Revista Chilena de Estudiantes de Medicina

Octubre 2023, Vol 14 N° 1, Supl 2.

Libro de Resúmenes

Congreso Chileno de Estudiantes de Medicina VII° Versión

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

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

Revista Chilena de Estudiantes de Medicina

Octubre 2023, Vol 14 N°1, Supl 2.

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

rcem.uchile.cl

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

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

EQUIPO EDITORIAL

EDITORA EN JEFE
Catalina Martínez Araya.
Interna de Medicina, U. de Chile, Santiago.

EDITORES EJECUTIVOS
Constanza Rojas Mella.
Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.
Diego Aller Acuña.
Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

EDITORES ASOCIADOS
Diego Carmona Lioi.
Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.
Vicente Tagle Terrazas.
Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.
Vanessa Uberuaga Gutiérrez.
Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.
María Ignacia Concha Vera.
Interna de Medicina, U. de Chile, Santiago.
Rodrigo Rivera Martínez.
Interno de Medicina, U. de Chile, Santiago.

EDITOR ASESOR
Dr. Abraham Gajardo Cortez.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Diplomado en Metodología de la Investigación Clínica, MEDICHI de la U. de Chile.
Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.
Doctor en Ciencias Médicas, U. de Chile.
Profesor Asistente Programa de Fisiopatología ICBM - Facultad de Medicina U. de Chile.

JEFA DE COMUNICACIONES
Enma Rojas Vargas.
Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN
Camila Palma Soto.
Diseñadora titulada de la U. de Chile, Santiago.

EDITORES CIENTÍFICOS
Dra. Mónica Ahumada Olea.
Médica Cirujana, U. de Chile.
Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.
Especialista en Oncología Médica, CONACEM.

Dr. Andrés Baloian Tataryan.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Pediatría, CONACEM.

Dra. Lucía Cifuentes Ovalle.
Médica Cirujana, U. de Chile.
Magíster en Ciencias Biológicas Mención Genética, U. de Chile.
Magíster en Bioestadística, U. de Chile.
Especialista en Genética Básica, U. de Chile.
Profesora Titular Programa de Genética Humana ICBM - Facultad de Medicina U. de Chile.

Mtr. Juan Correa Peña.
Matrón, U. de Valparaíso.
Magíster en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la U. de Chile.
Profesor Asociado Escuela de Salud Pública - Facultad de Medicina U. de Chile.

Dr. Felipe Farfán Flores.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Cirugía General, U. de Chile.
Profesor Instructor Dpto. de Cirugía Oriente - Hospital del Salvador, Facultad de Medicina U. de Chile.

Dr. Cristóbal Díaz Lorenzo.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Ortopedia y Traumatología, U. de Chile.
Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, U. de Chile.
Traumatólogo Hombro y Codo - Instituto Traumatológico de Santiago
Traumatólogo Hombro - Hospital Clínico U. de Chile.
Profesor Adjunto Dpto. Ortopedia y Traumatología - Facultad de Medicina U. de Chile.

Dr. Manuel Figueroa Giralt.
Médico Cirujano, U. del Desarrollo.
Especialista en Cirugía General, U. de Chile.
Especialista en Cirugía Digestiva, U. de Chile.
Curso Programa Entrenamiento Cirugía Laparoscópica. Johnson & Johnson Medical Innovation Institute.
Basic Course in Laparoscopic General Surgery. American Institute of Telesurgery. IRCAD.
Diplomado en Técnicas Básicas de Cirugía Laparoscópica Avanzada. Pontificia U. Católica de Chile.
Diplomado en Educación en Ciencias de la Salud. DECSA, U. de Chile.
Diploma Blended-Learning Simulación en Docencia Clínica, U. de Chile.
Diploma de Evaluación de Competencias en Educación Superior. UPERDOC, U. de Chile.

Profesor Asistente Dpto. de Cirugía Norte - Hospital Clínico de la U. de Chile, Facultad de Medicina U. de Chile.

Dr. Abraham Gajardo Cortez.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Diplomado en Metodología de la Investigación Clínica, MEDICHI de la U. de Chile.
Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.
Doctor en Ciencias Médicas, U. de Chile.
Profesor Asistente Programa de Fisiopatología ICBM - Facultad de Medicina U. de Chile.

Dra. Romina Gallardo Arancibia.
Médica Cirujana, U. Andrés Bello.
Diplomado de Postítulo Manejo Clínico en Psiquiatría del Adulto para Atención Primaria, U. de Chile.
Diplomado en Trauma Relacional y Trauma Complejo en Sexualidad. Intervenciones en niños, niñas, adolescentes y adultos/as. Mención Clínica y Psicosocial, Centro de Estudios de la Sexualidad Chile (CESCH).

Dr. Cristián González Alarcón.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Magíster en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la U. de Chile.
Profesor Asociado Escuela de Salud Pública - Facultad de Medicina U. de Chile.

Q.F Patricio González Hormazábal.
Químico Farmaceútico, U. de Chile.
Doctorado en Ciencias Biomédicas, U. de Chile.
Profesor Asociado Programa de Genética Humana ICBM - Facultad de Medicina U. de Chile.

Dr. Aníbal Hurtado Pinochet.
Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Dermatología, CONACEM.

Dr. Guillermo Martínez Salinas.
Médico Cirujano, U. Mayor.
Especialista en Cirugía General, U. de Chile.
Diplomado en Ética de la Investigación Biomédica, Pontificia U. Católica de Chile.
Diplomado en Programa Mejora Continua de la Docencia, U. de Chile.
Profesor Asistente Dpto. de Cirugía Centro - Hospital San Borja Arriarán, Facultad de Medicina U. de Chile.

Flga. Carla Muñoz Ñancupil.
Fonoaudiológa, U. de Concepción.
Magíster en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la U. de Chile.

Psicol. María Teresa Muñoz Quezada.
Psicóloga, U. de La Serena
Magíster en Psicología Mención Psicología Educacional, Pontificia U. Católica de Chile.
Doctora en Salud Pública, U. de Chile.
Profesora Asociada Escuela de Salud Pública - Facultad de Medicina U. de Chile.

Dra. Valeria Sabaj Diez.
Médica Cirujana, U. de Chile.
Doctora en Ciencias Biomédicas, U. de Chile.
Profesora Asociada Programa de Biología Celular y Molecular ICBM - Facultad de Medicina U. de Chile.

T.M. Nelson Varela Figueroa.
Tecnólogo Médico con Mención en Laboratorio Clínico, Hematología y Banco de Sangre, U. de Chile.
Magíster en Ciencias Biológicas con Mención en Bioquímica y Biología Molecular, U. de Chile.
Doctor en Ciencias Biomédicas, U. de Chile.
Postdoctorado asociado al Proyecto Millennium Grant Nº IMII P09/016-F Kalergis, A. (PI).
Profesor Asociado del Dpto. de Oncología Básico-Clínico - Facultad de Medicina U. de Chile.

Dra. Javiera Venegas Bustos.
Médica Cirujana con Minor en Ética Filosófica, U. de los Andes.
Especialista en Psiquiatría Adultos, U. de Chile.
Profesora Asistente del Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental Sur - Facultad de Medicina U. de Chile.

Klga. Karla Yohannessen Vásquez.
Kinesióloga, U. de Playa Ancha Ciencias de la Educación.
Diplomado en Toxicología, Pontificia U. Católica de Chile.
Diplomado en Ergonomía, Escuela de Kinesiología de la U. de Chile.
Magíster en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de la U. de Chile.
Doctora en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública, U. Autónoma de Barcelona.
Profesora Asistente Escuela de Salud Pública - Facultad de Medicina U. de Chile.
Profesora Asistente del Dpto. de Pediatría y Cirugía Infantil Norte - Facultad de Medicina U. de Chile.
Investigadora Centro de Ciencia del Clima y la Resiliencia (CR2), U. de Chile.

Congreso Chileno de Estudiantes de Medicina 2023

VII° Versión

Libro de Resúmenes

Nuevas Tecnologías y el Futuro de la Medicina

24-28 Julio 2023

CONTENIDO

8 ORGANIZADORES

11 BIENVENIDA

CASOS CLÍNICOS

12 ### SECCIÓN 1: MEJORES CASOS CLÍNICOS

PRIMER LUGAR: CC#86 ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4: UNA DESREGULACIÓN LINFOCÍTICA PRODUCTO DE LA INFECCIÓN POR VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO. 13

SEGUNDO LUGAR:CC# 82 SÍNDROME DE SHONE: 14

LA IMPORTANCIA DE SU SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ. 14

TERCER LUGAR:CC#23 COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA AGUDA, A PROPÓSITO DE UN HALLAZGO IMAGENOLÓGICO. 15

PREMIO ELOÍSA DÍAZ: CC# 68 PIODERMA GANGRENOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS CUTÁNEAS, A PROPÓSITO DE UN CASO. 16

17 ### SECCIÓN 2: CIRUGÍA

CC#29 TROMBOANGITIS OBLITERANTE CON AFECTACIÓN DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. 18

CC#42 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTREMIDAD SUPERIOR: PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUMOR RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO. 19

CC#75 OBTENCIÓN DE ALOINJERTOS CUTÁNEOS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO ALTERNATIVA A INJERTOS CUTÁNEOS TRADICIONALES. 20

21 ### SECCIÓN 3: MEDICINA INTERNA

CC#02 SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN Y VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. 22

CC#21 SÍNDROME AÓRTICO AGUDO INDOLORO, UNA POSIBILIDAD VIABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO. 23

CC#36 TUBERCULOSIS MILIAR CON COMPROMISO SUPRARRENAL, UN HALLAZGO CLÍNICO-RADIOLÓGICO. 24

CC#37 LINFOMA DE HODGKIN OLIGOSINTOMÁTICO COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE CASO. 25

CC#49 TETRAPARESIA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA AISLADA EN UN PACIENTE CON VASCULITIS ANCA (+), UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO. 26

CC#51 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA SECUNDARIO A MALIGNIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO. 27

CC#58 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS DISEMINADA: REPORTE DE UN CASO. 28

CC#70 SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ASOCIADO A ESCHERICHIA COLI EN EL ADULTO, UNA PRESENTACIÓN TÍPICA EN UNA POBLACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. 29

CC#81 DEBUT ATÍPICO DE LUPUS: GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES NEGATIVOS. 30

CC#86 ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: UNA DESREGULACIÓN LINFOCÍTICA PRODUCTO DE LA INFECCIÓN POR VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO. 31

32 **SECCIÓN 4: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

CC#11 ENFRENTAMIENTO DE LA ÚLCERA GENITAL AGUDA DE LIPSCHUTZ: A PROPÓSITO DE UN CASO. 33
CC#28 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO SELECTIVO EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 34
CC#57 ADENOMA TUBULAR BILATERAL: TUMOR MAMARIO BENIGNO RARO QUE PUEDE SIMULAR UN CÁNCER EN MUJERES JÓVENES. 35
CC#62 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ANEMIA FALCIFORME DURANTE EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 36

37 **SECCIÓN 5: NEUROLOGÍA**

CC#01 LA IMPORTANCIA DE RECONOCER UN PARKINSON PLUS, A PROPÓSITO DE UN CASO. 38
CC#07 ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. 39
CC#13 MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN INMUNOCOMPROMETIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO. 40
CC#40 ENCEFALITIS INMUNOMEDIADAS, DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL NEURÓLOGO Y MÉDICO INTERNISTA. 41
CC#60 SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DEBUTANDO COMO SÍNDROME PANCEREBELOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO. 42

43 **SECCIÓN 6: PEDIATRÍA**

CC#27 ENFERMEDAD DE LA ORINA CON OLOR A JARABE DE ARCE: A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES. 44
CC#30 CEREBELITIS AGUDA FULMINANTE POST INMUNIZACIÓN COVID-19 EN PREESCOLAR. 45
CC#41 DEFICIENCIA SELECTIVA DE IGA, UNA CAUSA DE INMUNOSUPRESIÓN EN PACIENTES ADOLESCENTES: REPORTE DE UN CASO. 46
CC#50 DIABETES MELLITUS NEONATAL: UNA ENTIDAD GENÉTICA INFRECUENTE. 47
CC#59 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA SECUNDARIO A MALIGNIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO. 48
CC#69 ROMBOENCEFALITIS ASOCIADO A ENTEROVIRUS EN PEDIATRÍA: UN COMPROMISO NEUROLÓGICO PARTICULAR. 49
CC#87 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MARCHA ATÁXICA. 50

51 **SECCIÓN 7: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

CC#15 ARTRODESIS DE TOBILLO: REPORTE DE UN CASO. 52
CC#47 FRACTURA EN HUESO PATOLÓGICO EN PRIMER METACARPIANO CON QUISTE ÓSEO SIMPLE: REPORTE DE UN CASO. 53

54 **Sección 8: dermatología**
CC#24 REPORTE DE UN CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MORFEA SÍMIL A UNA MALFORMACIÓN VASCULAR CAPILAR ADQUIRIDA. 55
CC#34 LUPUS PERNIO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SARCOIDOSIS SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO. 56

57 **Sección 9: otorrinolaringología**
CC#32 MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO. 58

59 **Sección 10: psiquiatría adultos**
CC#44 DE LA EUFORIA A LA DEPRESIÓN EN 24 HORAS: REPORTE DE CASO DE CICLADO ULTRADIANO EN TRASTORNO BIPOLAR Y SU ABORDAJE TERAPÉUTICO. 60
CC#77 SONAMBULISMO Y PIERNAS INQUIETAS, DOS EFECTOS ADVERSOS RAROS DE ESZOPICLONA Y QUETIAPINA, RESPECTIVAMENTE, EN UNA MISMA PACIENTE: REPORTE DE UN CASO. 61

62 **Sección 11: neurocirugía**
CC#76 NEUROCITOMA CENTRAL ANAPLÁSICO COMO CAUSA DE CEFALEA Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN PACIENTE JOVEN. 63

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

64 **Sección 1: mejor trabajo de investigación**
CC#09 ESTUDIO SOBRE CRONOTIPO Y ESTACIONALIDAD EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE SANTIAGO DE CHILE, EN EL AÑO 2022. 65

66 **Sección 2: pediatría**
CC#05 PERFIL DE EGRESO HOSPITALARIO POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN MENORES DE 4 AÑOS ENTRE LOS AÑOS 2018 A 2021 EN CHILE. 67
CC#38 COPROCULTIVO EN PEDIATRÍA: UNA EVALUACIÓN DE RENDIMIENTO Y COSTOS EN 5 AÑOS. 68
CC#45 UTILIDAD DEL COPROCULTIVO EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS AGUDA INTRAHOSPITALARIA: REVISIÓN DE 5 AÑOS. 69

70 **Sección 3: salud pública**
CC#06 ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR HIPERKALEMIA, ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2022 EN CHILE. 71

72 **Sección 4: Epidemiología**
CC#12 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD POR FASCITIS NECROTIZANTE EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2018 - 2022. 73
CC#65 ANÁLISIS DE TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN LOS AÑOS 2019-2022, CHILE. 74

ORGANIZADORES

Comité Organizador Competencia Científica COCEM 2023

Nicole Álvarez Campusano
Directora de la competencia científica COCEM 2023.
Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile.

Yamila Olivares González
Directora de la competencia científica COCEM 2023.
Estudiante de 5to año de Medicina de la U. de Chile.

Editora en Jefe, Libro de Resúmenes: Competencia Científica COCEM 2023

Yamila Olivares González
Directora de la competencia científica COCEM 2023.
Estudiante de 5to año de Medicina de la U. de Chile.

Editor Asistente, Libro de Resúmenes: Competencia Científica COCEM 2023

Matías Montecinos Montecino
Estudiante de 5to año de Medicina de la U. de Chile.

Organizadores

Vanessa Uberuaga Gutiérrez
Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile.

Constanza Rojas Mella
Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile.

Anghelo Zurita De la Barra
Estudiante de 4to año de Medicina de la U. de Chile.

Almendra Gómez Berríos
Estudiante de 3er año de Medicina de la U. de Chile.

Nicolás Vera Acuña
Estudiante de 4to año de Medicina de la U. de Chile.

Simón Benavides Avilés
Estudiante de 4to año de Medicina de la U. de Chile.

Matías Montecinos Montecino
Estudiante de 5to año de Medicina de la U. de Chile.

Scarlett Caroca Madariaga
Estudiante de 5to año de Medicina de la U. de Chile.

Matías Aguilera Mancilla
Estudiante de 5to año de Medicina de la Pontificia U. Católica de Chile

Cristóbal Aranda
Estudiante de 5to año de Medicina de la Pontificia U. Católica de Chile

Versión electrónica ISSN: 2735-7406 | Versión impresa ISSN: 2735-7406

Jurado Competencia Científica por Área

Cirugía Adultos:
Dr. Felipe Farfán - Cirujano General
Dr. Matías Toloza-Cirujano General
Dr. Manuel Figueroa- Cirugía Digestiva

Medicina Interna:
Dr. Abraham Gajardo - Médico Internista
Dr. Cristopher Madrid - Médico Internista
Dr. José Pedro de la Fuente - Médico Internista
Dr. Julio Moscoso - Médico Internista
Ginecología y Obstetricia:
Dr. Álvaro Herrera - Médico Ginecólogo
Dr. Sergio Valenzuela - Médico Ginecólogo
Dra. Pamela Bravo - Médica Ginecóloga
Dr. Marcelo Farías - Médico Ginecólogo

Neurocirugía:
Dr. David Aguirre - Médico Neurocirujano Estereotáctico & Funcional

Neurología:
Dr. Daniel Valenzuela - Médico Neurólogo de Adultos
Dr. Manuel Alvarado Pastenes - Médico Neurólogo de Adultos
Dra. Camila Collao - Médica Neuróloga de Adultos

Pediatría:
Dra. María Nalegach - Médica Pediatra Unidad Paciente Crítico
Dra. Yalda Lucero - Médica Pediatra Gastroenteróloga Infantil
Dra. María Elena Santolaya- Médica Infectóloga Pediátrica
Dra.Maria Macias- Médica Dermatología Pediátrica
Dra. Giannina Izquierdo- Médica Infectología Pediátrica
Dr. Kenneth Johnson- Médico Oftalmólogo -Estrabismo Pediátrico- Neuroftalmología
Dra. Mónica Troncoso- Médica Neuróloga Infantil

Traumatología y Ortopedia:
Dr. Cristóbal Díaz - Médico Traumatólogo de Adultos
Dr. Miguel Palet- Médico Traumatología deportiva y cirugía artroscópica
Dr. Álvaro Zamorano- Médico Traumatología deportiva y artroscopia

Dermatología:
Dr. Pablo Vargas - Médico Dermatólogo
Dra. Paula Giacaman - Médica Dermatóloga

Otorrinolaringología:
Dr. Andrés Alvo- Médico Otorrinolaringólogo

Salud Pública/ Epidemiología
Juan Pablo Hidalgo - Ingeniero Estadístico
Karla Yohannessen - Doctora en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública

Psiquiatría Adultos:
Dra. Romina Gallardo - Médica Salud Mental

BIENVENIDA

"La medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad" -William Osler.

Estimados congresistas:

Sean muy bienvenidos a la séptima edición del Congreso Científico de Estudiantes de Medicina (COCEM), organizado por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ACEM UC) y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile (ACEM UCH). Todos los años que se realiza el COCEM, una actividad trascendental es su competencia científica, en ella se demuestra todo el esfuerzo, curiosidad, ganas de innovar y aprender nuevos conocimientos de las distintas áreas qué componen la medicina, por parte de los futuros médicas y médicos de todo el país.

Esta competencia se lleva a cabo con la colaboración de muchas personas, quienes motivadas por el espíritu científico se han dado a la tarea de crear una competencia científica recopilando investigaciones de calidad, con apoyo de docentes qué comparten el gusto por la investigación. Todo esto en el marco de la ética qué se nos ha enseñado desde los inicios de nuestra futura profesión, a fin de velar por los derechos humanos y por consiguiente los de nuestros futuros pacientes.

Dejamos en sus manos las bases de está competencia, en esta se detalla el proceso de envío de los trabajos, fechas, pauta , entre otros. Esperamos qué su esfuerzo sea apreciado y recompensado cuando llegue el tan ansiado momento de presentar este nuevo conocimiento en el cuál se ha invertido tiempo y dedicación.

Los invitamos e instamos a mantener su lado curioso y explorar los avances en los distintos trabajos de investigación qué se presentarán, los casos clínicos muchas veces extraños y peculiares para algunos les llamarán la atención y los harán disfrutar esta instancia. Esperamos qué este Libro de Resúmenes pueda dar una idea del conocimiento qué año a año se va construyendo por jóvenes, qué velando por el resguardo de los D.D.H.H y la ética que conlleva la futura práctica profesional, nos muestran una parte de su trabajo.

Finalmente, queremos agradecer a todos los investigadores y tutores qué gracias a su ímpetu de búsqueda de conocimiento se dieron el trabajo de hacer esto. También, agradecemos enormemente a todos aquellos docentes que forman parte de la Escuela de Medicina, y que participaron en la revisión de cada uno de los trabajos expuestos. Esperamos que esta instancia haya sido de su total agrado. Asimismo, apreciamos el patrocinio de: Julin Serra, Editorial Mediterráneo, Ediciones UC, CTO Chile y Elsevier, que formaron parte de esta maravillosa instancia.

En el siguiente libro damos a conocer los casos clínicos y trabajos de investigación aceptados y presentados en las áreas de Cirugía Adultos, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Salud Pública/ Epidemiología, Medicina Interna, Neurocirugía, Neurología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría Adultos, Traumatología y Ortopedia, y Radiología.

¡Esperamos verlos el próximo año en la Competencia Científica del COCEM 2024!

Un afectuoso saludo,
Nicole Álvarez Campusano y
Yamila Olivares González
Directoras de la Competencia Científica
COCEM 2023
Comité Organizador Competencia Científica
COCEM 2023
Séptimo Congreso Chileno de
Estudiantes de Medicina 2023
Universidad de Chile,
Pontificia Universidad Católica de Chile.

Versión electrónica ISSN: 2735-7406 | Versión impresa ISSN: 2735-7406

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 1:
MEJORES CASOS CLÍNICOS

PRIMER LUGAR: CC#86 ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4: UNA DESREGULACIÓN LINFOCÍTICA PRODUCTO DE LA INFECCIÓN POR VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La enfermedad relacionada a IgG4 (ER-IgG4) es una infrecuente afección fibroinflamatoria inmunomediada caracterizada por una infiltración tisular linfoplasmocitaria con predominio de células plasmáticas positivas para IgG4 y fibrosis estoriforme. Sus manifestaciones incluyen el síndrome de Mikulicz, pancreatitis autoinmune, colangitis esclerosante, entre otras. La coexistencia de ER-IgG4 y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es anecdótica, solo existen 6 casos reportados. Sin embargo, no sería una casualidad, el VIH podría participar de su patogenia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer, 59 años, con antecedentes de VIH en terapia antirretroviral hace 20 años, diabetes mellitus 2, hipotiroidismo y asma. Consulta por aumento progresivo de volumen submandibular y parotídeo bilateral de 6 meses de evolución, sin síntomas acompañantes. Al examen físico múltiples adenopatías submandibulares, aumento de volumen indurado de glándulas submandibulares y parotídeas, sugerente de síndrome de Mikulicz, resto del exámen físico sin hallazgos relevantes. Ante sospecha de neoplasia asociada a VIH se realizó biopsia de glándulas submandibulares, cuyo resultado fue compatible con ER-IgG4. Se evidenciaron niveles séricos elevados de IgG4: >1.200 mg/dL, confirmando el diagnóstico. También se demostró pancreatitis autoinmune (tomografía computada) e insuficiencia pancreática severa (elastasa fecal: 36 ug/g). Se inicia tratamiento con prednisona asociada a micofenolato y Creón (enzimas pancreáticas). Paciente evoluciona con disminución de niveles de IgG4 (455 mg/dL) con regresión de adenopatías y del compromiso parotídeo.

DISCUSIÓN:
Este caso es relevante pues la patogenia de la asociación entre ER-IgG4 y el VIH es incomprendida. Postulamos que el VIH es capaz de producir una desregulación linfocítica y desencadenar una reacción de autoinmunidad que participaría en la patogenia de la ER-IgG4. Sugerimos considerar la ER-IgG4 en el diagnóstico diferencial de pacientes con características compatibles con las expuestas en el caso descrito. El tratamiento que recomendamos por su rápida mejoría clínica son los corticoides asociados a inmunomoduladores.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad relacionada con IgG4, VIH, Síndrome de Mikulicz.

Responsables

Celis Rubio P. (1), González Sandoval A. (1), Berrezueta Ocaranza D. (1), Ruiz Carmona M. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: pablocelis@ug.uchile.cl

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

(1) Alumnos de Medicina 5o Año, Universidad de Chile.
(2) Médico Especialista Broncopulmonar HCUCH, Profesor asociado Universidad de Chile.

SEGUNDO LUGAR:CC# 82 SÍNDROME DE SHONE: LA IMPORTANCIA DE SU SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El síndrome de Shone es una cardiopatía congénita de muy baja prevalencia. Fue descrita por primera vez en 1963 y actualmente corresponde al 0.6% de las cardiopatías congénitas. Es caracterizada por una combinación de obstrucciones del tracto de salida del ventrículo izquierdo (LVOT) que incluyen un anillo mitral supravalvular, estenosis de la válvula mitral, coartación aórtica y estenosis subaórtica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
RNT de 39 semanas, AEG, sexo masculino. Embarazo controlado, sin patologías ni diagnósticos antenatales. Presenta un parto eutócico sin complicaciones. Al segundo día de vida se pesquisa dificultad respiratoria posterior a la alimentación y un soplo sistólico V/VI. Se hospitaliza para estudio, en el que se encuentra un ecocardiograma con hallazgo de hipoplasia del arco aórtico con probable coartación aórtica crítica yuxtaductal, estenosis válvula aórtica, CIV muscular posterior amplia, FOP y ductus permeable pequeño. Se inician prostaglandinas tituladas según tamaño del DAP y se mantienen hasta resolución quirúrgica. Se realiza cirugía cardíaca con reparación del arco aórtico, intento de cierre de CIV y calibración de CIA. Al control postoperatorio con ecocardiografía, destaca parche de CIV desplazado y septum interventricular con defecto amplio con flujo de izquierda a derecha exclusivo. En este contexto se decide realizar Banding de AP, con el objetivo de redistribuir la sangre bombeada por el corazón al territorio sistémico. Evoluciona en buenas condiciones y queda con plan de cierre definitivo de CIV en 6 meses.

DISCUSIÓN:
A diferencia de otras cardiopatías, las lesiones obstructivas del Síndrome de Shone tienden a empeorar con el tiempo. La severidad de la obstrucción mitral es el indicador más significativo de sobrevida y pronóstico a largo plazo. Es por esto que un diagnóstico e intervención temprana mejora los outcomes del paciente. Además, se postula que el diagnóstico de coartación aórtica o alteraciones de la válvula mitral deben hacer sospechar de otros defectos cardiacos asociados, ya que estas dos anomalías se presentan juntas en el 20-59% de los casos, mientras que el anillo supravalvular mitral se asocia con otros defectos en casi el 90% de los casos. El manejo es quirúrgico y busca corregir los defectos antes del desarrollo de hipertensión pulmonar. Generalmente se realiza en etapas y se debe ir ajustando a las particularidades de cada caso, siempre con el objetivo de redistribuir el flujo al territorio sistémico mediante la reducción de la resistencia en el tracto de salida del VI.

PALABRAS CLAVE: Cardiopatía congénita, Síndrome de Shone, LVOT, Cardiocirugía.

Responsables

Guenim Alé, N. (1), Ghiglino Canales, F. (1), Yaluff Armendáriz, C. (1), Mendez Villanueva, D. (1), Frugone Aldona, C. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: nicole.guenim@uc.cl

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

(1) Estudiantes de 6to año de medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile.
(2) Médico Cirujano,Pediatra del Hospital Sótero del Río.

TERCER LUGAR:CC#23 COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA AGUDA, A PROPÓSITO DE UN HALLAZGO IMAGENOLÓGICO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La colecistitis aguda alitiásica (CAA) se define como una patología inflamatoria - necrótica aguda de la vesícula biliar en ausencia de cálculos biliares. Es una entidad poco frecuente, que da cuenta de menos del 10% de los casos de colecistitis, siendo más prevalente en pacientes críticos. Posee una fisiopatología compleja y multifactorial, dentro de sus causas destacan cirugía mayor, procesos infecciosos, fármacos, traumatismos, ventilación mecánica, nutrición parenteral, quemaduras, entre otros. En general, sus manifestaciones clínicas son atípicas e inespecíficas, variando según su mecanismo causal y gravedad; por lo que el diagnóstico será realizado mediante la presencia de factores de riesgo, clínica sugerente, imagenología concordante y exclusión de diagnósticos diferenciales. Su tratamiento requiere como intervención inmediata la estabilización hemodinámica y posterior drenaje de la vía biliar o colecistectomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se presenta el caso de un paciente masculino de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial. Hospitalizado en contexto de reparación de aneurisma aórtico abdominal infrarrenal sintomático con prótesis endovascular, que durante postoperatorio evoluciona con anemización progresiva y reiterados episodios de hipotensión que responden parcialmente a volumen, sin exteriorización de sangrado; asociado a alteraciones inespecíficas al laboratorio, por lo que se solicita Angio TC de control que impresiona endofuga tipo III y, como hallazgo imagenológico, imágenes compatibles con colecistitis alitiásica. Se realiza colecistectomía laparoscópica, en protocolo se describe vesícula sobredistendida, edematosa, con áreas de necrosis en parche, sin cálculos en su interior. Paciente evoluciona de forma favorable. Biopsia postoperatoria: colecistitis necrotizante, vesícula sin cálculos.

DISCUSIÓN:
Mediante el caso presentado, se puede evidenciar cómo la CAA es una patología poco frecuente pero de gran severidad, además de poseer una gran mortalidad. Mantener una alta sospecha clínica de CAA en pacientes críticos postquirúrgicos es esencial para un diagnóstico y tratamiento tempranos, permitiendo intervención oportuna que mejore los resultados clínicos y pronóstico de tales pacientes.

PALABRAS CLAVE: Colecistitis alitiásica, Colecistectomía, Aneurisma.

Responsables

González Salgado, T. (1), Grass Briones, B. (1), Garrido Quintana, C. (1), Robledo Pizarro, C. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: tpgonzalez@ug.uchile.cl

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

(1) Interna/o Medicina de 7mo año. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
(2) Residente de Cirugía General. Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte. Doctor Carlos Lorca Tobar #999, Independencia, Santiago, Chile.

PREMIO ELOÍSA DÍAZ: CC# 68 PIODERMA GANGRENOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS CUTÁNEAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica inflamatoria y ulcerada en la piel, más frecuente en mujeres de 40 a 60 años.Más comunes son tipo pápula-pústula de bordes violáceos e infiltrados y base purulenta, pero puede desarrollar úlceras dolorosas. Más de la mitad de los pacientes la desarrollan en relación a otra afección sistémica concomitante tales como enfermedad inflamatoria intestinal, desórdenes hematológicos y artritis; la búsqueda dirigida de estos antecedentes es fundamental para el enfrentamiento clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 55 años, con diarrea crónica inespecífica e insuficiencia venosa leve. Consulta por cuadro de 24 horas de evolución de dolor punzante en cara medial de la extremidad inferior izquierda, con posterior aparición de lesión dolorosa y aumento de volumen blando progresivo. Inicialmente tratado con Flucloxacilina, reconsulta por intenso aumento del dolor y del tamaño de la lesión violácea con ulceración central, ajustando a Clindamicina + Ceftriaxona. Laboratorio destaca aumento agudo de creatinina y hemoglobinuria, sospechando loxoscelismo cutáneo-visceral, se inicia hidrocortisona. Progresa con celulitis sobreagregada, escalando a Vancomicina + Tazonam logrando buena respuesta. Se rescata colonoscopia previa hace 8 meses con rectocolitis ulcerosa. En nueva colonoscopía se informa pancolitis ulcerosa, y biopsia cutánea informa úlcera cutánea sobre dermatosis neutrofílica, concordante con pioderma gangrenoso. Se realiza inyección intralesional de corticoides y se inicia inmunosupresión con mesalazina, logrando cicatrización de lesión. Se complementa tratamiento con ácido fusídico con betametasona tópicos y se decide alta a domicilio para curaciones simples.

DISCUSIÓN:
Dentro de los principales diagnósticos diferenciales de úlceras cutáneas crónicas están las úlceras de causa infecciosa, diabética y vascular. Las etiologías menos frecuentes deben ser consideradas cuando no muestra signos de curación pese a manejo convencional, el dolor es desproporcionado o la apariencia de la misma es atípica, como en este caso.

PALABRAS CLAVE: Pioderma gangrenoso, Úlcera cutánea, Vasculitis.

Responsables

Bonilla Castro, M. (1), Palacios Vera, C. (1), Peña Álvarez, I. (1), Vásquez Ruiz, M. (1), Mori Sánchez, A. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: nicole.guenim@uc.cl

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

(1) Interna 7° año de Medicina de la Universidad de Chile.
(2) Residente de Dermatología, Universidad de los Andes.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 2:
CIRUGÍA

CC#29 TROMBOANGITIS OBLITERANTE CON AFECTACIÓN DISTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La Tromboangitis Obliterante (TAO) es una patología inflamatoria no ateroesclerótica caracterizada por la oclusión trombótica segmentaria en las extremidades, tanto de arterias, venas y nervios de pequeño a mediano calibre. Se asocia a una agregación de leucocitos polimorfonucleares, microabscesos y células gigantes multinucleadas. A diferencia de la aterosclerosis, que afecta la íntima y la media, la TAO se manifiesta por la infiltración celular en las 3 capas de la pared arterial. La incidencia en Chile es desconocida, pero según series norteamericanas su prevalencia va desde 12.6-40 casos por cada 100.000 personas. El rango de prevalencia es entre 20 y 45 años con predominio en el sexo masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se reporta el caso de un hombre de 33 años con antecedentes de tabaquismo activo y consumo de cocaína. Consultó por primera vez en el Hospital de Arica por una lesión de un mes de evolución localizada en la extremidad inferior derecha (EID), que progresó a gangrena de 3er y 4to ortejo, requiriendo la amputación de estos. Es derivado al Hospital Clínico de la Universidad de Chile en contexto de isquemia crítica de EID para la realización de una arteriografía diagnóstica y eventual tratamiento con angioplastía. En este contexto, se inició anticoagulación con heparina sódica, doble antiagregación, cilostazol oral, analgesia endovenosa y curaciones diarias.

DISCUSIÓN:
Fue sometido a angiografía y angioplastia con balón a arteria tibial posterior y poplítea distal derecha, evidenciándose presencia de oclusión con arterias colaterales en sacacorcho. Posterior a la intervención, se logró mejora clínica, por lo que se decidió suspender heparina sódica, realizar traslape a rivaroxabán vía oral, y continuar con seguimiento de manera ambulatoria. Se debe recalcar, que pese al óptimo manejo y revascularización realizado, el tratamiento definitivo es el cese del hábito tabáquico de manera permanente.

PALABRAS CLAVE: Angioplastia, Isquemia Crítica de Extremidades, Tromboangitis Obliterante.

Responsables

Pedreros Valenzuela, C. (1), Arroyo Henríquez, C. (1), Sierra Merello, F. (2), Valenzuela Lopetegui, F. (2), Robledo Pizarro, C. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: cipv97@gmail.com

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

(1) Interno Medicina de 7° año, Universidad Autónoma de Chile.
(2) Interno Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(3) Médico Cirujano, Becado de Cirugía General de la Universidad Católica del Norte, Coquimbo.

CC#42 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTREMIDAD SUPERIOR: PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUMOR RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La Trombosis Venosa Profunda (TVP) de la extremidad superior (TVPS) es una manifestación de enfermedad tromboembólica venosa que comparte características con la TVP de miembros inferiores y el tromboembolismo pulmonar (TEP). La TVPS representa 5-10% de TVP, producto de factores como: menor número de válvulas venosas, ausencia de redes venosas complejas, menor presión hidrostática y mayor actividad fibrinolítica en las extremidades superiores. La TVPS puede ser espontánea o secundaria a canulación venosa, condiciones protrombóticas o traumatismos. Su diagnóstico es complejo debido a su baja frecuencia y presentación clínica variable con signos de congestión venosa no específicos: dolor, edema y dilatación venosa superficial. Su manejo inicia con anticoagulación, evaluando el riesgo-beneficio del paciente. La TVPS se relaciona con el cáncer, pudiendo ser un factor pronóstico de mortalidad, asociación aún no completamente establecida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente masculino de 56 años con sospecha de TVPS diagnosticado mediante imagenología con TVPS en la vena subclavia. Se realizó un estudio etiológico, revelando un tumor renal y realizándose nefrectomía radical tras una discusión multidisciplinaria entre los equipos de cirugía vascular y urología. Actualmente en tratamiento anticoagulante.

DISCUSIÓN:
Este caso ilustra el proceso de sospecha, diagnóstico y tratamiento de la TVPS, así como la importancia de investigar su causa. Destaca la relación entre la TVPS y el cáncer, un tema de estudio actual en la literatura médica. El examen físico tiene una especificidad del 30-64%, requiriendo algoritmos y estudios de imagen para mejorar su detección.En resumen, la TVPS es una entidad clínica infrecuente, de presentación variable cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y el uso de herramientas diagnósticas adecuadas. Su manejo incluye anticoagulación y la investigación de causas subyacentes, como el cáncer.

PALABRAS CLAVE: Trombosis Venosa Profunda de la Extremidad Superior, Nefrectomía, Neoplasias Renales.

Responsables

Erazo Neira, J. (1), Perez Castillo, C. (2), Arriagada Valdés, F. (1), Gutiérrez Arriagada, B. (1), Bezama Urriola, P. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: josefaerazoneira@gmail.com

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

(1) Interno/a de Medicina 6to año, Universidad de Concepción.
(2) Alumno de Medicina 5to año, Universidad de Concepción.
(3) Médico-Cirujano, Urólogo. Departamento de Urología Hospital Regional de Concepción, Chile.

CC#75 OBTENCIÓN DE ALOINJERTOS CUTÁNEOS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO ALTERNATIVA A INJERTOS CUTÁNEOS TRADICIONALES.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La obesidad es la epidemia del siglo XXI, alcanzando una prevalencia en Chile de 33,4% (2016-2017). Dentro de las opciones terapéuticas, destaca la cirugía bariátrica como una segura y eficaz. Durante 2008 se realizaron aproximadamente 30.000 en Sudamérica, se estima que 1.500 fueron en Chile.
Si bien los beneficios son variados, junto con la pérdida masiva de peso, se suele cursar con excedentes cutáneos significativos, lo cual impacta negativamente en la calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente de sexo femenino de 46 años, con antecedente de obesidad grado III (peso 180 kg, IMC 80), además de diversos antecedentes cardiovasculares. Ingresa al programa de obesidad, logrando perder suficiente peso para ser candidata a bypass gástrico, realizado sin incidentes. La paciente continúa perdiendo peso hasta llegar a 99.5 kg, evolucionando con importante excedente cutáneo abdominal tipo "en delantal". Se discute el caso con Cirugía Plástica, dada su estabilidad clínica se ingresa para lipectomía de aseo, procedimiento sin incidentes, obteniendo un colgajo lipocutáneo de 11.665 kg y 3987.5 cm2 de superficie.

DISCUSIÓN:
Habitualmente el tejido extirpado se desecha, pero en este caso, dada su envergadura, fue preparado según indicaciones de procuramiento para ser donado al Banco de piel de Tarapacá.
Los autoinjertos cutáneos son el estándar de tratamiento en situaciones clínicas que ameritan cobertura/sustituto cutáneo, sin embargo no siempre dan a basto. En esos casos, los aloinjertos cutáneos son una alternativa viable, si cumplen todas las normas de seguridad. La norma técnica ministerial, reserva su obtención a partir de donantes cadavéricos, lo cual dificulta la cantidad obtenida. A raíz de este caso, se propone la ampliación y planificación de obtención de aloinjertos de donantes vivos que se someten a este tipo de procedimientos.

PALABRAS CLAVE: Obesidad, Lipectomía, Cirugía bariátrica, Aloinjerto.

Responsables

Vásquez Arancibia N. (1), Valdebenito Alvarado R. (1), Bahamondes Carrasco C. (1), Pardo Beltrán C. (1), Salazar Franchini C. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: nicolasvasquez@ug.uchile.cl

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

(1) Interno/a Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(2) Médica Cirujana, Becada Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 3:
MEDICINA INTERNA

CC#02 SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN Y VASCULITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El Síndrome Riñón-Pulmón (SRP) se caracteriza por la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) acompañada de glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). Dentro de sus etiologías destacan las vasculitis asociadas a Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA).

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Hombre, 45 años, diabético tipo 1 de larga data. Presenta cuadro de una semana de disnea progresiva, tos con expectoración hemoptoica, palpitaciones, sensación febril no cuantificada, compromiso del estado general y orinas espumosas, con dos consultas previas manejadas como infección respiratoria alta. Al examen físico destaca palidez mucocutánea, mucosa oral con estrías de sangre y crepitaciones finas bibasales. Exámenes: hemoglobina 6.9 g/dL, creatinina 4.39 mg/dL, orina completa con proteinuria +++, glóbulos rojos 10-20 por campo, dismorfia <5%. Estudio tomográfico evidencia múltiples focos pulmonares con vidrio esmerilado. Se realiza fibrobroncoscopía destacando bronquios principales con sangre fresca, recolectando lavado bronquioalveolar con recolección cada vez más hemática con presencia de mácrofagos con hemosiderina compatible con HAD, con estudio infeccioso negativo. Se mantiene estable sin falla respiratoria y se amplía estudio: proteinuria de 4.34 gramos en 24 horas, ANCA Mieloperoxidasa (MPO) positivo (67.9 Ud), interpretándose falla renal en contexto de GNRP. Cuadro compatible con SRP secundario a Vasculitis ANCA MPO, iniciándose metilprednisolona en bolos y ciclofosfamida. Evoluciona con mejoría clínica y de función renal hasta creatinina 1.95 mg/dL.

DISCUSIÓN:
Las vasculitis asociada a ANCA son un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por inflamación y necrosis de vasos pequeños. La manifestación como SRP es poco frecuente y se asocia a una alta morbimortalidad, requiriendo manejo inmunosupresor agresivo precoz basado en corticoides y ciclofosfamida o rituximab. En pacientes con SRP el enfoque multidisciplinario es esencial para un estudio precoz y la instauración de terapia agresiva con el fin de evitar lesiones irreversibles o mortales.

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

Responsables

Fuentes Yévenes, J. (1), Garcés González, L. (1), Román Cheuque, A.(1), Retamal Ramos, N. (1), Sotomayor Van Bladel, C. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: javier.fuentes.y@ug.uchile.cl

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

(1) Interno/a de Medicina, Universidad de Chile.
(2) Médica Internista, Hospital San Juan de Dios.

CC#21 SÍNDROME AÓRTICO AGUDO INDOLORO, UNA POSIBILIDAD VIABLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La disección aórtica es una emergencia médica potencialmente mortal que generalmente se manifiesta con un intenso dolor en el pecho o en la parte posterior. Sin embargo, en casos poco comunes, esta condición puede presentarse de manera indolora o con síntomas atípicos, dificultando su diagnóstico temprano. Presentamos un caso clínico inusual de una disección aórtica indolora en un paciente hipertenso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Un paciente de 53 años con antecedente de hipertensión arterial se presentó al servicio de urgencias por hematemesis. Sin dolor ni otros síntomas relevantes, el paciente estaba hemodinámicamente estable. La tomografía de abdomen reveló una disección aórtica confirmada posteriormente por AngioTc. Se identificó una disección aórtica tipo B desde el tronco braquial hasta la arteria ilíaca izquierda. La ausencia de dolor planteó un desafío diagnóstico y resaltó la variabilidad en la presentación clínica de la disección aórtica.

DISCUSIÓN:
La disección aórtica indolora es una presentación atípica que dificulta su diagnóstico temprano. Factores como la localización y extensión de la disección, así como la compensación del flujo sanguíneo por ramas colaterales, pueden influir en la ausencia de dolor. Las pruebas diagnósticas adecuadas, como la tomografía computarizada y el AngioTc, fueron cruciales para establecer el diagnóstico correcto y determinar la extensión de la disección. La detección temprana y el manejo adecuado de la disección aórtica son fundamentales para prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico. En este caso, se inició un tratamiento médico agresivo para controlar la presión arterial y se consideró la posibilidad de intervención quirúrgica o endovascular según la estabilidad hemodinámica y la extensión de la disección.

PALABRAS CLAVE: Síndrome aórtico agudo, Disección aórtica, Indolora.

Responsables

Cáceres Hernández, A.(1), Hermosilla Cuevas, M. (1), Fonck Larraín, M. (1), Morales Contreras, C.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: acaceresh@uft.edu

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

(1) Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
(2) Tutora, Médica Cirujana, Santiago, Chile.

CC#36 TUBERCULOSIS MILIAR CON COMPROMISO SUPRARRENAL, UN HALLAZGO CLÍNICO-RADIOLÓGICO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La tuberculosis miliar (TM) es una enfermedad provocada por la diseminación hematógena del Mycobacterium tuberculosis con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La insuficiencia suprarrenal manifiesta ocurre sólo en el 1% de los casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente femenina de 70 años, hipertensa y diabética no insulino requiriente, consulta por cuadro de un mes de evolución de compromiso del estado general, anorexia, baja de peso no cuantificada y sudoración nocturna. Ingresa somnolienta, hipotensa, taquicárdica y mal perfundida, que responde a la volemización con cristaloides. En el laboratorio de ingreso destaca insuficiencia renal aguda de aparente causa prerrenal asociado a piuria aséptica. Al resolverse la falla renal evoluciona con persistencia de hiponatremia y tendencia a la hipoglicemia. Se realiza scanner de tórax, abdomen y pelvis con contraste que informan micronódulos pulmonares, asociado a nódulo pulmonar solitario (NPS) en base del lóbulo superior derecho, infiltración bilateral suprarrenal y focos de nefritis derecha, compatible con tuberculosis miliar con compromiso suprarrenal, pulmonar y renal. Se decide notificar sospecha e inicio de tratamiento antituberculoso con esquema habitual, se suplementa con hidrocortisona y se amplía estudio en donde se descarta compromiso cerebral, VIH, sífilis y hepatitis B y C. No se logra confirmar mediante estudios microbiológicos la presencia de Mycobacterium tuberculosis en sangre, orina ni esputo, sin embargo, dado mejoría clínica y buena respuesta a tratamiento, se entrega alta con evaluación ambulatoria por cirugía de tórax para eventual biopsia del NPS.

DISCUSIÓN:
La TM es una patología de difícil diagnóstico dada su versatilidad clínica, de laboratorio y radiológica. Sin embargo, dada la alta morbimortalidad asociada, ante la sospecha se debe iniciar tratamiento empírico y buscar confirmación microbiológica con PCR, test de tuberculina, "Interferon Gamma Release Assays" e incluso histológica, ya que no se puede descartar que sea una diseminación hematógena de una neoplasia.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis Miliar, Insuficiencia Suprarrenal, Nódulo pulmonar solitario.

Responsables

Rojas Espejo, F. (1), Cancino Salinas, R. (1), Zúñiga Santelices, M. (1), Vásquez Caroca, E. (1), Seguel Betancur, R. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: Flrojase@udd.cl

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

(1) Interno Medicina de 7° año, Universidad del Desarrollo.
(2) Médico Cirujano, Residente Medicina Interna Universidad del Desarrollo.

CC#37 LINFOMA DE HODGKIN OLIGOSINTOMÁTICO COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La fiebre de origen desconocido (FUO) se define como una fiebre persistente de más de tres semanas, cuya causa es difícil de determinar. Puede ser resultado de diversas enfermedades como infecciosas, autoinmunes, neoplásicas, entre otras. Las neoplasias hematológicas pueden causar FUO, siendo un desafío diagnóstico en pacientes con comorbilidades y superposición de síntomas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente de 58 años con enfermedad renal crónica (ERC) anúrica de larga data y antecedente de trasplante renal en 1986. Fue hospitalizado para estudio de una fiebre de un mes de evolución, adenopatía submandibular e inguinal, fatiga y dolores articulares. Durante su estancia en el hospital tuvo un solo episodio de fiebre, y se encontró una PCR elevada e hipercalcemia independiente de PTH, con serología viral y autoinmune negativa. Un TAC de tórax, abdomen y pelvis reveló adenopatías supra e infradiafragmáticas y nódulos pulmonares, y finalmente una biopsia ganglionar reveló hallazgos compatibles con linfoma de Hodgkin.

DISCUSIÓN:
La FUO puede tener múltiples etiologías, incluyendo idiopáticas (51%), autoinmunes 22%), infecciosas (16%) y oncológicas (7%). El linfoma de Hodgkin, una neoplasia hematológica rara, pero con buen pronóstico, fue el diagnóstico en este caso. El desafío estuvo en la inespecífica y larvada sintomatología del paciente, que ingresó afebril y se mantuvo así durante varios días. La persistencia de fatiga e hipercalcemia posiblemente maligna llevaron a continuar con el estudio y eventual diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Linfoma de Hodgkin, Fiebre De Origen Desconocido, Enfermedad Renal Crónica.

Responsables

Varela Ercilla, E. (1), González Cortés, P. (1), Castelli Rojas, I. (1), Rivas Segura, N. (1), Ortega Fuenzalida, J. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: eduardo.varela@uc.cl

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

(1) Interno de Medicina de 6to año, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
(2) Médico Cirujano Residente de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

CC#49 TETRAPARESIA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA AISLADA EN UN PACIENTE CON VASCULITIS ANCA (+), UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), se caracteriza por la presencia de anticuerpos que desencadenan una respuesta inflamatoria en los vasos de pequeño calibre. La afectación del sistema nervioso periférico es frecuente (15% en Granulomatosis con poliangitis, 70% en Poliangeitis microscópica y 80% en síndrome de Churg-Strauss), sin embargo, este suele presentarse en concomitancia al daño más frecuente de otros sistemas como vía aérea superior, pulmonar y renal. Habitualmente se presenta con mononeuritis múltiple (MNM) y polineuropatía distal. Dado lo infrecuente que es su afectación única (estimado en menos del 5%), implica un importante desafío diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se presenta el proceso diagnóstico de una mujer de 74 años que experimentó parestesias y tetraparesia hipotónica arrefléctica progresiva durante dos semanas, lo que inicialmente sugirió un síndrome de Guillain-Barré. Sin embargo, después de realizar una punción lumbar sin evidencia de disociación albumino-citológica y una electromiografía con patrón de mononeuritis múltiple (MNM), se descartó este diagnóstico y se planteó la hipótesis de una neuropatía vasculítica que se confirmó mediante anticuerpos ANCA anti-MPO positivos. Se inicia corticoterapia con terapia inmunosupresora con mejoría progresiva de sintomatología.

DISCUSIÓN:
Es importante tener en cuenta esta forma de presentación aislada de vasculitis ANCA (+), ya que requiere un diagnóstico y tratamiento temprano. Este tipo de presentación tiene un mayor riesgo de recaída y una incidencia más alta de dolor crónico en contraste con su manifestación con sintomatología sistémica. La realización de una electromiografía resulta fundamental, ya que puede revelar un daño axonal con un patrón de MNM, lo cual aumenta la sospecha de neuropatía vasculítica. En resumen, el diagnóstico de la vasculitis ANCA con neuropatía vasculítica aislada representa un desafío debido a su rareza, pero es esencial considerarlo para garantizar un manejo adecuado.

PALABRAS CLAVE: Cuadriplejía, Neuropatía vasculítica, Mononeuritis múltiple.

Responsables

Riveros Salinas C. (1), Del Río Gómez C. (1), Badilla Alfaro M. (1), Miranda Flores M. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: cristobalriveros@ug.uchile.cl

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

(1) Interno Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(2) Becado de Medicina Interna, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Santiago de Chile.

CC#51 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA SECUNDARIO A MALIGNIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Las microangiopatías trombóticas (MAT) son un grupo de entidades caracterizadas por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, niveles variables de daño de órgano blanco, incluyendo insuficiencia renal y compromiso neurológico. Las dos entidades más frecuentes son: síndrome hemolítico urémico (SHU) y púrpura trombótico trombocitopénico (PTT). Su etiología puede ser primaria o secundaria, siendo esta última relacionada con infecciones virales, neoplasias, autoinmunidad, entre otros. El retraso de tratamiento se asocia a alta mortalidad, por esto, es importante conocer esta patología y mantener una alta sospecha.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Hombre 58 años, antecedente de adenocarcinoma de recto en tratamiento y dos episodios de PTT desde diagnóstico. Ingresa con compromiso de conciencia cualitativo, disartria, náuseas, vómitos, hematoquecia, ictericia, sensación febril. Al examen físico, febril, Glasgow Coma Scale 12, ictericia en escleras y piel, paresia hemicuerpo izquierdo. Laboratorio destaca: Hemoglobina 4.5 gr/dl, Esquistocitos ++, plaquetopenia (10.000/mcL), reticulocitosis (11.2%), LDH 1476 UI/L, hiperbilirrubinemia (total: 3.67 mg/dl, indirecta 2.7 mg/dl), coombs directo (-), INR 1.36, TTPA 24 segundos, Creatinina 1.55 mg/dl (basal 0.7 mg/dl). Tomografía axial computarizada cerebro sin hallazgos patológicos. Se sospecha reactivación PTT. PLASMIC score 5 puntos, solicitan muestra para ADAMTS-13. Manejo: transfusión hemoderivados, 10 sesiones plasmaféresis, 3 pulsos metilprednisolona y 3 dosis rituximab, evolucionando favorablemente. Se desestima envío de muestra para ADAMTS-13 dado buena respuesta.

DISCUSIÓN:
El diagnóstico de PTT se confirma con deficiencia ADAMTS13 (<10%), sin embargo, el resultado no debe retrasar el tratamiento. En nuestro paciente se sospechó, manejándose acorde, y dado buena respuesta clínica, se desestimó envio de muestra extrasistema. Las MAT son poco frecuentes, y pueden estar asociadas a distintos cánceres, especialmente adenocarcinomas. Siendo pilar de tratamiento en estos casos, manejo del cáncer subyacente.

PALABRAS CLAVE: Microangiopatías trombóticas, Púrpura trombótica trombocitopénica, Adenocarcinoma.

Responsables

Zúñiga Santelices M. (1), Vásquez Caroca E. (1), Rojas Espejo F. (1), Cancino Salinas R. (1), Seguel Betancur R. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: mzunigas@udd.cl

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

(1) Interno Medicina de 7° año, Universidad del Desarrollo.
(2) Médico Cirujano, Residente Medicina Interna Universidad del Desarrollo.

CC#58 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS DISEMINADA: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El síndrome hemofagocítico (SHF) es un desorden hematológico con una alta morbimortalidad. Se caracteriza por una activación desregulada de linfocitos T citotóxicos, células natural killers (NK) y macrófagos, lo que resulta en inadecuados niveles de citoquinas, llevando a lesiones inmunomediadas. Ocurre principalmente en población pediátrica y en menor medida población adulta, pudiendo ser primaria (por mutaciones genéticas) o secundaria (por malignidad, infecciones o autoinmunidad), que alteran el normal funcionamiento de células T citotóxicas y células NK. Entre las manifestaciones clínicas destacan la fiebre, los síntomas neurológicos, esplenomegalia, entre otros. Los hallazgos de laboratorio asociados son: coagulopatía, disfunción hepática, citopenias, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia y hemofagocitosis. El tratamiento implica el uso de inmunosupresores.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se reporta el caso de una paciente de 77 años con antecedentes de vasculitis ANCA MPO (+) en tratamiento con ciclofosfamida y prednisona. La cual acude a urgencias por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por compromiso del estado general y fiebre. En los paraclínicos se objetivó pancitopenia y en estudios posteriores se evidenció hipertrigliceridemia, ferritina elevada, fibrinógeno disminuido, mielograma con hemofagocitos y estudio microbiológico positivo para citomegalovirus con una carga viral de 72.000 copias. En este contexto, dada la sospecha fundada de SHF se calculó HScore, resultando > 169, lo que se explicita como un alto riesgo para SHF, sumado a la presencia de 5/9 criterios HLH-2004 para la misma conjetura. Se interpretó el cuadro como SHF secundario a infección por citomegalovirus.

DISCUSIÓN:
En este caso, se quiere destacar la naturaleza desafiante del diagnóstico del SHF secundario, especialmente en pacientes inmunosuprimidos, recalcando la importancia del tratamiento oportuno y personalizado para lograr desenlaces adecuados pese a su elevada morbimortalidad.

PALABRAS CLAVE: Huésped inmunocomprometido, Citomegalovirus, Autoinmune, Hiperferritinemia.

Responsables

Vilches Andrade M. (1), Sierra Merello F. (1), Valero Contreras C. (1), Pedreros Valenzuela C. (2), Soler Masferrer M. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: matiasvilches@ug.uchile.cl

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

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
(2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chile.
(3) Médico cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital del Salvador, Santiago.

CC#70 SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ASOCIADO A ESCHERICHIA COLI EN EL ADULTO, UNA PRESENTACIÓN TÍPICA EN UNA POBLACIÓN ATÍPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El síndrome hemolítico urémico (SHU) secundario a la infección por Escherichia coli productora de toxina Shiga (STEC) es una enfermedad que afecta principalmente a población pediátrica. Se clasifica dentro de un grupo de trastornos conocidos como microangiopatías trombóticas (MAT), caracterizadas por causar anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y formación de trombos plaquetarios que obstruyen la microvasculatura. En los adultos es infrecuente y persiste siendo una entidad poco documentada en la literatura médica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
En este reporte de caso se describe el cuadro clínico de un hombre de 32 años, caracterizado inicialmente por dolor abdominal y deposiciones sanguinolentas autolimitadas, que posteriormente progresa con gingivorragia recurrente y púrpura petequial. En laboratorio de ingreso se pesquisa falla renal aguda, anemia hemolítica no inmunomediada con presencia de esquistocitos al frotis y una trombocitopenia severa, sospechando como principal posibilidad un púrpura trombocitopénico trombótico (PTT), sin embargo, posteriormente se solicita la cuantificación de actividad de la enzima ADAMTS13 con resultado en rango normal, por lo que se plantea un SHU como hipótesis diagnóstica, que concuerda con la historia clínica y exámenes. Se mantuvo con terapia de soporte, presentando evolución favorable.

DISCUSIÓN:
Es crucial considerar el SHU secundario a STEC en el diagnóstico diferencial de las enfermedades MAT en adultos, a pesar de su rareza en esta población, debido principalmente a su mayor riesgo de complicaciones neurológicas y mortalidad. Las pruebas para descartar otras patologías MAT como el PTT siguen poco accesibles en nuestro medio. El enfoque terapéutico actual se basa en medidas de soporte, desaconsejando la plasmaféresis y el uso de Eculizumab en casos graves. En resumen, el diagnóstico y tratamiento del SHU en el adulto persiste siendo un desafío debido a las dificultades para distinguirla de otros trastornos dentro de las MAT y la poca evidencia disponible en este grupo etario.

PALABRAS CLAVE: Síndrome hemolítico urémico, Microangiopatía trombótica, Escherichia coli productora de toxina Shiga.

Responsables

Badilla Alfaro M. (1), Riveros Salinas C. (1), Del Río Gómez C. (1), Hernandez Kemmerling A. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: macarenabadilla@ug.uchile.cl

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

(1) Interno Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(2) Médica Internista, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

CC#81 DEBUT ATÍPICO DE LUPUS: GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES NEGATIVOS.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de compromiso multisistémico que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Su diagnóstico es complejo y se recomienda utilizar los criterios validados de la European League Against Rheumatism (EULAR) and the American College of Rheumatology (ACR) del 2019, que establece como criterio de entrada la presencia de Anticuerpos Antinucleares (ANA) positivos con una titulación mayor a 1/80.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
En este trabajo se presenta el caso de una mujer joven de 23 años y previamente sana que debuta con una glomerulonefritis rápidamente progresiva, sin otras manifestaciones de autoinmunidad. Del estudio destaca hipocomplementemia de C3 pero con demás exámenes reumatológicos ampliados negativos, incluidos los ANA. Se realiza biopsia renal que se informa con glomerulonefritis necrotizante y crescéntica, con inmunofluorescencia con patrón "Full House", hallazgo compatible con nefritis lúpica tipo IV. Tras evaluación multidisciplinaria se realiza el diagnóstico de LES y su manejo consecuente, pese a ser ANA (-). Paciente responde de forma adecuada a tratamiento inmunosupresor, siendo dada de alta con control ambulatorio.

DISCUSIÓN:
El diagnóstico de LES en presencia de ANA negativos es controvertido. En este caso, la discusión multidisciplinaria entre reumatología y nefrología fue fundamental para llegar a un consenso sobre el diagnóstico y manejo de la paciente. De los estudios respecto al tema, siempre queda un pequeño grupo de pacientes que son diagnosticados con LES, pero con ANA inicialmente negativos, quienes suelen ser excluidos sistemáticamente de los estudios clínicos, tienden a tener presentaciones atípicas y en quienes se piensa que responderían de menor forma a la inmunomodulación. Esta situación plantea interrogantes sobre la sensibilidad de los métodos de detección de ANA utilizados y la posibilidad de que existan otros autoanticuerpos específicos del LES que no se hayan identificado en este caso en particular.

PALABRAS CLAVE: Lupus eritematosos sistémico, anticuerpos antinucleares, Glomerulonefritis.

Responsables

Isla Rojas D. (1), Méndez Villanueva D. (1), Saavedra Lopez M. (1), Yáñez González C. (1), Sobrevía Parra B. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: David.isla@uc.cl

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

(1) Interno Medicina de 6° año, Pontificia Universidad Católica de Chile.
(2) Residente Medicina Interna 1° año, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

CC#86 ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: UNA DESREGULACIÓN LINFOCÍTICA PRODUCTO DE LA INFECCIÓN POR VIH, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La parálisis periódica (PP) es una canalopatía rara que afecta los canales musculares de calcio o sodio, desencadenando hipopotasemia o hiperpotasemia, siendo la primera más común, manifestándose por episodios recurrentes de debilidad muscular generalizada desencadenados por ayuno, ejercicio extenuante o ingesta de comidas altas en carbohidratos. Se aborda la hipopotasemia persistente posterior a un síndrome emético por una transgresión alimentaria y su enfrentamiento considerando las posibles etiologías, siento la PP una entidad poco frecuente cuya clínica y laboratorio pueden ser confundidas con patologías más prevalentes en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se presenta una mujer de 58 años, hipertensa de larga data en manejo con Losartán, Amlodipino y Atenolol, al servicio de urgencia del Hospital Clínico del Sur por presentar cuadro de una hora de evolución de tres episodios de vómitos, náuseas, diaforesis, parestesias y debilidad en las cuatro extremidades. Relata reciente transgresión alimentaria alta en carbohidratos. Al examen físico bien hidratada y perfundida, hemodinamia estable, sin compromiso ventilatorio, sin focalidad neurológica, destaca leve paresia en las cuatro extremidades. Niega cuadros previos similares. Destaca electrocardiograma con aplanamiento del segmento ST en derivadas precordiales, electrolitos plasmáticos: sodio 148 mEq/L, potasio 2,3 mEq/L, fósforo 1,1 mg/dL, magnesio 1,86 mg/dL y glicemia 160 mg/dL, tomografía computada de cerebro sin hallazgos agudos. Se diagnostica hipopotasemia severa sintomática asociada a hipofosfatemia e hipernatremia, iniciando reposición electrolítica vía central, evolucionando con mejoría clínica, pero persistencia de hipopotasemia y presiones arteriales elevadas. Se estudia probable enfermedad tiroidea, hiperaldosteronismo primario o hipertensión renovascular; obteniendo niveles normales de hormonas tiroestimulante, tiroideas, aldosterona y actividad de renina plasmática; además de una ecografía abdominal y eco doppler de arterias renales normales.

DISCUSIÓN:
Se considera PP como etiología, siendo relevante tenerla presente en casos de hipopotasemia con respuesta parcial a la reposición hidroelectrolítica en contexto de un cuadro tan frecuente en nuestra práctica clínica como lo es el síndrome emético, destaca la prevención farmacológica y no farmacológica para evitar futuros episodios.

PALABRAS CLAVE: Parálisis periódica, Hipopotasemia, Hipertensión, Hiperaldosteronismo.

Responsables

Labraña Rosales, S. (1), Lagos Valladares, D. (1), Ogalde Bravo, J. (1), Veloso Vera, (1), Uarac Pinto, Y. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: abranar@gmail.com

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

(1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Tres Pascualas.
(2) Médico Internista, Hospital Clínico del Sur, Concepción.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 4:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CC#11 ENFRENTAMIENTO DE LA ÚLCERA GENITAL AGUDA DE LIPSCHUTZ: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La úlcera genital aguda (UGA) o úlcera de Lipschütz es una causa poco frecuente y poco conocida de úlceras vulvares. Se presenta habitualmente en población adolescente y mujeres jóvenes. Es una causa no venérea de úlceras vulvares y su diagnóstico es de descarte. Es importante conocer su presentación para poder identificar los casos, además de explicar a las pacientes los hitos de la enfermedad e indicar un adecuado manejo sintomático.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente nuligesta de 20 años sin antecedentes mórbidos, con antecedente de cuadro respiratorio de 1 semana de evolución previo a la consulta, que ingresa al Servicio de Urgencias con úlcera vulvar única, dolorosa, sin signos de sobreinfección, que evoluciona con mala respuesta a analgésicos locales y retención urinaria por mal manejo del dolor. Es hospitalizada y se realizan exámenes de laboratorio en los cuales destacan exámenes de infecciones de transmisión sexual (ITS) negativos, serología negativa para infección aguda para Citomegalovirus y Virus Epstein Barr. Evoluciona con buena respuesta a manejo con analgesia y corticoides locales.

DISCUSIÓN:
La evaluación inicial de la úlcera genital busca descartar las causas frecuentes de úlceras vulvares, incluyendo ITS. La historia clínica y examen físico deben ser acuciosos. El estudio etiológico debe incluir PCR o cultivos virales para VHS, sífilis, chancroide. Si hay signos de sobreinfección debe incluir cultivos del exudado además de buscar etiologías no venéreas como autoinmunidad. Si existe alta sospecha de diagnóstico diferencial de ITS como en el caso descrito, se puede iniciar tratamiento hasta tener resultado de cultivo. La biopsia no está indicada a menos que exista sospecha específica. Su manejo incluye analgesia vía oral y tópica, y manejo de síntomas urinarios. Se debe educar a las pacientes en la etiología para evitar estrés y angustia y realizar seguimiento para evaluar la resolución de estos cuadros.

PALABRAS CLAVE: Mujer, Adolescente, Úlcera, Enfermedades vulvares.

Responsables

Soto Pérez, S. (1), Bastías Miranda, M. (1), Del Valle Retamal, A. (1), Alfaro Pereira, B. (1), Ortega Hazard, R. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: smsoto1@uc.cl

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

(1) Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
(2) Médico Cirujano - Residente Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

CC#28 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO SELECTIVO EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL BIAMNIÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El embarazo gemelar tiene una frecuencia de 1:80 embarazos, en aumento por la reproducción asistida y la mayor edad materna al concebir. Tiene mayor tasa de complicaciones perinatales versus los embarazos únicos. El riesgo asociado depende de la corionicidad.
Existen complicaciones específicas asociadas a los embarazos monocoriales, como el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF), la restricción del crecimiento fetal selectiva (RCFs) y la secuencia anemia policitemia (SAP), explicadas por el desbalance hemodinámico por anastomosis vasculares placentarias y entre la circulación de ambos fetos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Multípara de 1, cursando embarazo 22+1 semanas gemelar monocorial biamniótico, derivada a Hospital de referencia por antecedente de gemelo I (GI) con restricción del crecimiento tipo III y oligohidramnios, y gemelo II (GII) acráneo con hidrops fetal y agenesia del ductus venoso (DV). Se hospitaliza para seguimiento diario de latidos cardiofetales (LCF), Ecografía Doppler fetal trisemanal y ecografía de crecimiento cada dos semanas. Dada persistencia de viabilidad fetal tras dos semanas de seguimiento, se decide contrarreferencia a Hospital de base.

DISCUSIÓN:
La RCFs es el retraso del crecimiento de uno de los fetos de una gestación monocorial sin signos de transfusión feto-fetal, presente en 10-19% de los gemelos monocoriónicos. Sus riesgos principales son muerte de un gemelo y secuelas neurológicas.
La ecografía Doppler de Arteria umbilical (AU) del feto restringido es de elección para evaluar la posible evolución, y permite clasificar la RCFs en tres tipos según el flujo de la AU. Estas gestaciones suelen tener pronóstico reservado, con deterioro intrauterino del feto restringido, requiriendo seguimiento semanal si el Doppler es normal, y bisemanal cuando el índice de pulsatilidad del DV es >2 desviaciones estándar. Existen alternativas terapéuticas activas, como la oclusión fetoscópica del cordón umbilical y la fotocoagulación láser, que pueden considerarse cuando uno de los fetos es incompatible con la vida ex-útero.

PALABRAS CLAVE: Embarazo gemelar monocorial, Restricción del crecimiento fetal selectivo.

Responsables

Witto Espinoza, R. (1), Retamal Altbir, C. (1), Mena Andonegui, E. (1), Segovia Cárcamo, A. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: rociowitto@ug.uchile.cl

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

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
(2) Médico Cirujano, Becado de Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile.

CC#57 ADENOMA TUBULAR BILATERAL: TUMOR MAMARIO BENIGNO RARO QUE PUEDE SIMULAR UN CÁNCER EN MUJERES JÓVENES.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El adenoma tubular es un tumor mamario benigno extremadamente raro, representa entre el 0.13 al 1.7% de ellos, con pocos casos reportados en la literatura. Se presenta principalmente en mujeres menores de 40 años, con características similares al fibroadenoma, sin embargo, como se demuestra en este caso, también puede ser diagnóstico diferencial ecográfico de carcinoma infiltrante. La importancia de este caso es que el médico tratante conozca esta patología y que puede existir concordancia radiológica histológica entre una imagen sospechosa con una biopsia benigna cuando se informa adenoma tubular.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 30 años, nuligesta, sin antecedentes familiares ni personales de cáncer mamario, consulta por nódulo palpable de mama derecha de 12 años de evolución. Al examen físico se encuentra nódulo poco palpable en UCE derecho. En ecografía mamaria se observa nódulo circunscrito ovoideo, hipoecogénico, de 16 mm en UCE (palpable, benigno). Se descubre en CSE derecho un nódulo irregular, lobulado, hipoecogénico, de 16 mm y un nódulo irregular, lobulado, parcialmente definido, de 11 mm en CSE izquierdo, ambos sospechosos, BIRADS 4. La biopsia core informa proliferación de estructuras ductales de patrón tubular de células epiteliales luminales y mioepiteliales, sin atipias, agrupadas en forma compacta con escaso estroma. Sin signos de malignidad, compatibles con Adenoma Tubular mamario.

DISCUSIÓN:
Los adenomas tubulares son tumores mamarios infrecuentes, poco conocidos, de mujeres jóvenes. Radiológicamente, presentan características benignas, aunque algunos manifiestan hallazgos sospechosos de malignidad, requiriendo biopsia core. Histológicamente son tumores epiteliales acinares y tubulares homogéneos con escaso estroma, rodeados por células mioepiteliales. El análisis inmunohistoquímico permite el diagnóstico diferencial con carcinoma. Un resultado histopatológico de Adenoma Tubular entonces puede considerarse concordante radiológico-histológicamente, a pesar de su aspecto sospechoso al ultrasonido, lo que debe ser de conocimiento del médico tratante para evitar cirugías innecesarias.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de la mama, Adenoma, Mama, Biopsia con aguja gruesa.

Responsables

Carstens Taub J. (1), Cabello Cuellar J. (1), Ortiz Fuentes T. (2), Kaufmann Isensee S. (1), Díaz Cisternas M. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: jvcarstens@miuandes.cl

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

(1) Interna de Medicina, Universidad de los Andes.
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de los Andes.
(3) Radiólogo, profesor asistente, Centro de Imagenología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

CC#62 CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ANEMIA FALCIFORME DURANTE EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La anemia falciforme es una enfermedad hereditaria de los glóbulos rojos. Esta presenta un desafío durante el embarazo debido a los cambios fisiopatológicos de esta etapa, además de las demandas del organismo, pudiendo resultar en consecuencias tanto para la madre como para el feto.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 29 años con antecedente de anemia falciforme, ingresa con 13+3 semanas de gestación, con sintomatología compatible con síndrome anémico. Al examen físico destacaban solamente mucosas pálidas. Ecografía obstétrica sin alteraciones. Dentro del laboratorio de ingreso se evidencia anemia con hemoglobina en 7.2 g/dL.

DISCUSIÓN:
La anemia falciforme puede descompensarse durante el embarazo dado el aumento de demanda de oxígeno durante esta etapa. Pudiendo ocasionar anemia sintomática, disfunción endotelial y crisis vasooclusivas. Por esto es de relevancia establecer protocolos de seguimiento prenatal en estas pacientes. En este caso se manejó su anemia con transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, lo que permitió estabilización de su hematocrito, con posterior control de manera ambulatoria.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Anemia, Falciforme, Obstetricia, Control prenatal.

Responsables

Muñoz Maureira E. (1), Dukes Berry E. (1), Ehrmantraut Bonilla V. (1), Amstein Ferreti R. (1), Farcas Oksenberg K. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: esmm18@uc.cl

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

(1) Interno/a de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.Interna 7° año de Medicina de la Universidad de Chile.
(2) Residente Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 5:
NEUROLOGÍA

CC#01 LA IMPORTANCIA DE RECONOCER UN PARKINSON PLUS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El parkinsonismo se caracteriza por bradicinesia, con temblor de reposo, rigidez muscular y/o inestabilidad postural. Destaca por frecuencia, la Enfermedad de Parkinson Idiopática (EP), aunque existen también las etiologías secundarias, hereditarias y Parkinson-Plus (PP).
El PP destaca por su rápida progresión secundaria a degeneración multisistémica, inestabilidad temprana con caídas frecuentes, ausencia de temblor y pobre respuesta a levodopa. Pueden coexistir signos atípicos como: disfunción oculomotora, signos cerebelosos o piramidales, disautonomía, demencia, disfonía y/o disartria severa.
El siguiente caso se presenta por corresponder a un parkinsonismo de rápida evolución y mala respuesta a tratamiento, clínica importante a reconocer a nivel primario.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer, 78 años, con antecedente de EP en tratamiento.
Cuadro de 6 años de evolución caracterizado por bradicinesia progresiva con pronto requerimiento de ayudas técnicas por inestabilidad postural asociada a múltiples caídas, progresando con imposibilidad de bipedestar al tercer año. Se deriva a especialidad por hallazgo de oftalmoplejia vertical ascendente. En consulta neurológica, destaca historia de disfagia severa. Al examen físico se constatan los signos previos, agregándose oftalmoplejia vertical descendente, enlentecimiento de sacadas horizontales, hipofonía, rigidez axial y apendicular simétrica, sin temblor ni hipotensión ortostática. Por clínica discordante con EP, se amplía estudio con resonancia magnética contrastada. En secuencia T1 sagital: atrofia mesencefálica desproporcionada al volumen pontino, aplanamiento del tegmen mesencéfalico y concavidad de su margen superior. Por ello, se confirma parálisis supranuclear progresiva, variante de PP.

DISCUSIÓN:
Este caso demuestra el desafío diagnóstico del PP, que si bien debe ser confirmado por un/a especialista, su sospecha inicia a nivel primario. Por ende, el rol del/la médico/a general es reconocer signos predictivos para derivar e iniciar precozmente un manejo multidisciplinario que permita preparar a los/as cuidadores/as frente al mal pronóstico funcional y vital, junto con apoyarles en los cuidados físicos, psicológicos y espirituales.

PALABRAS CLAVE: Parkinsonismo atípico, Síndromes parkinsonianos, Parálisis Supranuclear Progresiva.

Responsables

Garcés González, L. (1), Caro Basoalto, V. (1), Casanova Morales, C. (1), Herreros Vilches, I. (1), Alvarado Pastenes, M. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: luzgarces@ug.uchile.cl

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

(1) Interno/a de Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(2) Neurólogo, Hospital Barros Luco Trudeau.

CC#07 ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La encefalopatía de Wernicke (EW) es un síndrome neuropsiquiátrico agudo producido por el déficit de tiamina, caracterizado por la triada de compromiso de conciencia, disfunción oculomotora y marcha atáxica, presente en un tercio de los casos. Comúnmente afecta a personas alcohólicas o desnutridas, aunque existen otras condiciones menos frecuentes qué pueden provocarla, como la cirugía bariátrica, ampliamente masificada en los últimos años.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 29 años, sin antecedentes mórbidos, operada de bypass gástrico dos meses previos a consultar. Acude al Hospital de Urgencia Asistencia Pública por cuadro de una semana de evolución caracterizado por náuseas y vómitos, asociado los últimos dos días a compromiso de conciencia cuali-cuantitativo y marcha atáxica. A su ingreso se constata deshidratada, levemente hipertensa, taquicárdica y afebril. Al examen neurológico destaca somnolienta, bradipsíquica, desorientada temporoespacialmente, con nistagmus multidireccional bilateral, paresia del músculo recto lateral bilateral, tono muscular disminuido global con reflejos osteotendinosos disminuidos y leve dismetría bilateral. Presenta TC de Encéfalo sin contraste negativa para hemorragia aguda e isquemia, sin hallazgos significativos en laboratorio. Se interpreta cuadro como síndrome atáxico con oftalmoparesia, sospechando EW versus enfermedad desmielinizante. Se inicia tiamina en altas dosis y se complementa estudio con serologías virales no reactivas, niveles de vitamina B12 normales y RM de encéfalo con gadolinio que en FLAIR evidencia hiperintensidad en cuerpos mamilares, región periventricular de tercer ventrículo y tálamo medial, sin captaciones patológicas en fase contrastada, compatible con EW. Paciente evoluciona con síndrome de Korsakoff a pesar de administración de tiamina endovenosa.

DISCUSIÓN:
La obesidad es un problema de salud pública creciente, con el consecuente aumento de las cirugías bariátricas y sus déficits nutricionales asociados. Por consiguiente, se debe mantener alta sospecha de EW en este grupo de pacientes, tanto en seguimiento postquirúrgico como en atención de urgencias para evitar diagnósticos tardíos y pronósticos desfavorables.

PALABRAS CLAVE: Encefalopatía de Wernicke, Tiamina, Cirugía Bariátrica.

Responsables

Retamal Ramos, N. (1), Barrueto Velásquez, R. (1), Barrueto Velásquez, K. (1), C. Melo Muñoz, C. (1), Santos Carquín, I. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: nathanaelretamal@ug.uchile.cl

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

(1) Interno/a Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(2) Médico Cirujano, Especialista en Neurología Adulto, Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Académico Instructor Adjunto. Departamento de Neurología y Neurocirugía Norte. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CC#13 MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN INMUNOCOMPROMETIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El Virus Varicela Zoster (VVZ) es un alfaherpesvirus neurotrópico que primariamente causa varicela y posteriormente permanece latente en los ganglios de la raíz dorsal, presentando reactivaciones cutáneas como Herpes Zóster o neurológicas como meningoencefalitis, siendo esta última más común en inmunocomprometidos. El presente caso tiene por objetivo analizar la presentación clínica y el manejo empírico de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente femenina de 22 años con antecedente de hepatitis autoinmune en terapia corticoidal, presentó 3 días de evolución de compromiso del estado general, cefalea holocránea, vómitos y náuseas, consultando en extrasistema con manejo sintomático. Evolucionó con desorientación, somnolencia, alteración conductual y del habla, por lo que consultó en el servicio de urgencias. Destacó taquicárdica, afebril, normoglicémica, Glasgow 13, lesiones herpetiformes en dermatoma T4 y rigidez nucal, sin signos focales. En la Tomografía computada de cerebro sin hallazgos. Una punción lumbar (PL) destacó leucocitos 90 células/mm3 con predominio linfocítico del 95%, proteínas 249 mg/dL, glucorraquia 34 mg/dL con glucemia 92 mg/dL, Gram negativo. Dado inmunocompromiso y líquido cefalorraquídeo (LCR) concordante con meningitis aséptica, se inició terapia empírica con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. Posteriormente panel meníngeo resultó positivo para VVZ, por lo que se desescaló a aciclovir, evolucionando favorablemente. Finalmente se dio el alta con traslape a valaciclovir oral para completar 21 días.

DISCUSIÓN:
Este caso destaca la importancia de considerar el estado inmunológico del paciente al enfrentar síntomas como cefalea o compromiso de conciencia. Aunque la presentación clínica inicial puede ser inespecífica, el antecedente de inmunocompromiso debe ser considerado como una bandera roja. En este contexto, realizar pruebas adicionales, como la punción lumbar e imágenes, desempeñan un papel crucial para guiar de manera temprana el enfoque terapéutico adecuado y reducir la morbimortalidad asociada.

PALABRAS CLAVE: Huésped Inmunocomprometido, Meningoencefalitis por Herpes Zóster, Punción Lumbar.

Responsables

Cáceres Rozas, J. (1), Arias Valenzuela, M. (1), Torres García, C. (1), Alveal Bahamóndez, M. (1), Moreno Weir, T. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: jocaceres@ug.uchile.cl

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

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
(2) Becado en Neurología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago.

CC#40 ENCEFALITIS INMUNOMEDIADAS, DESAFÍO DIAGNÓSTICO PARA EL NEURÓLOGO Y MÉDICO INTERNISTA.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Las encefalitis inmunomediadas (EI) corresponden a un grupo de patologías que tienen en común la presencia de daño a nivel del sistema nervioso central caracterizado por la presencia de anticuerpos dirigidos en contra de diferentes antígenos celulares. A continuación, describiremos un caso en donde la etiopatogenia del cuadro subyace en la coexistencia de una neoplasia maligna.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 52 años, sin antecedentes mórbidos cursa con cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por movimientos involuntarios en tercio inferior de hemicara derecha, qué evoluciona en 2 semanas a compromiso en región orofacial y cervical, asociando anartria y afagia. Se realiza resonancia magnética de cerebro con contraste, electromiografía, electroencefalograma y punción lumbar cuyos resultados se describen en el apartado de exámenes. En este contexto se amplía estudio con tomografía computarizada de cuerpo completo, que evidencia linfadenopatía axilar derecho. Con sospecha de neoplasia, se realiza mamografía que muestra lesión derecha BIRADS 4. Evaluada por ginecología, se procede a biopsia de lesión mamaria y linfoadenopatía, obteniéndose los siguientes resultados informados en el apartado correspondiente. De acuerdo a lo obtenido en la biopsia, se inicia manejo con corticoides, letrozol y rituximab como terapia puente a cirugía resectiva de neoplasia primaria.

DISCUSIÓN:
Pese al bajo conocimiento en la etiopatogenia de las EI, existen reportes de casos que han permitido clasificar pacientes de acuerdo a la presencia de anticuerpos específicos. En ese contexto se han descrito dos grupos etiológicos: autoinmune (anti GAD65, anti NMDA y anti canales Kv) y paraneoplásico (anti Hu, anti CV2 y anti Ma2). En el segundo grupo, el pilar del manejo sigue siendo el tratamiento de la neoplasia subyacente. En cuanto a la terapia inmunosupresora, esta tendría un rol secundario, principalmente enfocada en retrasar y disminuir el daño generado por los anticuerpos con tasas de respuesta variables de acuerdo a los anticuerpos asociados. No existen reportes en la literatura médica con la asociación de anticuerpos aquí descritos. Dado esto último, destacamos la relevancia de nuestra paciente.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades Autoinmunes del Sistema Nervioso, Inmunidad, Cáncer Mamario.

Responsables

Cornejo Muñoz, V. (1), Marín Sandoval, N. (1), Valenzuela Villarroel, F. (1), Troncoso Rirorokо, L. (1), Madrid Oros, S. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: vicentecornejo@ug.uchile.cl

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

(1) Interno medicina 7º, Universidad de Chile.
(2) Médico internista, Universidad de Chile, Hospital clínico San Borja Arriarán.

CC#60 SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DEBUTANDO COMO SÍNDROME PANCEREBELOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El síndrome paraneoplásico es un conjunto de manifestaciones clínicas causadas de forma indirecta por la presencia de un tumor maligno en el organismo. La degeneración cerebelar es el síndrome paraneoplásico neurológico más frecuente, y es causado por reactividad cruzada con anticuerpos onconeurales (AcOnc).

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente hombre de 70 años con antecedentes de hipertensión e infarto agudo al miocardio, consultó debido a inestabilidad en la marcha y lateropulsión de tres meses de evolución. En el último mes, evolucionó a una completa pérdida del equilibrio postural, caídas, diplopía, incapacidad para caminar y realizar movimientos precisos. Al examen neurológico presentó nistagmo multidireccional, dismetría, disinergia, disdiadococinesi y ataxia de tronco con incapacidad de incorporarse de la cama. Dentro de los resultados de imágenes destacó una resonancia magnética cerebral (RM) cerebral normal. En la tomografía computarizada de tórax (TC) se halló un nódulo pulmonar de aspecto neoplásico de 30 mm en el lóbulo superior izquierdo, junto con adenopatías mediastínicas e hiliares ipsilaterales. Los paneles de AcOnc en líquido cefalorraquídeo resultaron negativos. Bandas oligoclonales en suero y líquido cefalorraquídeo con hallazgo concordante de síntesis intratecal de inmunoglobulina G en enfermedades sistémicas. La biopsia resultó positiva para carcinoma de células pequeñas de pulmón.

DISCUSIÓN:
La degeneración cerebelar paraneoplásica es una causa de síndrome pancerebeloso subagudo. Se caracteriza por tener inicio de síntomas larvados que pueden durar meses hasta motivar la consulta. Además, afecta la región vermiana y hemisféricas del cerebelo. En ella es frecuente el diagnóstico mediante AcOnc específicos para las distintas neoplasias. El diagnóstico puede ser orientado también por una clínica sugerente y hallazgos radiológicos o anatomopatológicos de las neoplasias que generan esta entidad, tales como cáncer de mama, de pulmón de células pequeñas, de testículo y ovario.

PALABRAS CLAVE: Paraneoplásico, Degeneración Cerebelar, Ataxia, Anticuerpo, Nistagmo.

Responsables

Mena Andonegui E. (1), Retamal Altbir C. (1), Witto Espinoza R. (1), Ghisoni Silva A. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: eguzkimena@ug.uchile.cl

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

(1) Interno Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.
(2) Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 6:
PEDIATRÍA

CC#27 ENFERMEDAD DE LA ORINA CON OLOR A JARABE DE ARCE: A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La Enfermedad de la Orina con olor a Jarabe de Arce (EOJA) es un trastorno autosómico recesivo causado por un déficit enzimático específico que provoca la acumulación de aminoácidos de cadena ramificada (ACR): valina, leucina e isoleucina. Tiene una incidencia mundial de 1:86.000-185.000 recién nacidos vivos. Clínicamente se presenta con compromiso neurológico progresivo dentro de las primeras semanas de vida y la orina con un olor dulce característico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente femenina de 22 años con antecedente de hepatitis autoinmune en terapia corticoidal, presentó 3 Recién nacido de término sin antecedentes perinatales que consulta en el servicio de urgencias en su onceavo día de vida por cuadro caracterizado por somnolencia, deshidratación, dificultad en la lactancia y baja de peso. Durante su hospitalización evoluciona con estatus epiléptico de difícil manejo y depresión respiratoria que requiere ventilación mecánica invasiva prolongada. La resonancia magnética de cerebro informa signos compatibles con EOJA, confirmando el diagnóstico con medición de aminoácidos plasmáticos (Leucina: 3960 umol/l). Es necesario realizar gastrostomía por trastorno de la deglución, iniciando alimentación por vía enteral con fórmula láctea especial. Logra normalización de leucinemia, siendo dado de alta a continuar controles ambulatorios con especialistas.

DISCUSIÓN:
La acumulación de ACR y sus metabolitos cetogénicos ejercen efectos neurotóxicos que provocan edema cerebral progresivo lo que explica la sintomatología. El fenotipo más frecuente es la forma clásica o neonatal como se presenta nuestro caso. Es de vital importancia el diagnóstico precoz para disminuir la morbilidad neurológica, sin embargo, en Chile no se cuenta actualmente con un screening neonatal universal. El tratamiento consiste en la restricción dietética de ACR y la corrección de trastornos hidroelectrolíticos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, deficiencia de complejo deshidrogenasa alfa-cetoácidos de cadena ramificada, leucina, tamizaje neonatal.

Responsables

Gálvez Escudero, D. (1), Mora Peñalillo, M. (1), Contador Baeza, I. (2), Valenzuela Oelckers, B. (2), Gatica Iturriaga, A. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: dgalvez@umag.cl

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

(1) Interno de Medicina de 7° año, Universidad de Magallanes.
(2) Interna de Medicina de 7° año, Universidad de Chile.
(3) Pediatra, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile.

CC#30 CEREBELITIS AGUDA FULMINANTE POST INMUNIZACIÓN COVID-19 EN PREESCOLAR.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La cerebelitis aguda (CA) es un síndrome inflamatorio clínico-radiológico infrecuente, dentro del extremo más severo del espectro de desórdenes infeccioso-inflamatorios del cerebelo. Requiere alta sospecha, por su curso clínico variable desde autolimitado benigno a fulminante con riesgo vital. Dentro de sus etiologías está la post-vacunal, con limitados reportes publicados.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Preescolar masculino de 5 años, chileno, previamente sano con antecedente de inmunización de segunda dosis de vacuna SINOVAC contra Sars-Cov-2. A las 4 semanas inicia cuadro de cefalea, hipersomnia y alteración de agudeza visual, que evolucionó a lo largo de 1 mes con ataxia progresiva, fiebre y una crisis epiléptica generalizada. Ingresa a urgencias febril, atáxico y encefalopático. Dentro del estudio destaca leucocitosis y proteinorraquia en líquido cefalorraquídeo (LCR) y resonancia magnética (RM) compatible con cerebelitis aguda y signos de hipertensión endocraneana (HTEC). Se realizó un amplio estudio etiológico destacando panel de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de virus y bacterias en LCR, cultivos y serología antiMOG/AQP4 todos negativos. Se trató con pulsos de metilprednisolona e instalación de derivación ventricular externa (DVE), sin mejoría clínica y requiriendo craniectomía descompresiva de fosa posterior la cual se complicó con una fístula de LCR resuelta con tonsilectomía y resección parcial bihemisférica cerebelosa. Actualmente presenta habla escandida, leve dismetría, marcha atáxica, y discapacidad intelectual (DI) leve secuelar.

DISCUSIÓN:
Actualmente no existe un consenso en relación al tratamiento óptimo de la CA, pero se basa en corticoides a dosis altas, antibioticoterapia y, en casos graves, tratamiento neuroquirúrgico. El caso presentado nos llama a realizar una adecuada evaluación clínica para pronta derivación a centros resolutivos. Además de realizar una adecuada recolección de antecedentes para poder completar el estudio etiológico y así aportar con datos locales a la epidemiología.

PALABRAS CLAVE: Ataxia Cerebelosa; Craniectomía Descompresiva; Medicina de Urgencia Pediátrica; Neurología; Vacunas contra la COVID-19.

Responsables

Faúndez Guzmán, E. (1), Zegpi García, P. (1), García Arteaga, P (2), González León, D. (2), Calderón Ortíz, G. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: vielias.faundez@alu.ucm.cl

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

(1) Interno/a Medicina de 7° año, Universidad Católica del Maule.
(2) Interna Medicina de 6° año, Universidad Católica del Maule.
(3) Neuróloga pediátrica, Hospital Regional de Talca.

CC#41 DEFICIENCIA SELECTIVA DE IGA, UNA CAUSA DE INMUNOSUPRESIÓN EN PACIENTES ADOLESCENTES: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La deficiencia selectiva de inmunoglobulina A (IgA) es una inmunodeficiencia humoral primaria donde la IgA está disminuida con otras Inmunoglobulinas normales. Generalmente es asintomática y suele pesquisarse en edad pediátrica con casos aislados de diagnóstico en adolescentes y adultos. Por ende, resulta fundamental plantearla en pacientes inmunosuprimidos de etiología no precisada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se presenta un paciente de 17 años con antecedente de asma, consulta en APS por odinofagia, tos y fiebre. Se diagnosticó amigdalitis bacteriana manejada con Penicilina. Evoluciona con disnea progresiva y dolor torácico tipo puntada de costado con tope inspiratorio. Ingresa al reanimador polipneico con signos sugerentes de shock. Presentaba acidosis láctica, elevación de parámetros inflamatorios, falla renal aguda y hemocultivos positivos para Haemophilus influenzae, ampicilino-resistente. La angiotomografía computarizada informa derrame pleural leve bilateral y atelectasias. Por evolución tórpida del cuadro, se sospecha de inmunosupresión. Estudio: virus de Hepatitis B y C, y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), negativos. Estudio secundario: cuantificación de IgA disminuida permitiendo diagnosticar una deficiencia selectiva de IgA.

DISCUSIÓN:
Un paciente con sepsis severa de foco pulmonar por Haemophilus influenzae, con probable inmunosupresión que determina una peor evolución y presentación de la enfermedad. El estudio inicial del adulto inmunosuprimido resulta negativo, por lo que resultó fundamental ampliar el estudio hacia patologías pediátricas comunes, permitiendo identificar un déficit selectivo de IgAcomo causa de inmunosupresión en adultos.

PALABRAS CLAVE: Deficiencia IgA, Sepsis, Inmunoglobulina A.

Responsables

CHermosilla Cuevas, C. (1), Fonck Larraín, M. (1), Cáceres Hernández, A. (1), Ojeda Vergara, M. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: cristobal.h15@gmail.com

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

(1) Estudiante de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
(2) Tutor, Becada Medicina Intensiva Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

CC#50 DIABETES MELLITUS NEONATAL: UNA ENTIDAD GENÉTICA INFRECUENTE.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La diabetes mellitus neonatal (DMN) corresponde a la hiperglucemia persistente y clínicamente significativa que se presenta generalmente antes de los 6 meses de edad, frecuentemente debida a una mutación monogénica. Es importante mencionar que la diabetes mellitus tipo 1 es de origen autoinmune y difícilmente se presenta en neonatos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se presenta el caso de un lactante de 7 días de vida que inició cuadro caracterizado por poliuria, irritabilidad, decaimiento y rechazo alimentario, ingresó a servicio de urgencia presentando cuadro compatible con cetoacidosis diabética y shock hipovolémico, se tomaron exámenes donde destacó hemoglucotest (HGT) 356 mg/dL, pH 7.27, bicarbonato 9.6 mEq/L, cetonas (++) y glucosa (++) en orina. Se hospitalizó en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se manejó con bomba de infusión continua (BIC) de insulina hasta 0.05 U/kg/Hr, fleboclisis con carga de glucosa hasta 12 mg/kg/min. Evolucionó de forma favorable, con resolución de cetoacidosis tras un día de evolución, sin embargo requirió ajustes continuos de BIC de insulina y carga de glucosa; suspendiendo intermitentemente BIC de insulina para lograr HGT en rango objetivo 150-250 mg/dL. Se realizó estudio genético inicial de DMN para variantes patogénicas de ABCC8, INS y KCNJ1, con resultado negativo por lo que se realizó estudio ampliado, con resultado positivo para variante patogénica de gen FOXP3.

DISCUSIÓN:
La DMN por mutación del gen FOXP3 es una condición infrecuente asociada al síndrome de inmuno desregulación, poliendocrinopatía, enteropatía, ligada a X (IPEX). El caso destaca la importancia del análisis genético en la diabetes de inicio temprano. El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinario, que considere insulinoterapia y estrategias de inmunosupresión. Un diagnóstico oportuno a través de las características clínicas y las pruebas genéticas permiten un tratamiento adecuado, pero aún se requiere mayor investigación para elucidar los mecanismos subyacentes y mejorar los resultados en los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus, Enfermedades del sistema inmune, Enfermedades genéticas ligadas al cromosoma X.

Responsables

Díaz Salgado M. (1), Vallejos Cifuentes V. (1), Martínez Castillo K. (1), Saldías Gonzalez S. (2), Cox Lagos V. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: matias.diaz@uc.cl

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

(1) Interno de Medicina de 6° año, Universidad Católica de Chile, Santiago.
(2) Estudiante de Medicina de 5° año, Universidad Diego Portales, Santiago.
(3) Médica Cirujana, Becada de Pediatría UC, Universidad Católica de Chile, Santiago, Hospital Clínico UC / Hospital Dr. Sótero del Río.

CC#59 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA SECUNDARIO A MALIGNIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Las microangiopatías trombóticas (MAT) son un grupo de entidades caracterizadas por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, niveles variables de daño de órgano blanco, incluyendo insuficiencia renal y compromiso neurológico. Las dos entidades más frecuentes son: síndrome hemolítico urémico (SHU) y púrpura trombótico trombocitopénico (PTT). Su etiología puede ser primaria o secundaria, siendo esta última relacionada con infecciones virales, neoplasias, autoinmunidad, entre otros. El retraso de tratamiento se asocia a alta mortalidad, por esto, es importante conocer esta patología y mantener una alta sospecha.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Hombre 58 años, antecedente de adenocarcinoma de recto en tratamiento y dos episodios de PTT desde diagnóstico. Ingresa con compromiso de conciencia cualitativo, disartria, náuseas, vómitos, hematoquecia, ictericia, sensación febril. Al examen físico, febril, Glasgow Coma Scale 12, ictericia en escleras y piel, paresia hemicuerpo izquierdo. Laboratorio destaca: Hemoglobina 4.5 gr/dl, Esquistocitos ++, plaquetopenia (10.000/mcL), reticulocitosis (11.2%), LDH 1476 UI/L, hiperbilirrubinemia (total: 3.67 mg/dl, indirecta 2.7 mg/dl), coombs directo (-), INR 1.36, TTPA 24 segundos, Creatinina 1.55 mg/dl (basal 0.7 mg/dl). Tomografía axial computarizada cerebro sin hallazgos patológicos. Se sospecha reactivación PTT. PLASMIC score 5 puntos, solicitan muestra para ADAMTS-13. Manejo: transfusión hemoderivados, 10 sesiones plasmaféresis, 3 pulsos metilprednisolona y 3 dosis rituximab, evolucionando favorablemente. Se desestima envío de muestra para ADAMTS-13 dado buena respuesta.

DISCUSIÓN:
El diagnóstico de PTT se confirma con deficiencia ADAMTS13 (<10%), sin embargo, el resultado no debe retrasar el tratamiento. En nuestro paciente se sospechó, manejándose acorde, y dado buena respuesta clínica, se desestimó envio de muestra extrasistema. Las MAT son poco frecuentes, y pueden estar asociadas a distintos cánceres, especialmente adenocarcinomas. Siendo pilar de tratamiento en estos casos, manejo del cáncer subyacente.

PALABRAS CLAVE: Microangiopatías trombóticas, Púrpura trombótica trombocitopénica, Adenocarcinoma.

Responsables

Zúñiga Santelices M. (1), Vásquez Caroca E. (1), Rojas Espejo F. (1), Cancino Salinas R. (1), Seguel Betancur R. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: mzunigas@udd.cl

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

(1) Interno Medicina de 7° año, Universidad del Desarrollo.
(2) Médico Cirujano, Residente Medicina Interna Universidad del Desarrollo.

CC#69 ROMBOENCEFALITIS ASOCIADO A ENTEROVIRUS EN PEDIATRÍA: UN COMPROMISO NEUROLÓGICO PARTICULAR.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La romboencefalitis asociada a enterovirus A71 es una condición neurológica infrecuente, cuya presentación clínica y hallazgos imagenológicos particulares dan cuenta del compromiso cerebelar y pontino asociado. Se reporta este caso para evidenciar una entidad infrecuente, con manifestaciones clínicas e imagenológicas que nos permiten sospechar un agente etiológico específico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Presentamos a un niño de 5 años, con antecedente de meningitis viral a los 18 meses, sin agente infeccioso claro. Consultó inicialmente por cuadro de un día de evolución de cefalea frontal, asociado a vómitos y fiebre hasta 38.5 °C. Ingresó al servicio de urgencia subfebril 37.8 °C, con rigidez de nuca, se hospitaliza en unidad de paciente crítico. Se realizó punción lumbar con pleocitosis, proteínas elevadas, normoglucorraquia, se obtuvo panel viral positivo para enterovirus y cultivos negativos tras 72 horas, suspendiendo terapia empírica. Evolucionó con mejoría de sintomatología meníngea, sin embargo, al 5to día inició con temblor corporal generalizado y al habla, al día siguiente se agregó retención urinaria y rechazo a valsalva, con paresia de extremidades y ataxia leve de tronco que impedía marcha. Se realizó una tomografía que no mostró cambios respecto a su ingreso. Evaluado por neurología, se indicó kinesioterapia motora y resonancia magnética (RM) con contraste, el paciente evolucionó con mejoría progresiva de síntomas, disminución de temblores y recuperación de la marcha. Se realiza RM de forma tardía con paciente mínimamente sintomático, sin hallazgos patológicos.

DISCUSIÓN:
La encefalitis por enterovirus A71 es una presentación infrecuente de infección por enterovirus con cuadro clínico caracterizado por compromiso romboencefálico, con parálisis flácida similar a la ocasionada por poliovirus, ataxia, temblores, mioclonías y que rara vez puede llegar a coma y falla respiratoria. Sin embargo la presentación habitual se asocia a enfermedad menos grave, hospitalización más corta y mejores resultados que las encefalitis causadas por otros virus como el herpes simple.pero aún se requiere mayor investigación para elucidar los mecanismos subyacentes y mejorar los resultados en los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Enterovirus, Romboencefalitis; Enfermedades Virales del Sistema Nervioso Central; Encefalitis Viral.

Responsables

Díaz Salgado M. (1), Vallejos Cifuentes V. (1), Martínez Castillo K. (1), Saldías González S. (2), Cox Lagos V. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: matias.diaz@uc.cl

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

(1) Interno de Medicina de 6to año, Universidad Católica de Chile, Santiago.
(2) Estudiante de Medicina de 5to año, Universidad Diego Portales, Santiago.
(3) Médica Cirujana, Becada de Pediatría UC / Hospital Clínico UC / Hospital Dr. Sótero del Río.

CC#87 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MARCHA ATÁXICA.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La ataxia corresponde a una alteración de la coordinación de los movimientos musculares voluntarios. Suele estar causada por una disfunción cerebelosa o por una alteración de la vía aferente vestibular o propioceptiva al cerebelo, aunque existen alteraciones en vías sensitivas periféricas que también pueden producir ataxia. Se presenta un caso pesquisado en el Hospital Regional de Rancagua.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Masculino de 14 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por dolor lumbar de predominio izquierdo que irradia a región glútea bilateral. Se realiza radiografía de columna lumbosacra que resulta normal. Evoluciona con parestesia bilateral de extremidades inferiores desde rodilla hacia distal, de predominio derecho, el cual se exacerba con la actividad; asociado a desequilibrio postural, inestabilidad de la marcha e incontinencia urinaria en una ocasión. Al examen físico destaca preservación de la fuerza muscular global y Romberg positivo con desequilibrio hacia posterior, sin dismetría y disdiadococinesia. Se decide hospitalizar para estudio y manejo. Se realiza tomografía computarizada de cerebro y columna que no muestra hallazgos patológicos. Electromiografía de extremidades inferiores resulta normal. Se realiza resonancia magnética de columna que no muestra signos de sacroileítis ni cambios inflamatorios. Actualmente con persistencia de la clínica, en seguimiento por neurología y otorrinolaringología para continuar estudio.

DISCUSIÓN:
La ataxia puede presentarse con múltiples signos y síntomas: inestabilidad de la marcha, dismetría, nistagmo, temblor y disartria. Una maniobra simple para detectar ataxia en niños en la prueba de Romberg, expresado por la tendencia a caer al estar de pie con los pies juntos y los ojos cerrados. El curso de la ataxia puede distinguirse como agudo, intermitente, recurrente, crónico-no progresivo y crónico-progresivo, lo que define diversas etiologías. El tratamiento depende de la causa, por lo que en muchos casos será necesario iniciar tratamiento sintomático mientras se objetiva la etiología.

PALABRAS CLAVE: : Ataxia, Dolor de la Región Lumbar, Parestesia.

Responsables

Becerra López S. (1), Allende González M. (1), Ogaz Contreras G. (1), Martínez Donoso I. (1), Méndez Lazo L. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: mirla.allende@pregrado.uoh.cl

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

(1) Interno de Medicina, Universidad de O'Higgins, Rancagua.
(2) Pediatra, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 7:
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

CC#15 ARTRODESIS DE TOBILLO: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Las lesiones tibiotalares y subtalares tienen distintas etiologías, como las enfermedades reumáticas degenerativas. Estos pacientes presentan deformidad del complejo tibiotalocalcáneo, rangos de movimiento articular disminuidos y dolor tanto en la marcha como en reposo. El tratamiento comprende manejo conservador con reposo, analgesia, antiinflamatorios y órtesis; y manejo quirúrgico si fracasa. Como alternativa quirúrgica se plantea la artrodesis tibiotalocalcánea, que une las articulaciones tibiotalar y subtalar, para corregir deformidades, lograr estabilidad en la marcha y disminuir el dolor, a nivel de tobillo y retropié. Este procedimiento usa un sistema de placas bloqueadas y tornillos que otorgan rigidez, y en base a la orientación de estas estructuras lograr una posición y movimiento articular adecuados.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente femenina de 66 años con antecedente de Hipertensión Arterial, Artritis Reumatoide y Fibromialgia. Historia de fractura de tobillo izquierdo tratada con osteosíntesis (OTS) en febrero de 2021 que evoluciona con Síndrome de Dolor Regional Complejo, compromiso del nervio ciático, pie equino y dedos en garra en pie no funcional.. En junio de 2022 se intenta la colocación de una endoprótesis en el tobillo izquierdo, pero la cirugía es frustra. Se decide retiro de OTS de fíbula e instalación de espaciador de cemento. 20 días posterior a la intervención, se realiza artrodesis tibiotalocalcánea, sin incidentes. A las 10 semanas acude a control, con evolución favorable. Se inicia reeducación de la marcha y kinesioterapia.

DISCUSIÓN:
La artrodesis talotibiocalcánea es un buen tratamiento en lesiones tibiotalares y subtalares luego del manejo conservador. Se presentó una paciente con pérdida de funcionalidad en pie izquierdo que luego de someterse a esta intervención logró buenos resultados.

PALABRAS CLAVE: Articulación del Tobillo, Artritis Reumatoide, Artrodesis.

Responsables

Goldbaum Roizen, E. (1), Conejeros Peña, J. (1), Lecaros Lyon, G. (1), Carrasco Vera, C. (1), Ahumada Pávez, X. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: egoldbaum@miuandes.cl

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

(1) Estudiante de Medicina 5to año, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
(2) Fellow de Tobillo y Pie, Clínica Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

CC#47 FRACTURA EN HUESO PATOLÓGICO EN PRIMER METACARPIANO CON QUISTE ÓSEO SIMPLE: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
Los tumores óseos son poco frecuentes. Las lesiones benignas y pseudotumorales, como los quistes óseos son más frecuentes que las malignas. El quiste óseo simple (QOS) se presenta generalmente en huesos largos, proximal a la placa epifisiaria durante la primera o segunda década de vida. Corresponde a una cavidad intraósea sin recubrimiento epitelial, de contenido seroso o sanguinolento, que produce un adelgazamiento de la corteza. Esto predispone a fracturas en hueso patológico, que suelen ser la forma en que se diagnostican estas lesiones.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente de sexo masculino, de 26 años, sin antecedentes mórbidos. Acudió al servicio de urgencia tras golpe con bolsa de 20 kg que cayó desde una altura de 5 metros sobre su mano derecha. Al examen físico, presentó aumento de volumen, dolor a la palpación e impotencia funcional del pulgar. Se solicitó radiografía de mano derecha AP y oblicua, que mostró una lesión metafisaria bien delimitada, radiolúcida. Se observó una cortical adelgazada y disrupción cortical a nivel de la metáfisis, sin reacción perióstica ni compromiso de partes blandas. Por sus características, se diagnosticó una fractura en hueso patológico del primer metacarpiano derecho, por un QOS. Se realizó una reducción abierta y fijación con osteosíntesis. Control a las 4 semanas con buena evolución, sin dolor, ROM conservados, sin signos de complicación de herida operatoria.

DISCUSIÓN:
En este caso, el mecanismo sería suficiente para provocar una lesión en un hueso sano, sin embargo, la radiografía muestra una fractura en hueso patológico. Es importante reconocer las características radiológicas de un QOS para diferenciarlo de un tumor maligno. Sugieren malignidad bordes irregulares, reacción perióstica o extensión a partes blandas.

PALABRAS CLAVE: Quistes Óseos; Fractura; Metacarpo.

Responsables

Carrasco Vera, C. (1), Lecaros Lyon, G. (2), Goldbaum Roizen, E. (3), Conejeros Peña, J. (3), Cariola Barros, M. (4).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: cacarrasco@miuandes.cl

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

(1) Interna de Medicina de 7° año, Universidad de los Andes.
(2) Interno de Medicina de 6° año, Universidad de los Andes.
(3) Alumno de Medicina de 5° año, Universidad de los Andes.
(4) Becado de Traumatología, Universidad de los Andes – Hospital Militar.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 8:
DERMATOLOGÍA

CC#24 REPORTE DE UN CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MORFEA SÍMIL A UNA MALFORMACIÓN VASCULAR CAPILAR ADQUIRIDA.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La morfea es un trastorno fibrosante autoinmune que afecta piel y tejidos blandos. Es una entidad poco común, cuya incidencia es mayor en mujeres y raza blanca. Presenta diversos subtipos, dentro de ellos las morfeas lineales, en placas y generalizadas. Estos presentan una fase temprana inflamatoria, y posteriormente una fase esclerótica y atrófica. La morfea lineal facial es más frecuente en niños y puede asociarse a fibrosis de tejidos profundos, generando gran morbilidad, por desfiguración ósea e incluso compromiso cerebral. Si bien es clave el diagnóstico precoz para evitar su progresión, la morfea temprana es de difícil diagnóstico, ya que puede simular una malformación vascular capilar. A continuación, se presenta un caso pediátrico de morfea en fase inflamatoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente masculino de 2 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por lesión cutánea de novo de aspecto vascular en zona hemifacial izquierda con compromiso frontal hace 6 meses.
La ecotomografía doppler cutánea muestra alteraciones dermo-hipodérmica, leve engrosamiento dérmico y cambios inflamatorios subcutáneos. Se realiza biopsia de piel que indica fibrosis dérmica e infiltrado inflamatorio, se extiende a tejido subcutáneo superficial, compatible con morfea en fase inflamatoria. Los exámenes de laboratorio destacan hemograma con eosinofilia y autoanticuerpos ANA, antiDNA y FR negativos. La RNM resulta normal. Se inicia tratamiento con metotrexato oral, además seguimiento clínico y ecográfico.

DISCUSIÓN:
La literatura chilena describe la morfea en fase inflamatoria como difícil diagnóstico debido a su similitud con la malformación vascular capilar. Los autores concuerdan que la biopsia es clave para un diagnóstico precoz y, así, un tratamiento adecuado y oportuno que permita mejorar el pronóstico.

PALABRAS CLAVE: Esclerodermia localizada, Enfermedad del tejido conectivo, Enfermedad cutánea, Malformación vascular.

Responsables

Jadue Fajre, A. (1), Alzérreca Albornoz, B. (1), Goldbaum Roizen, E. (2), Gorziglia Muzard, M. (1), Fajre Wipe, X. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: abjadue@miuandes.cl

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

(1) Interno de Medicina de 6º año, Universidad de los Andes.
(2) Estudiante de Medicina de 5º año, Universidad de los Andes.
(3) Dermatóloga, Hospital Padre Hurtado.

CC#34 LUPUS PERNIO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SARCOIDOSIS SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El Lupus Pernio (LP) es considerado una de las manifestaciones más frecuentes de la sarcoidosis crónica, siendo patognomónica de esta patología. LP tiene una menor respuesta a tratamiento que otras lesiones por sarcoidosis y sin tratamiento adecuado, las lesiones se infiltran e induran progresivamente hasta resultar en erosiones en el cartílago y hueso, produciendo una considerable destrucción y desfiguramiento, con un importante impacto psicológico en los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Se presenta un caso de sarcoidosis sistémica con lupus pernio en una mujer de 56 años. Si bien el LP se presenta de manera característica en la zona central de la cara, dorso de manos y dedos de manos y pies, nuestra paciente presentó compromiso cutáneo en dorso y rodillas, que posteriormente se generalizó a cara y extremidades en forma de pápulas violáceas confluentes. Por otra parte, la presencia de LP se asocia a un mayor riesgo de enfermedad extracutánea, especialmente pulmonar (75%) y de la vía aérea superior (50%), por lo que es relevante derivar a un paciente con sospecha de sarcoidosis a neumología, así como también a cardiología, oftalmología y dermatología. Se confirma el diagnóstico de sarcoidosis mediante biopsia cutánea. El estudio de afectación sistémica evidenció compromiso pulmonar y mediastínico. Se inició tratamiento con prednisona y posteriormente se añadió metotrexato, con buena respuesta.

DISCUSIÓN:
Se discute el impacto de las manifestaciones cutáneas sobre la sospecha diagnóstica, manejo precoz y definición de pronóstico en la sarcoidosis.

PALABRAS CLAVE: Sarcoidosis, Sarcoidosis Pulmonar, Manifestaciones Cutáneas.

Responsables

Valdés Heredia, A. (1), Basualto Zúñiga, P. (1), Silva Araya, A. (1), Varas Gómez, D. (1), Giacaman Sarah, P. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: alonsovaldes@ug.uchile.cl

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

(1) Estudiante de Medicina Universidad de Chile.
(2) Servicio de Dermatología Hospital San José, Santiago de Chile.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 9:
OTORRINOLARINGOLOGÍA

CC#32 MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La mucormicosis es una infección rara y grave, causada por organismos del orden Mucorales, ocurre principalmente en pacientes con diabetes mellitus descompensada e inmunocomprometidos. La presentación más frecuente es la rino-orbito-cerebral, también puede haber compromiso pulmonar o diseminado, y en menor frecuencia cutáneo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Masculino, 45 años, antecedente de diabetes mellitus 2 insulinorrequirente, consulta por cuadro súbito de cefalea frontoparietal derecha y compromiso del estado general, con laboratorio se diagnóstica cetoacidosis diabética, se hospitaliza para manejo. En sala presenta fiebre de 38°C y edema palpebral derecho con exoftalmo, examen físico destaca placa equimótica a nivel del paladar duro y blando. Por sospecha de celulitis orbitaria complicada se inicia tratamiento antibiótico. Además, se realiza escáner maxilo-facial identificándose proptosis bilateral con compromiso septal y cambios inflamatorios. Caso es evaluado por otorrinolaringología sospechándose mucormicosis, se indica toma de cultivos e inicio de antifúngicos. Evaluación oftalmológica concluye oftalmoplejía derecha y compromiso extenso de pares craneales. Se recibe resultado de cultivo positivo para Mucor spp. Debido a rápido deterioro del paciente se realiza resonancia de encéfalo y maxilo-facial donde se aprecia compromiso inflamatorio infeccioso hipovascular sinusal derecho con extensión intracraneana extensa, necrosis del paladar óseo y lesiones encefálicas frontobasales. Tras conocimiento de extenso compromiso el caso es evaluado entre infectología, neurocirugía, oftalmología y otorrinolaringología, determinándose que lesión por mucormicosis está fuera del alcance quirúrgico. Por lo anterior, paciente se mantiene hospitalizado con infusión diaria de anfotericina B liposomal, evolucionando tórpidamente con compromiso de conciencia, desnutrición calórico – proteica y aumento de la extensión de las lesiones fúngicas, falleciendo tras un mes de tratamiento.

DISCUSIÓN:
El caso descrito permite ilustrar que se debe tener un alto índice de sospecha de mucormicosis, ya que puede invadir rápidamente las estructuras orbitarias y cerebrales, impidiendo la realización del manejo quirúrgico adecuado para aumentar la eficacia del tratamiento antifúngico.

PALABRAS CLAVE: Celulitis orbitaria, Diabetes mellitus, Mucormicosis.

Responsables

Flores Luna, J. (1), Molina Cáceres, V. (1), Beals Martínez, C. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: juanita.flores@alumnos.uv.cl

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

(1) Interna de Medicina 7° Año, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe.
(2) Médico Cirujano, Hospital San Francisco de Llay Llay, Región de Valparaíso.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 10:
PSIQUIATRÍA ADULTOS

CC#44 DE LA EUFORIA A LA DEPRESIÓN EN 24 HORAS: REPORTE DE CASO DE CICLADO ULTRADIANO EN TRASTORNO BIPOLAR Y SU ABORDAJE TERAPÉUTICO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El ciclado ultradiano es un patrón inusual de ciclado rápido de ánimo que se ha descrito en un número limitado de pacientes con trastorno bipolar. Se manifiesta en un período de menos de 24 horas y se define como más de un ciclo/episodio por día durante 4 o más días por semana. Aunque se han identificado algunos tratamientos farmacológicos eficaces para el ciclado rápido, la literatura científica existente sobre el ciclado ultradiano es sumamente escasa.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 24 años con historial de episodios de depresión, hipomanía y manía, actualmente diagnosticada con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad, y Trastorno Bipolar Tipo I. Presentó ciclado ultradiano, el cual fue tratado con lamotrigina, aripiprazol y benzodiacepinas. Su medicación fue ajustada múltiples veces debido a persistencia de síntomas y efectos secundarios, incluido el manejo de somnolencia con armodafinilo. Se observó mejora en sus síntomas maníacos y depresivos, permitiendo suspensión de benzodiacepinas. Paroxetina fue introducida por depresión bipolar, luego reemplazada por escitalopram. Se intentó disminuir la dosis de aripiprazol, pero se observaron recaídas luego de esto. Hoy, la paciente está eutímica y libre de ciclado ultradiano por 2 años.

DISCUSIÓN:
El diagnóstico diferencial es crítico, especialmente con episodios mixtos, para conseguir un manejo adecuado. El caso estudiado revela la importancia de la personalización del tratamiento, respetando las decisiones del paciente y considerando sus antecedentes clínicos y respuesta a tratamiento anterior. Resulta esencial frente a la escasez de investigaciones y protocolos establecidos para el ciclado ultradiano que se profundice en la comprensión de este fenómeno. La respuesta al tratamiento en el caso resalta la eficacia de terapias individualizadas y la importancia de monitorear continuamente la evolución clínica.

PALABRAS CLAVE: Trastorno bipolar, Ciclado rápido, Ciclado ultradiano, Lamotrigina, Aripiprazol.

Responsables

Aguayo-Zanetti, C. (1), Valdés Guerrero, J. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: carla.aguayozanetti@ug.uchile.cl

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

(1) Estudiante de Medicina, 5º año, Universidad de Chile; Estudiante de diplomado en Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Adulto, Fundamentos Teóricos, Pontificia Universidad Católica de Chile.
(2) Licenciado en Ciencias Biológicas / Doctor en Ciencias Biomédicas; Profesor Asociado en Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CC#77 SONAMBULISMO Y PIERNAS INQUIETAS, DOS EFECTOS ADVERSOS RAROS DE ESZOPICLONA Y QUETIAPINA, RESPECTIVAMENTE, EN UNA MISMA PACIENTE: REPORTE DE UN CASO.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El trastorno de sueño es altamente frecuente en la población. Existen muchas alternativas farmacológicas para tratarlo, las cuales no están exentas de efectos adversos, algunos de ellos poco conocidos y que pueden significar un riesgo para el paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente femenina de 45 años, con antecedente de fibromialgia y trastorno de sueño crónico, para este último se inició Eszopiclona 3mg/noche, evolucionando con conductas automáticas nocturnas: apertura ocular con habla espontánea de temas inconexos, llamadas por teléfono a familiar y amnesia anterógrada de estos episodios.
Se suspendió medicamento, cambiándose por quetiapina 25mg/noche, tras lo cual episodios de automatismo nocturno ceden. Por falta de respuesta se aumentó dosis a 50mg, tras lo cual evolucionó con sensación desagradable en las piernas, nocturna, y con necesidad de moverlas, es decir, síndrome de piernas inquietas. Paciente firmó consentimiento informado.

DISCUSIÓN:
Existe poca información en la literatura sobre estos efectos adversos en los medicamentos descritos, aunque se desprende de la información disponible que, si son posibles, estos serían "raros" o "poco frecuentes".
Como sugerencia, la FDA recomienda la suspensión de Eszopiclona ante este efecto adverso, dado el riesgo que puede representar para el paciente, lo cual se realiza en este caso.
Destacar que en los folletos de información al paciente de la Eszopiclona que fueron analizados, este efecto adverso no está descrito.
Dada la alta frecuencia de trastornos del sueño, la prescripción de medicamentos para tratarlos ha aumentado considerablemente. Se debe tener en cuenta que ningún fármaco está exento de efectos adversos, los cuales deben ser conocidos por los clínicos para indicar una terapia considerando siempre el riesgo-beneficio. Por otro lado, se debe mejorar la información en el folleto destinado al paciente, el cual debe detallar los posibles efectos adversos, por muy raros que sean, para su conocimiento.

PALABRAS CLAVE: Efecto Adverso, Eszopiclona, Insomnio, Quetiapina.

Responsables

Peña Raddatz, P. (1), Mercado Lorenzini, P. (2), Escobar Mora, B. (3), Martínez Vergara, C. (3), Cristian Delgado, E. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: p.pena07@ufromail.cl

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

(1) Estudiante de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco.
(2) Médico General de Zona, Cesfam Ralco Ralco.
(3) Interna de Medicina, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles, Universidad San Sebastián, Concepción.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 11:
NEUROCIRUGÍA

CC#76 NEUROCITOMA CENTRAL ANAPLÁSICO COMO CAUSA DE CEFALEA Y FOCALIDAD NEUROLÓGICA EN PACIENTE JOVEN.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El Neurocitoma Central corresponde a una neoplasia del Sistema Nervioso Central (SNC) de origen ectodérmico. Inicialmente descrito por Hassoun y colaboradores en el año 1982. Es actualmente catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un tumor neural grado II. Representa el 0.1-0.5% de todos los tumores cerebrales, sin presentar predilección por sexo y afectando más frecuentemente a adultos jóvenes entre los 20-40 años. Cursa generalmente con síntomas de hipertensión intracraneal (HTIC) secundaria a hidrocefalia no comunicante. El tratamiento de elección corresponde a la exéresis completa tumoral con adyuvancia de quimio/radioterapia según porcentaje de resección y características tumorales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Paciente de 17 años sin antecedentes mórbidos, consultó a neurología por haber presentado visión borrosa en ojo izquierdo y cefalea holocraneal de hace 3 meses. Al examen físico se objetivó monoparesia extremidad inferior izquierda, escala mMRC 4, y síndrome vertiginoso, por lo que se solicitó neuroimagen. En estudio de RM de encéfalo se reveló lesión sólida de dimensiones de 35x26x24 mm, ocupante de espacio en ventrículo lateral derecho e invasión hacia tercer ventrículo como desplazamiento del septum pellucidum; de carácter heterogéneo, redondeado con contornos definidos; isointensa en secuencia T1, hiperintenso en secuencia T2, con áreas de degeneración quística que atenúan en secuencia FLAIR y captación heterogénea al contraste. Derivándose a neurocirugía, donde el paciente fue intervenido para su resección total. Se realizó abordaje interhemisférico transcalloso ipsilateral a la lesión. Al control, 21 días post exéresis, RM de encéfalo no evidenció lesión residual; con informe anatomopatológico que informó Neurocitoma Central Anaplásico con ki-67 4%, por lo que paciente recibió radioterapia fraccionada.

DISCUSIÓN:
Como se describe en la literatura sobre Neurocitoma Central, el paciente debutó con clínica de HTIC y focalidad neurológica. Donde la derivación y caracterización histopatológica oportuna de éste fue clave para el pronóstico, pues existen mejores resultados en resecciones macroscópicas totales y uso de radioterapia, acorde a índice ki-67, como en este caso.

PALABRAS CLAVE: Neurocitoma Central; Radioterapia; Microcirugía.

Responsables

Amar Collantes M. (1), Herrera Barahona E. (1), Schuller Martínez M. (1), Bastias Bravo D. (1), E. Espinoza García (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: ue.amar97@gmail.com

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

(1) Interno de Medicina 7° año, Universidad de Valparaíso.
(2) Neurocirujano, Hospital San Camilo, San Felipe. Fellowship Cirugía de Columna, Clínica Alemana.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 1:
MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CC#09 ESTUDIO SOBRE CRONOTIPO Y ESTACIONALIDAD EN ADOLESCENTES DE UN COLEGIO DE SANTIAGO DE CHILE, EN EL AÑO 2022.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La estacionalidad se define como aquellos patrones recurrentes que suceden en periodos específicos de tiempo. Está relacionada con el Trastorno Afectivo Estacional (TAE), caracterizado por episodios recurrentes de depresión, especialmente durante el invierno. Se ha comprobado que los adolescentes sufren restricción crónica de sueño producto del desplazamiento vespertino del ritmo cronobiológico (preferencia actividad-descanso) durante las edades comprendidas entre los 11 y 17 años. A medida que avanzan en su desarrollo, este hábito se retrasa aún más, llevándolos de tener un cronotipo matutino a uno vespertino. En el presente trabajo se propone estudiar la relación entre estacionalidad y cronotipos en adolescentes residentes en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Se realizó una charla sobre sueño a estudiantes de entre 16 y 19 años, dos cursos de 3ro y dos de 4to medio de un Liceo de la comuna de Independencia, y se les invitó a participar del estudio. Se analizaron los datos de 45 estudiantes de una muestra inicial de 150, de los cuales 100 fueron excluidos por no firmar el consentimiento y 5 por no completar correctamente la encuesta. Se aplicó las encuestas del Cuestionario de Matutinidad-Vespertinidad Reducido (rMEQ) y Cuestionario de Evaluación de Perfil Estacional Infantojuvenil (SPAQ-CA).

RESULTADOS:
En rMEQ mayores calificaciones indican mayor grado de matutinidad mientras que las menores se asocian a vespertinidad. Siendo los puntos de corte de 0-11 vespertino; 12-17 intermedio y 18-25 matutino. En SPAQ-CA se obtiene un puntaje sugerente de TAE con un puntaje total>17 y magnitud del problema >2.

DISCUSIÓN:
Los adolescentes búhos mostraron una tendencia a presentar estacionalidad en sus ritmos cronobiológicos. Además, los sujetos con cronotipo vespertino mostraron una mayor propensión a presentar puntajes sugestivos de Trastorno Afectivo Estacional en comparación con los sujetos con cronotipo matutino. Así, el cronotipo vespertino en adolescentes se presenta como factor de riesgo para trastorno afectivo estacional.

PALABRAS CLAVE: Adolescente, Sueño, Trastornos del Sueño del Ritmo Circadiano, Síndrome Jet Lag.

Responsables

Troncoso Rirorokо, L. (1), Solís Aravena, P. (2), Manríquez Muñoz, B. (3), Ocampo Garcés, A. Silva Gallegillos (4).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: patriciasolis@ug.uchile.cl

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

(1) Interna Medicina de 7° año, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
(2) Estudiante de Medicina de 3er año, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
(3) Interno Medicina de 6° año, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
(4) Docente del departamento de enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 2:
PEDIATRÍA

CC#05 PERFIL DE EGRESO HOSPITALARIO POR BRONQUIOLITIS AGUDA EN MENORES DE 4 AÑOS ENTRE LOS AÑOS 2018 A 2021 EN CHILE.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La bronquiolitis aguda (BA) es la infección del tracto respiratorio inferior en menores de 2 años y corresponde a la primera causa de hospitalización de este grupo etario. Es por esto que el objetivo de este trabajo es caracterizar el perfil de egreso hospitalario por bronquiolitis en menores de 4 años entre los años 2018 a 2021 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Estudio observacional sobre cantidad de egresos hospitalarios por bronquiolitis en Chile durante el periodo 2018-2021, según sexo, grupo etario y agente etiológico (n=21.023); Información obtenida de los registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Se realizó una estadística descriptiva de los datos. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS:
El año 2020, fue el de menor número de egresos alcanzando un 2,0% (411). Durante el periodo estudiado, el sexo masculino presentó el 58,2%(12.238) de los egresos. El grupo etario de menores de 1 año, alcanzó un 90,7% (19.061) de los egresos. El Virus Respiratorio Sincicial (VRS) alcanzó el mayor número de egresos por BA, con un 50,6% (10.644).

DISCUSIÓN:
El perfil de egreso hospitalario por BA reportado, presentó una importante variación en el periodo estudiado, sufriendo una importante caída en el número de egresos principalmente en el 2020, lo que podría deberse a las medidas de aislamiento instauradas durante la Pandemia por SARS Cov 2. El sexo masculino, el grupo de menores de 1 año y VRS, fueron los responsables del mayor número de egresos, lo que concuerda con datos nacionales e internacionales encontrados en la literatura.

PALABRAS CLAVE: Bronquiolitis, Niño Hospitalizado, Pediatría.

Responsables

Flores Ibertti, M. (1), Vidal Cornejo, R. (1), Pérez Pinto, P. (1), Morales Catalán, F. (1), Aldunate González, P. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: mfi@outlook.es

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

(1) Internas de Medicina, 7mo año, Universidad Nacional Andrés Bello.
(2) Médica cirujana, Servicio de Medicina CASR.

CC#38 COPROCULTIVO EN PEDIATRÍA: UNA EVALUACIÓN DE RENDIMIENTO Y COSTOS EN 5 AÑOS.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La Gastroenteritis Aguda (GEA) es causa frecuente de consulta pediátrica, con reconocido predominio etiológico viral. Dentro del estudio suele incluirse el coprocultivo, examen microbiológico de bajo rendimiento (descrito entre 1,4 y 3,8%), con costo económico asociado. Este estudio pretende cuantificar su rendimiento en pacientes pediátricos con GEA en Servicio de Urgencia Infantil (SUI) y hospitalizados, además de determinar el costo directo asociado al examen.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, recopilando información desde la plataforma Kern Mic® (Biomerieux®) del laboratorio de microbiología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, incluyendo los coprocultivos tomados en SUI, Servicio de Pediatría y Unidades Críticas en el período 2018-2022. Se calculó rendimiento como porcentaje de positividad y se determinó costo (pesos chilenos) de acuerdo con su valor anual definido por FONASA. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central.

RESULTADOS:
En los 5 años fueron procesados 1.321 coprocultivos, de ellos 30 positivos, determinando un rendimiento global del 2,27%. Los agentes detectados fueron Salmonella spp (73,33%), Shigella spp (20%) y Yersinia spp (6,67%). El mayor rendimiento fue en escolares (6 a 10 años) con 6,43%, obteniendo en menores de 2 años una positividad del 0,81%. Respecto al costo, se obtuvo un total de $4.798.620, en donde 80% corresponde a SUI y se relaciona a pacientes que en general no se hospitalizan.

DISCUSIÓN:
Se refuerza el bajo rendimiento del coprocultivo en los servicios pediátricos, situación acorde a la literatura. Dado el bajo rendimiento y el costo asociado, la utilidad del coprocultivo en GEA en pediatría debe ser reconsiderada, especialmente en menores de 2 años, reorientando el esfuerzo hacia el manejo sintomático y considerar el diagnóstico molecular cuando sea necesario de acuerdo a algoritmos locales.

PALABRAS CLAVE: Gastroenteritis, Pediatría, Técnicas de cultivo.

Responsables

Campos Rojas, J. (1), Correa Rojas, P. (1), Castillo Castillo, F. (1), Delpiano Méndez, L (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: josemanuelcamp@gmail.com

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

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
(2) Infectólogo Pediatra, jefe Infectología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

CC#45 UTILIDAD DEL COPROCULTIVO EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS AGUDA INTRAHOSPITALARIA: REVISIÓN DE 5 AÑOS.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La Gastroenteritis aguda (GEA) es una entidad frecuente a nivel intrahospitalario en pediatría y de vigilancia obligatoria en menores de 2 años. Similar a cuadros comunitarios, predomina la etiología viral (supera el 90% de los agentes en reportes nacionales).
El coprocultivo entrega información bacteriológica limitada, comparado con técnicas moleculares, con reconocido bajo rendimiento en diarrea nosocomial, pero persistiendo su solicitud a nivel clínico. Por ello, se pretende evaluar en forma local la utilidad de coprocultivos en GEA intrahospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, recopilando información desde la plataforma Kern Mic® (Biomerieux®) del laboratorio de microbiología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, incluyendo los coprocultivos solicitados ante sospecha de GEA intrahospitalaria (tomados 72 horas posterior al ingreso) en Servicio de Pediatría y Unidades Críticas en el periodo 2018-2022. Se evaluó el rendimiento según porcentaje de positividad. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Central.

RESULTADOS:
Se tomaron 111 coprocultivos que cumplieron criterios de inclusión, promedio de edad 3,67 años, la mayoría obtenidos desde Sala pediátrica. La media de días de solicitud fue de 33,17 (rango 4 a 367 días). Sólo hubo 1 resultado positivo (lactante de 11 meses, Yersinia enterocolitica). Se obtuvo un rendimiento del 0,9%.

DISCUSIÓN:
El rendimiento local del coprocultivo para GEA intrahospitalaria en pediatría resulta extremadamente bajo, concordante con la evidencia; y coincidente con la etiología viral asociada. Se refuerza entonces el conocido concepto de "Regla de exclusión de 3 días", estrategia que promueve no realizar este examen luego de 3 días de internación, y privilegiar estudio con técnicas moleculares.
Así entonces, el coprocultivo presenta una utilidad marginal y no debería solicitarse de rutina ante la sospecha de GEA nosocomial, a no ser, por ejemplo, existencia de brote relacionado a alimentación.

PALABRAS CLAVE: Gastroenteritis, Infección Hospitalaria, Pediatría, Técnicas de cultivo.

Responsables

Correa Rojas, P. (1), Castillo Castillo, F. (1), Campos Rojas, J. (1), Delpiano Méndez, L. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: pacorrea@ug.uchile.cl

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

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
(2) Infectólogo Pediatra, jefe Infectología Infantil Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 3:
SALUD PÚBLICA

CC#06 ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA TASA DE MORTALIDAD POR HIPERKALEMIA, ENTRE LOS AÑOS 2018 Y 2022 EN CHILE.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La hiperkalemia corresponde a la elevación del potasio plasmático y tiene una prevalencia de 6.3% a nivel mundial. Su principal complicación son las arritmias cardiacas, las cuales son potencialmente mortales y es por esto, que el objetivo del presente estudio es determinar la tasa de mortalidad (TM) por hiperkalemia en Chile entre los años 2018-2022.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Estudio observacional, descriptivo sobre defunciones por hiperkalemia entre los años 2018 y 2022 en Chile, según sexo y grupo etario (n=272); datos del Instituto Nacional de Estadísticas y del Departamento de Estadísticas e información de Salud. Se calculó TM e índice de sobremortalidad (IS). No se requirió comité de ética.

RESULTADOS:
Se evidenció una TM de 0,52 por cada 100.000 habitantes durante el periodo de estudio. Destacan las TM más altas en la población masculina de 0,53 por 100.000 habitantes, con un IS de 1,03 con respecto al sexo femenino; y en el grupo etario de 80 y más años correspondiendo a 6,74/100.000 habitantes.

DISCUSIÓN:
En Chile existe una menor TM al compararla con estudios internacionales, situación que podría deberse a un posible subdiagnóstico de esta patología. El sexo masculino se reporta como un factor de riesgo independiente que incrementa la mortalidad de hiperkalemia, además, presenta mayor prevalencia de esta enfermedad. El grupo etario con mayor TM se podría explicar a través de una mayor prevalencia de hiperkalemia, esto debido a alteraciones hormonales y enfermedades crónicas. En conclusión, la hiperkalemia es una patología con importante comorbilidad y mortalidad, pero poco pesquisada en el mundo. Se evidencia un grupo de riesgo, en el cual es importante realizar pesquisas de esta patología y prevención. Sería de importancia para la base de información en Chile, que se desarrollaran más estudios epidemiológicos de hiperkalemia como el presente, con variables sociodemográficas.

PALABRAS CLAVE: Grupos de edad, Chile, Hiperkalemia, Mortalidad, Sexo.

Responsables

Barriga Méndez, M. (1), Bustamante Montoya, C. (1), Galvez Godoy, C. (1), Guajardo Muñoz, I. (1), Aldunate González, P. (2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: m.ceciliabarriga@gmail.com

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

(1) Interna de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
(2) Médica-Cirujana, Hospital El Carmen, Maipú.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 4:
EPIDEMIOLOGÍA

CC#12 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MORTALIDAD POR FASCITIS NECROTIZANTE EN CHILE ENTRE LOS AÑOS 2018 - 2022.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
La fascitis necrotizante (FN) es una infección aguda rápidamente progresiva que provoca destrucción y necrosis de la fascia muscular y la grasa subcutánea que la recubre, reportándose con una alta tasa de mortalidad en trabajos internacionales. El objetivo del estudio es describir la tasa de mortalidad (TM) por FN entre los años 2018-2022 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Estudio descriptivo y transversal, de defunciones por FN en Chile en el periodo 2018-2022 (n=286). Datos obtenidos del departamento de Estadísticas e información de Salud del Ministerio de Salud. Se calculó la TM. No requirió comité de ética.

RESULTADOS:
La TM del periodo de estudio fue de 0,45/100.000 habitantes, evidenciándose leves variaciones año a año. El sexo femenino presentó mayor TM con 0,51/100.000. El grupo etario que presentó mayor TM fue el de 80 y más años con 9,55/100.000 habitantes de ese grupo etario, seguido por el grupo etario de 65-79 años con 7,3/100.000 habitantes.

DISCUSIÓN:
La TM por FN año a año se mantuvo estable, esto podría deberse a que, como es una patología de resolución quirúrgica urgente, se recomienda su atención lo antes posible pese a que los recursos disponibles sean escasos. Hubo una mayor TM en el sexo femenino, lo que concuerda con lo observado a nivel internacional. Respecto al rango etario se evidenció una mayor TM a medida que aumenta la edad, esto puede deberse a la mayor carga de comorbilidades en este grupo etario, que predisponen a desarrollar y morir por FN, como diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica y enfermedad renal crónica.

PALABRAS CLAVE: Fascitis Necrotizante, Infecciones de los Tejidos Blandos, Mortalidad.

Responsables

Nannig Larsen, C. (1), Lara Gutiérrez, G. (2), Neira Fuentes, F. (3), Gomez Torín, P. (4). Aldunate González, P. (5).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: titinannig@gmail.com

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

(1) Interna Medicina de 7° año, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
(2) Interna Medicina de 7° año, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
(3) Interna Medicina de 7° año, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
(4) Médico Cirujano, CESFAM Dr. Raúl Cuevas Palma, Santiago, Chile.
(5) Médica Cirujana, Hospital el Carmen, Santiago, Chile.

CC#65 ANÁLISIS DE TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN LOS AÑOS 2019-2022, CHILE.

Resumen

INTRODUCCIÓN:
El cáncer de mama (CM) es una proliferación acelerada y desordenada del epitelio de los conductos mamarios capaz de diseminarse. Es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. El objetivo de este trabajo es analizar la tasa de mortalidad (TM) por CM en los años 2019 a 2022 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Estudio de tipo observacional, transversal. Sobre defunciones por cáncer de mama, 2019-2022 en Chile (N=6373). La información fue recolectada del departamento de estadística e información de salud. Se calculó TM, No se requirió comité de ética.

RESULTADOS:
Se evidenció una TM del periodo de 24,25 por cada 100.000 habitantes. El año con menor TM fue el 2021 con 23,37 por cada 100.000 habitantes. El rango etario con mayor TM fue en el grupo de 80 años y más con 547,8 por cada 100.000 habitantes. La región con la TM más alta fue Valparaíso con 29,6 por cada 100.000 habitantes.

DISCUSIÓN:
La TM tuvo una disminución durante los años 2020 y 2021, lo cual se podría deber a la modificación en la modalidad de atención durante la pandemia, aunque se esperaría según la literatura que ésta aumente. La TM aumenta con la edad en concordancia con lo reportado internacionalmente y las tasas en Chile son más altas que en otros países. Por otro lado, se vio que las regiones con mayor porcentaje de adultos mayores tienen una mayor TM como lo es Valparaíso en comparación a otras regiones con menor cantidad de adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama, Tumor maligno de mama, Salud pública, Mortalidad.

Responsables

Gómez Torin, P. (1), Arriagada Opazo, J. (2), Hernández Silva, C. (3), López Ibáñez, S. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: pedgomtor@gmail.com

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

(1) Médico Cirujano. CESFAM Dr. Raúl Cuevas Palma, Santiago.
(2) Estudiante 4° año de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(3) Estudiante 5° año de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt.

Versión electrónica ISSN: 2735-7406 | Versión impresa ISSN: 2735-7406

rcem.uchile.cl