Alliende Page, Dr Rodrigo Olivieri

Hospital del Trabajador, Servicio de Traumatología, Universidad de los Andes

Resumen

Introducción: El alargamiento de extremidades se utiliza para tratar las diferencias de longitud en extremidades superiores e inferiores. Considerando las secuelas funcionales y estéticas que pueden conllevar estas alteraciones, es fundamental brindar un tratamiento oportuno y efectivo, existiendo alternativas conservadoras y quirúrgicas. A continuación se expone el caso de una paciente tratada con una de las últimas técnicas quirúrgicas descritas para esta condición.

Información clínica relevante: Paciente de sexo femenino de 27 años de edad. En diciembre de 2015 sufre accidente en motocicleta, resultando con fractura expuesta supraintercondílea AO 3.3 C3 de fémur derecho, Gustilo IIIC. Se repara lesión vascular y se realiza osteosíntesis con placa LCP en fémur distal. Paciente resulta con una discrepancia de longitud de 4 cm en sus extremidades inferiores. En enero de 2018 se realiza osteotomía de fémur con clavo endomedular magnetizado PRECICE, lográndose un alargamiento de 2,5 cm de la extremidad afectada 2 meses después del procedimiento. Paciente evoluciona con buena tolerancia a la marcha y suplementando la diferencia de longitud remanente con el uso de plantillas.

Conclusiones: El caso expuesto representa el éxito de una técnica de alargamiento mediante fijadores internos. Este método, en comparación con los tradicionales fijadores externos, ofrece una alternativa mejor tolerada por el paciente y un menor riesgo de infecciones, por lo que es esperable que se convierta en la técnica de elección en casos de alargamientos óseos asociados a deformidades leves.

Palabras clave: Internal fixator, Bone Lengthening, Leg Length Inequality

MELORREOSTOSIS, UN CASO CLÍNICO

Christian Flores Neumann; Kevin Lee Angulo, Dr. Juan Salas Fuentelzas
Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer Weisser, Santiago de Chile

Resumen

Introducción

Melorreostosis es una patología displásica del tejido óseo de muy baja prevalencia, que afecta tanto a la corteza ósea como al tejido adyacente.

El diagnóstico de esta condición se basa en criterios clínicos, morfológicos e imagenológicos. Entre sus manifestaciones se describen deformidades oseas, contracturas musculares, dolor óseo y articular.

CASO CLINICO: Paciente de sexo femenino, 47 años, consulta por cuadro de dolor de un año de evolución en zona lateral de rodilla izquierda, sin antecedentes de trauma, que inicia como una leve molestia y que ha ido aumentando progresivamente, refiriendo al momento de consulta una intensidad EVA 5/10, que cede parcialmente a analgésicos AINES. A la palpación presenta dolor en cara lateral de rodilla, no se palpan tumores. Resto de examen físico normal. Se pide radiografía y RNM de rodilla izquierda, las cuales muestran crecimiento exofítico en epicóndilo y cóndilo femoral lateral, en espacio articular y en cabeza de fibula.

Se decide extirpar quirúrgicamente el tumor para estudiar histología y dar tratamiento sintomático. Análisis histológico compatible con melorreostosis.

Confirmado el diagnóstico apoyado con imágenes y estudio histopatológico, se indica Pamidronato, una vez al día por una semana e ibuprofeno

Discusión

No existen consensos a nivel internacional sobre el tratamiento de esta patología, pero las recomendaciones coinciden en que la base del tratamiento es la utilización de fármacos de anti-resorción ósea, manejo del dolor con AINES, reservando la cirugía sólo para casos que no respondan a tratamiento médico debido a las altas tasas de recidivas reportadas.

Palabras clave: Tumores óseos, melorreostosis, dolor anterior de rodilla

LUXOFRACTURA POSTERIOR DE HOMBRO: REPORTE DE UN CASO

Aedo Inostroza Gabriel, Ayala Ramírez Carlos, Pérez Ibarra José, Dr. Tomás Rojas
Hospital San José. Campus Oriente Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: Luxación posterior del hombro representa solo el 5% de las luxaciones del hombro. La luxofractura posterior hombro(LFPH) es poco frecuente representando el 0.9% de las luxofracturas de hombro, con una incidencia de 0.6/100,000 personas.

Caso clínico: Paciente masculino, 39 años sin antecedentes, sufre accidente de tránsito, en bicicleta, con trauma por aplastamiento. Acude a Urgencia Hospital San José, examen físico destaca impotencia funcional del hombro izquierdo asociado a edema en región posterolateral de hombro, pérdida de la congruencia articular, bloqueo a la rotación externa pasiva e incapacidad de movimientos activos. Estudio con radiografía y tomografía computarizada(TC) destaca LFPH, en tres fragmentos con compromiso de la cabeza humeral y troquín, Michael-Robinson tipo II. Se diagnostica LFPH y programando cirugía 16 días posterior. Se realiza cirugía mediante abordaje deltopectoral evidenciándose cabeza humeral fracturada e impactada hacia posterior, se reduce y cierra defecto entre el troquín y cabeza humeral, se instala placa con tornillos bloqueados. Alta al día siguiente con radiografía que muestra reducción de los fragmentos.

Conclusión: La LFPH es rara y de difícil diagnóstico, en nuestro caso debido al mecanismo de alta energía, se solicita TC logrando un diagnóstico y manejo temprano. No se realiza reducción cerrada ya que aumenta el riesgo de necrosis avascular. No existen guías de manejo en LFPH. Lo más utilizado es artroplastia, sin embargo, reporta disminución de funcionalidad. La reducción más osteosíntesis se describe que aumenta el riesgo de necrosis avascular y no unión, sin embargo, se ha visto que estas complicaciones tienen baja frecuencia.

Palabras clave: Luxofractura posterior, osteosíntesis, artroplastia

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN SARCOMA DE PARTES BLANDAS: REPORTE DE UN CASO.

Paula Carrasco Findel, Constanza Cornejo Montenegro, Verónica López Larraechea.
Instituto Nacional del Cáncer. Servicio de Radioterapia. Universidad Finis Terrae.

Resumen

El sarcoma de partes blandas (SPB), neoplasia maligna relativamente rara, es el tumor maligno más común en dichos tejidos. Más del 50% se localiza en extremidades y tronco y su tratamiento busca tanto supervivencia como control local, con la menor morbilidad posible, conservando funcionalidad. Requiere un abordaje mixto, con radioterapia pre o postoperatoria y cirugía conservadora.

El siguiente caso ilustra un manejo multidisciplinario, planteando la radioterapia preoperatoria como abordaje más propicio, por dosis y área de radiación menores, ante su contraparte postoperatoria.

Paciente femenina, 22 años, con aumento de volumen axilar derecho asintomático, desde 2013, que 6 meses previos al ingreso inicia crecimiento exponencial y limitación funcional. Consulta en Instituto Nacional del Cáncer donde clínicamente se aprecia un tumor axilar izquierdo, móvil, de 10x8x5 cm, sin adenopatías periféricas, que se estudia con ecografía partes blandas en Abril 2017, describiéndose masa sólido-quística de 8.9x5.5 cm. Biopsia Trucut en Mayo 2017 confirma neoplasia fusocelular atípica. Etapificación con Tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis en Mayo 2017 describe masa axilar de 10x10x8 cm con plano de clivaje a músculos adyacentes, sin metástasis pulmonares ni adenopatías. Inicia radioterapia neoadyuvante en Junio 2017 evolucionando con radiodermatitis, disminución de la movilidad del hombro y buena respuesta tumoral, finalizando en Octubre 2017 sin palpación clínica del tumor. Se realiza cirugía oncológica en mismo mes, lográndose resección total de la masa y preservación de la extremidad.

Con una mayor tasa de sobrevida, este abordaje permite la conservación del miembro del paciente y de su respectiva funcionalidad.

Palabras clave: Sarcoma. Partes blandas. Radioterapia neoadyuvante.

SÍNDROME DE SAPHO: "UNA RARA PRESENTACIÓN DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA". REPORTE DE UN CASO.

Agustín Ignacio Morán Villena, Felipe Antonio Carbonell Bellolio, Roberto Ignacio Cortés Pérez, Dr. Matías José Morán Villena
Internos de Medicina, Universidad Finis Terrae. Hospital de Talca, Servicio de Traumatología, Universidad Católica del Maule.

Resumen

INTRODUCCIÓN

El síndrome SAPHO (Acrónimo de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) es un cuadro infrecuente, de prevalencia desconocida. Se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico idiopático de articulaciones y esqueleto axial. Asociado generalmente a lesiones cutáneas neutrofilicas y osteomielitis crónica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, con antecedentes de acné conglobata, 19 años. Consulta por severo aumento de volumen y dolor en tercio medial de clavícula derecha de 3 meses de evolución; presenta irregularidad y aumento de volumen en región medial de clavícula derecha, reflejos osteo-tendíneos conservados, dolor localizado a la palpación, aducción y abducción de brazo derecho. Sin alteración neurológica ni vascular. En la resonancia nuclear magnética se destaca lesión osteolítica extensa en zona media y medial de clavícula derecha. Se realiza aseo quirúrgico, biopsia y cultivo. La biopsia confirma osteomielitis crónica. Cultivo positivo para *Acinetobacter baumannii* y *Enterococcus faecalis*.

Se realiza tratamiento antibiótico endovenoso por 6 semanas con Cefepime asociado a Ampicilina; posteriormente se completa tratamiento oral por 6 semanas con Cotrimoxazol. Se realizan controles seriados donde el paciente se encuentra asintomático, con imágenes que muestran lesiones osteolíticas crónicas sin proceso inflamatorio agudo.

El síndrome de SAPHO es un diagnóstico diferencial importante de patologías traumatológicas infecciosas, tumorales u osteoartritis. Su diagnóstico se confirma con historia clínica, estudio imagenológico y biopsia de lesiones. Representa un desafío para el médico, ya que el amplio espectro de manifestaciones no siempre se manifiestan simultáneamente.

Palabras clave: SAPHO - Osteomielitis crónica - Acné

LESIÓN GRANULOMATOSA EN CAVIDAD ORAL COMO DEBUT DE CARCINOMA CÉLULAS RENALES: REPORTE DE UN CASO.

Victor Hugo Vicencio Catalan, Carla Soto Castro, Katalin Baksai Lopez, Dr Vincenzo Borgna
Hospital Barros Luco Trudeau, Servicio medicina Sur. Universidad de Santiago de Chile

Resumen

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) da cuenta del 3% de las neoplasias del adulto, siendo el más letal de los cánceres urológicos¹ con un alto potencial metastásico por su extensa vascularización. Un tercio de los CCR debutan como enfermedad metastásica (CCRM) principalmente en pulmón, hueso, hígado, suprarrenales y cerebro². La ocurrencia de metástasis de CCR en cabeza y cuello es extremadamente rara, existiendo reportes en laringe, hipofaringe, senos nasales y úvula.

Caso clínico: Se presenta el caso de paciente sexo masculino de 55 años, sin antecedentes mórbidos que consulta por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por aparición de lesión en zona palatina la que, posteriormente, se extiende a vestíbulo de cavidad oral. Evaluado en servicio de odontología del Hospital Barros Luco. Al examen físico destaca lesión de 2 cm, rojiza, de base pedunculada, protruyente hacia labio superior, extendiéndose hacia paladar que se interpreta como granuloma periférico de células gigantes (GPCG). Se realiza exéresis de lesión. Biopsia demuestra tumor maligno compatible con células claras. Se solicita estudio imagenológico, que evidencia masa voluminosa hipervascularizada dependiente del polo superior de riñón derecho, sugerente de carcinoma de células renales, con múltiples localizaciones secundarias pleurales izquierdas y pulmonares bilaterales.

Conclusiones: El diagnóstico de CCRM debutando como una lesión en cavidad oral es extremadamente raro. Frente a lesiones aparentemente benignas como GPCG debe tenerse un gran índice de sospecha por el clínico, y la biopsia excisional es fundamental para el diagnóstico definitivo.

Palabras clave: Cáncer Renal Avanzado- Odontología- Metástasis

CARCINOMA ESCAMOSO ESCROTAL: REPORTE DE UN CASO CON PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Ignacio Cortés Fuentes, Karen Arcos Lemus, Katherine Arcos Lemus, Dr. Isaac Pinilla S.
Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Urología, Universidad de Chile

Resumen

La neoplasia maligna de escroto es una entidad rara, siendo el carcinoma escamoso la histología más frecuente. Su presentación habitual es una placa o nódulo eritematoso de comportamiento agresivo, siendo la cirugía el tratamiento principal.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, amputación infracondílea izquierda, mala red de apoyo social, que consultó por aumento de volumen escrotal izquierdo asociado a fistula de contenido purulento y fiebre. Ecografía Doppler testicular informó sospecha de tumor testicular con compromiso escrotal, por lo que se realizó orquiectomía radical y hemiescrotectomía izquierda. Biopsia confirmó un carcinoma escamoso invasor moderadamente diferenciado con invasión de Dartos, cordón y epidídimo, con testes libres. Paciente con mala red de apoyo, por lo que pierde seguimiento, reconsultando en urgencias por cuadro compatible con recidiva tumoral irreseccable y evidencias tomográficas de linfadenopatías locorregionales. Se presentó para quimioradioterapia paliativa, la cual está en curso.

Si bien la presentación clínica fue atípica, es importante considerar esta identidad en el diagnóstico diferencial de cuadros sospechosos de tumores testiculares o abscesos testiculares debido al beneficio que obtienen con un tratamiento quirúrgico precoz y seguimiento oncológico adecuado.

Palabras clave: Carcinoma escamoso escrotal, orquiectomía radical, escrotectomía

ENFRENTAMIENTO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE WÜNDERLICH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Karen Arcos Lemus, Ignacio Cortés Fuentes, Katherine Arcos Lemus, Dr. Isaac Pinilla S. Servicio de Urología, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile

Resumen

La hemorragia renal y/o retroperitoneal espontánea o síndrome de Wunderlich es una entidad rara y potencialmente mortal que se caracteriza por acontecer sin un traumatismo previo. Presenta varias etiologías, siendo la principal la causa tumoral, y dentro de ellas la secundaria a angiomiolipoma gigante. Su diagnóstico se realiza principalmente por técnicas de imagen, aunque este es poco reportado. Presentamos un caso clínico de este síndrome de origen tumoral y analizamos su diagnóstico y tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 31 años, con antecedente de hiperparatiroidismo primario operado a los 22 años, el cual acude a servicio de urgencias por cuadro súbito de dolor lumbar intenso asociado a hematuria macroscópica e hipotensión. En este contexto se realiza estudio con TC de abdomen y pelvis sin contraste que confirma hematoma subcapsular renal izquierdo asociado a masa renal.

Tras reestablecer la estabilidad hemodinámica, se amplía estudio de masa renal, confirmando tumor renal T2aN0M0. Con estos antecedentes se realiza de manera electiva nefrectomía radical izquierda laparoscópica, sin incidentes y con evolución post operatoria favorable. La biopsia del tumor renal diagnosticó un Carcinoma de células renales de tipo células claras, T1bN0M0, todos los bordes quirúrgicos negativos.

La resolución y evolución favorable de este caso demuestra la importancia de conocer el síndrome de Wunderlich y sus potenciales causas para su adecuado estudio y manejo. La conducta inicial debe estar encaminada al seguimiento clínico hasta la resolución del sangrado o de ser necesario, la nefrectomía radical.

Palabras clave: hemorragia, neoplasia renal, nefrectomía

METÁSTASIS GANGLIONAR RETROPERITONEAL GIGANTE DE SEMINOMA CLÁSICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Díaz Saavedra Rodrigo, Ortiz Koh Catalina, Muñoz Huerta Sebastián, Dr. Cristian Rodríguez Concha
Campus Sur, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: Los tumores malignos del testículo constituyen neoplasias infrecuentes del hombre en todo su ciclo vital (1%), sin embargo, entre los 20-34 años corresponden a los tumores sólidos más frecuentes. Los seminomas (tumores de células germinativas del testículo), en la mayoría de los casos conforman tumores confinados al testículo y en menos del 10% se diseminan fuera de las gónadas. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de presentación metastásica de seminoma en forma de tumor retroperitoneal gigante.

Información Clínica: Hombre de 21 años sin antecedentes. Consulta en urgencias en julio 2018 por cuadro de 4 meses de astenia, adinamia, dolor en fosa ilíaca derecha y baja de peso de 15 Kg. Examen físico: masa palpable no dolorosa en cuadrante inferior izquierdo abdominal y asimetría testicular con menor tamaño de testículo derecho, doloroso a la palpación. Con estudio que describe gran masa retroperitoneal, ingresa para laparotomía exploradora y biopsia incisional.

Exámenes: Ecografía testicular: Asimetría testicular por hipotrofia de testículo derecho, con microlitiasis en parénquima y disminución de vascularización. Tomografía abdomen y pelvis: Masa retroperitoneal heterogénea de 12,8x8,1x17,7 cm. que realza progresivamente con contraste. Comprime arterias renales y lumbares. Biopsia incisional: Morfología e inmunohistoquímica compatibles con metástasis ganglionar retroperitoneal de seminoma clásico.

Conclusión: Los seminomas corresponden a los tumores testiculares malignos más frecuentes. Su forma de presentación más común es como tumor confinado al testículo, pero en raras ocasiones pueden evolucionar con metástasis a distancia, lo que ensombrece su pronóstico y posibilidad de tratamiento curativo.

Palabras clave: Testicular Seminoma, Retroperitoneal lymph node dissection , Metastasis.

SARCOMA ESTROMAL PROSTATICO PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Muñoz Huerta Sebastián, Díaz Saavedra Rodrigo, Ortiz Koh Catalina, Dr. Rodriguez Concha Cristián
Servicio Urología, Hospital San José, Universidad de Chile

Resumen

Introducción: Los tumores prostáticos de origen mesenquimal representan entre 1-2% de las neoplasias malignas prostáticas. Son poco conocidas, especialmente las de origen estromal por lo que tienden a confundirse fácilmente con otras patologías prostáticas.

Suelen aparecer en pacientes de edad media y avanzada. Clínicamente se presentan como retención urinaria, hematuria y menos frecuentemente como dolor rectal o masa palpable abdominal. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de sarcoma estromal prostático. **Información clínica relevante:** Paciente masculino de 55 años. Sin antecedentes. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de dos días de evolución de disminución de volumen urinario progresivo llegando a la retención aguda de orina (RAO) asociado a dolor hipogástrico intenso. Sin otros síntomas asociados. Se instala sonda Foley e indica hospitalización.

Exámenes de laboratorio y/o descripciones imagenológicas principales: Creatinina: 2,3, nitrógeno ureico: 373, APE 1,1, orina completa no inflamatoria. Tomografía computada tórax-abdomen-pelvis describe masa prostática de posible origen neoplásico de 10x11x9 cms que determina moderada hidroureteronefrosis bilateral. En este contexto se decide biopsia de masa pelviana que concluye sarcoma estromal prostático. Se deriva para quimioterapia neoadyuvante y eventual cirugía.

Conclusiones: Los tumores del estroma prostático son lesiones raras, de mal pronóstico y su comportamiento clínico es prácticamente desconocido dada su escasa frecuencia. Algunos autores describen una mediana de sobrevida de 15 meses. Es por esto que se requiere un alto grado de sospecha frente a una patología tan infrecuente y con un posible desenlace fatal.

Palabras clave: Prostate cancer, sarcoma, urinary retention

TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI, UN EXTRAÑO TUMOR TESTICULAR. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Oscar Fernando Oliva Bertetti, Isabel Alejandra Gonzales Campama, Gregorio Francisco Maturana Cortés, Dr. Juan Francisco De la Llera Kurth.
Unidad de Hospitalización Adulto, Clínica Bicentenario.

Resumen

El tumor testicular de células de Sertoli (TTCS), una neoplasia testicular no germinal, deriva de los cordones sexuales del estroma testicular. Representa menos del 1% de los tumores testiculares, siendo extremadamente infrecuente, reportándose cerca de 200 casos en la literatura. No existe un parámetro clínico/ecográfico específico que lo diferencie de otros tumores testiculares, por lo que la orquiectomía radical para posterior biopsia continúa siendo el tratamiento de elección. Existen 3 subtipos histológicos de TTCS, con presentación y comportamientos distintos. Hasta un 10% se presenta como tumor maligno. Por su escasa incidencia el seguimiento oncológico no se encuentra estandarizado. Presentamos un nuevo caso de TTCS.

Hombre de 30 años, previamente sano, consulta por dolor testicular derecho, intermitente, de 1 mes de evolución. Al examen físico teste derecho se palpa doloroso, atrófico e irregular, teste izquierdo normal, no se constatan signos de hiperestrogenismo. Ecografía doppler testicular evidencia teste derecho con múltiples nódulos intraparenquimatosos, teste izquierdo normal. Marcadores tumorales (lactato deshidrogenasa, α -fetoproteína y β -gonadotropina coriónica humana) resultan normales. Se realiza orquiectomía radical derecha. Biopsia resulta concordante con TTCS de variante clásica, con cambios quísticos, sin atipia celular, mitosis, necrosis ni invasión vascular. Estudio de extensión a distancia resulta negativo. Tras 1 año de seguimiento el paciente se mantiene asintomático y libre de enfermedad.

Conocer el TTCS, su subtipo histológico, potencial diseminación y recurrencia resulta crucial para determinar el seguimiento oncológico, el que al no encontrarse estandarizado queda en manos del especialista tratante.

Palabras clave: Tumor de células de Sertoli, Tumor de Células de Sertoli Variante Clásica, Neoplasia testicular