

REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

LIBRO DE RESÚMENES I JORNADA
MÉDICO QUIRÚRGICA HCSBA 2019

NOVIEMBRE 2019 - VOLUMEN 12, SUPLEMENTO 2

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



*Revista Chilena de Estudiantes de
Medicina Volumen 12 – Número 1 –
Noviembre, 2019 Versión en Línea
ISSN 0718-672X*

Revista Chilena de Estudiantes de Medicina, fundada en 2001, es editada por la **Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile**, Avenida Independencia 1027, Programa de Anatomía del Desarrollo, Block A, Oficina 1, Comuna de Independencia, Santiago de Chile.

Se permite el almacenamiento y cualquier forma de difusión de este número o partes del mismo, con la referencia debida a su origen.

Director: Rodrigo Rivera Martínez.



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Fundada en el año 2001

NOVIEMBRE 2019 • Volumen 12 • Número 1
Versión Impresa ISSN 0718-6711 • Versión en Línea ISSN 0718-672X

Rodrigo Rivera Martínez
DIRECTOR

COMITÉ EDITORIAL
Ximena Aguilera Correa
Javier Toro Pérez
Rodrigo Rivera Martínez



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
Fundada en el año 2001

COMITÉ REVISOR Y ASESOR

Dr. Mauricio Cereceda Brantes

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

Prof. Dr. Luis David Lemus Acuña

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

Dra. Laura Mendoza Inzunza

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

Prof. Dr. Ramón Rodrigo Salinas

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

Dra. Emilia Sanhueza Reinoso

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

Dr. Rubén Torres Durán

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



Universidad de Chile
Facultad de Medicina - Campus Centro
Academia Científica de Estudiantes de Medicina

LIBRO DE RESÚMENES
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y CASOS CLÍNICOS

I JORNADA MÉDICA-QUIRÚRGICA HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN 2019

Viernes 15 de noviembre del 2019
Auditorio n°1, Facultad de Medicina Campus Centro
Av. Santa Rosa n°1234, Santiago

Comité Organizador

- Dr. Salvador Madrid

Médico Internista, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Académico Universidad de Chile.

- María José Mesa

Estudiante Medicina VII año - Universidad de Chile

- Martina Koryzma

Estudiante Medicina VI año - Universidad de Chile

- Camila Lara

Estudiante Medicina III año - Universidad de Chile

- Academia Científica de Estudiantes de Medicina – Universidad de Chile

Comité por área:

MEDICINA INTERNA:

- Dr. Salvador Madrid
- Dr. Martin Garrido
- Dr. Camilo Díaz
- Dr. Kenyin Loo
- Dra. Carmen Rain
- Dr. Julio Moscoso
- Dr. Pablo de la Barra
- Dr. Cristián Ávila

CIRUGÍA:

- Dr. Benjamín Fernández

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

- Dr. Manuel Ramos
- Dra. Andrea Bravo
- Dra. Javiera Miranda

DERMATOLOGÍA

- Dra. Ingrid Centurión
- Dr. Juan Lefimil

PEDIATRÍA

- Dra. Michelle Rojas
- Dra. Tamara Velásquez
- Dr. Víctor Au

NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

- Dr. Pablo Salinas
- Dr. Yoel López
- Dra. Natalia Pozo
- Dr. Aldo Ghisoni
- Dr. César Romero

UROLOGÍA:

- Dr. Fernando Vargas
- Dr. Luis Gómez
- Dr. Isaac Pinilla

Colaboran:

- Hospital Clínico San Borja Arriarán
- Departamento de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile

Presentación

En el contexto del desarrollo de la Educación Médica dentro del Hospital Clínico San Borja Arriarán, se hace necesario el contar con espacios en los cuales poder divulgar el conocimiento científico y clínico que se desarrolla en nuestra institución hospitalaria a lo largo de la formación médica. Con este objetivo nacen hace 8 años las Jornadas Quirúrgicas del Campus Centro, con el fin de dar a conocer la investigación que se desarrolla por parte de tutores, internos y alumnos que se forman día a día en el HCSBA, a través de la presentación de trabajos y casos clínicos de interés concernientes a las diversas especialidades quirúrgicas de nuestro centro. La diversidad de áreas en el que se desarrolla la medicina, que van más allá de la práctica quirúrgica y comprende la práctica médica, hace necesario incluir, en esta versión, a las especialidades cuya labor se centra en el cuidado y el manejo al lado de la cama del paciente.

En este 2019 realizamos las I Jornadas Médico-Quirúrgicas del Campus Centro, por lo que invitamos a los internos y estudiantes desde tercer año de medicina del Campus Centro y HCSBA, y a todos los centros docentes del país a formar parte de este espacio y contribuir de forma activa con sus trabajo, para así mantener viva esta instancia de divulgación del conocimiento médico-quirúrgico y científico en nuestro centro.

En el presente documento damos a conocer la totalidad de los trabajos aceptados y presentados en las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neurología y Neurocirugía, Dermatología y Urología.

Coordinador/as I Jornada Médico-Quirúrgica HCSBA
Campus Centro
Universidad de Chile

MODALIDAD PRESENTACIÓN ORAL

COLECISTITIS COMO PRESENTACIÓN INHABITUAL DE MESOTELIOMA PERITONEAL MALIGNO

MOREIRA CALDERÓN J (1), COLLAO SOTO E (1), PIZARRO GALLEGUILLOS B (1), MENA URTUBIA B (1), ARAYA CORTÉS P (2)

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

(2) *Médico-cirujano, Universidad de Chile, Hospital de Villarrica, Villarrica*

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma peritoneal maligno (MPM) es una neoplasia primaria abdominal infrecuente y agresiva. El principal factor de riesgo es la exposición a asbesto, asociación menos potente que en los mesoteliomas pleurales. La presentación clínica es inespecífica e incluye dolor y/o distensión abdominal, ascitis y baja de peso. La mayoría se diagnostica en etapas avanzadas, con pobre sobrevida. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 57 años, consulta por 1 mes de dolor en flanco e hipocondrio derechos, al examen físico hemiabdomen derecho poco depresible, doloroso y signo de Murphy positivo. Imágenes se interpretan como plastrón vesicular. Se indica hospitalización y se realiza colecistectomía videolaparoscópica; se observa plastrón vesicular y múltiples nódulos peritoneales en diafragma del cuadrante superior, se toma uno para biopsia. Evolucionan favorablemente en postoperatorio. Biopsia informa vesícula y nódulo peritoneal infiltrados por carcinoma poco diferenciado sarcomatoide. Se plantea diagnóstico diferencial entre MPM y primario ginecológico. Se completa estudio descartando primario extraperitoneal, diagnosticándose MPM sarcomatoide. Se inicia quimioterapia. **DISCUSIÓN:** El MPM es infrecuente, altamente letal, y de difícil diagnóstico, dada la presentación variable e inespecífica. Se presenta aproximadamente en 1/1.000.000, representando un 30% de todos los mesoteliomas. Usualmente se presenta como cuadro de dolor, distensión y baja de peso, siendo infrecuente la patología inflamatoria (peritonitis, colecistitis, entre otras), representando generalmente un hallazgo en la biopsia. En nuestro caso, el compromiso peritoneal fue evidente a la laparoscopia. Existen 3 tipos histológicos: epiteliode, sarcomatoide y mixto. El tipo sarcomatoide es extremadamente infrecuente. El tratamiento se basa en quimioterapia, siendo alternativas la citorreducción, quimioterapia intraabdominal e inmunoterapia.

Palabras claves: mesothelioma, acute cholecystitis, cavity, peritoneal.

CORIOAMNIONITIS CLÍNICA POR CÁNDIDA ALBICANS. REPORTE DE UN CASO

VERGARA RIQUELME S. (1), FUENTES FUENTES J.(1), MORALES ARÉVALO F. (1), VILLABLANCA SALDÍAS J.(1), LARRAÍN SOLER C. (2)

(1) *Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.*

(2) *Jefa de equipo de Partos, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.*

Introducción: La corioamnionitis clínica afecta entre el 2 a 10% de los embarazos de término, la infección suele ser polimicrobiana, principalmente por microorganismos de la flora vaginal como *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia coli* y otros anaerobios. La etiología micótica es infrecuente, asociándose a factores de riesgo: uso de dispositivos intrauterinos, inmunodepresión, rotura prematura de membrana de larga data, uso de antibióticos de amplio espectro, entre otros. Presentación del caso: Mujer de 36 años con antecedentes de hipertensión arterial crónica, embarazada de 19 semanas, presenta cuadro de 1 semana de evolución de dolor hipogástrico asociado a fiebre hasta 38,3°C, el examen físico evidencia orificio cervical externo dilatado con membranas expuestas. Se hospitaliza para estudio, destacan parámetros inflamatorios elevados y en análisis del líquido amniótico se visualizan hifas abundantes, por lo que se inicia Fluconazol. Posteriormente presenta dinámica uterina y rotura prematura de membranas, se decide evolución espontánea hasta completar aborto, con legrado subsiguiente. Paciente persiste con parámetros inflamatorios elevados, se rescata cultivo de líquido amniótico (+) para *Cándida Albicans*. Se plantea junto a Infectología mantener tratamiento antimicrobiano por 14 días. Dada buena respuesta, se decide alta. En informe anatomopatológico de restos ovulares se confirma corioamnionitis aguda con presencia de hifas septadas, compatibles con microorganismos *Candida sp*. Discusión: La infección vaginal por *cándida* es frecuente durante la gestación (18-25%), sin embargo el compromiso de anexos ovulares con corioamnionitis clínica es infrecuente, con una incidencia menor a 0.8%, siendo el primer caso reportado en el servicio de salud occidente. El caso presentado es aún más infrecuente ya que no existen factores de riesgo asociados. Las complicaciones más comunes son el parto prematuro (55%), rotura prematura de membranas y aborto (50-70%). Es importante el estudio oportuno con análisis y cultivo del líquido amniótico. El manejo es la interrupción del embarazo y antibioterapia con azoles.

Palabras clave: Chorioamnionitis, Fetal Diseases, *Candida albicans*.

CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA DE ECOGRAFÍA TRANSCRANEANA EN SÍNDROME PARKINSONIANO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

MARÍN CÁCERES F.(1), MANCILLA SEPÚLVEDA V.(1), MORENO ROCO J.(1), LARA VERA N.(1), SALINAS CARRIZO P.(2)

(1) *Interno de Medicina de Séptimo año, Universidad de Chile, Santiago.*

(2) *Neurólogo, Profesor. Asistente de Neurología, Universidad de Chile, Santiago*

Introducción: La ecografía transcraneal (EcoTC) se utiliza como estudio diagnóstico en etapa prodrómica de Enfermedad de Parkinson Idiopática (EPI) y diagnóstico diferencial de parkinsonismos. El hallazgo de hiperecogenicidad anormal de la sustancia nigra (área >0.2 cm²), se relaciona con EPI, asimismo, hiperecogenicidad en núcleos lenticulares sería compatible con Síndromes de Parkinson-Plus (PP); la ausencia de ambos hallazgos es observado en temblor esencial, parkinsonismos secundarios y población sana. **Objetivo:** Evaluar correlación del cuadro clínico y hallazgos de EcoTC, determinando sensibilidad y especificidad para cada diagnóstico. **Metodología:** Se evalúan 119 pacientes con trastornos del movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), entre 2017-2019. Un neurólogo entrenado realiza EcoTC, ciego al diagnóstico, comparando el resultado posteriormente con diagnóstico pre-test. **Resultados:** Entre 77 pacientes, 53 (68.8%) fueron diagnosticados EPI, de los cuales 18 (34%) presentaron ecografía compatible, 28 (52.8%) ecografía normal y 7 (13.2%) ecografía sugerente de PP; con sensibilidad 34% y especificidad 79.16%. Las personas diagnosticadas PP son 3 (3.9%): 2 (66.6%) con ecografía compatible, con sensibilidad 66.6% y especificidad: 87.67%. Se diagnosticaron 6 (8.1%) personas con parkinsonismo secundario; 5 (83,3%) con ecografía normal; con sensibilidad 8,3% y especificidad 49,29% **Conclusiones:** La EcoTC es un examen imagenológico conveniente y con evidencia para el diagnóstico diferencial de parkinsonismo. Este es el primer estudio de la experiencia de EcoTC en HCSBA. Se aprecian dificultades, tal como el registro desigual del diagnóstico en ficha y que los resultados obtenidos requieren un correlato con el proceso diagnóstico del parkinsonismo, es decir, observar la evolución clínica a largo plazo. Acciones en ambos aspectos podría mejorar sensibilidad y especificidad de esta prueba, pues resultan disímiles al compararlo con la literatura.

Palabras clave: Parkinsonismo, Ecografía Doppler Transcraneal, Imagen Diagnóstica

IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE SÍNDROME DE ALAGILLE: REPORTE DE UN CASO

FASANI MONTAGNA M (1), PLAZA RASJIDO A (1), CARRASCO LOBO G (1), REBOLLEDO MUÑOZ A (1), NAYAR ESCOBAR S (2).

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

(2) *Tutora a cargo, Pediatra Broncopulmonar, Facultad de Medicina, Clínica Dávila.*

Introducción: El síndrome de Alagille (SA) es una condición autosómica dominante con incidencia de 1/100,000 recién nacidos vivos y tasa de mortalidad cercana al 10%. La presentación más frecuente es la colestasia crónica en el periodo neonatal, debido a hipoplasia de las vías biliares intrahepáticas, asociado a otras alteraciones: cardiopatías congénitas, malformaciones vertebrales y facie peculiar. El diagnóstico se establece mediante biopsia hepática y estudio genético. El manejo debe ser multidisciplinario. **Presentación del caso:** Paciente 2 meses 23 días, sin antecedentes, presenta diez días de ictericia y deposiciones hipocólicas. Al examen físico: facie triangular, frente amplia, enoftalmos, ictericia generalizada, soplo cardiaco V/VI y hepatomegalia. Trae desde consulta particular: Ecocardiograma: comunicación interauricular, dilatación seno coronario y Estenosis relativa de ramas pulmonares. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia, calibres de conductos biliares sin alteraciones. Se hospitaliza para completar estudios bajo sospecha de Síndrome de Alagille: Destacan los siguientes exámenes: bilirrubina total 8.53 mg/dL, fosfatasas alcalinas 1047 U/L, bilirrubina directa 6.91 mg/dL, GOT 209 U/L, GPT 135 U/L, GGT 619 U/L; resto de los exámenes sin alteraciones. Screening geno-metabólico IVX negativo. Estudio de TORCH negativo. Radiografía de columna total normal. Se decide completar estudio de forma ambulatoria: alfa-1-antitripsina; test del sudor y estudio de gen JAGGED 1. Se inicia ácido ursodeoxicólico 20 mg/kg/día y vitaminas Deka plus 1 ml/día, se deriva a gastroenterólogo infantil y genetista. **Discusión/conclusión:** La baja incidencia del SA conlleva a un bajo índice de sospecha y diagnóstico tardío, aumentando las morbilidades e impacto psicológico asociado. Es por esto, que es de gran importancia conocer la presentación clínica para la derivación clínica oportuna y realizar un manejo integral del paciente y su familia en los diferentes ámbitos en que esto afectará, guiándolos y entregándoles herramientas multidisciplinarias para enfrentar y entender el diagnóstico y manejo, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia.

Palabras claves: Alagille syndrome, neonatal jaundice, intrahepatic cholestasis.

REACCIÓN POR DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS (SÍNDROME DE DRESS): REPORTE DE UN CASO

FUENTES PEREIRA V. (1), ACEVEDO VALENZUELA A. (1), GONZALEZ CALDERON J. (1), GOIC LLAGOSTERA J. (1), MOLINA ORREGO S. (2)

(1) *Interno Medicina, Universidad Mayor.*

(2) *Médica cirujana, Hospital de Carabineros, Universidad Mayor.*

INTRODUCCIÓN El Síndrome de reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS), corresponde a una reacción de hipersensibilidad inducida por fármacos, poco frecuente y potencialmente mortal, que incluye afectación cutánea, anomalías hematológicas, linfadenopatías y afectación de órganos. **CASO CLÍNICO** Presentamos el caso de una mujer de 22 años, con antecedentes de trastorno afectivo bipolar tipo I, resistencia a la insulina, síndrome de ovario poliquístico. Usuaria de metformina, Dapagliflozina, Bupropión, Topiramato y Lamotrigina, últimos dos iniciados hace 2 meses. Presenta cuadro de 11 días de evolución caracterizado por exantema maculopapular iniciado en cabeza y cara, progresando a tronco y extremidades; asociado a fiebre, linfadenopatías, eosinofilia, y elevación de transaminasas. Se trató con suspensión de fármacos de uso previo, hidrocortisona y clorfenamina endovenosa por 7 días, con evolución clínica favorable. **DISCUSIÓN** El síndrome de DRESS es una reacción adversa severa a fármacos cuya fisiopatología aun no es del todo clara. Se cree está relacionada con factores genéticos y reactivación viral, específicamente de Herpes virus. La gran parte de los reportes están relacionado con el uso anticonvulsivantes, pero también se asocia al uso de antibióticos, drogas antituberculosas, antihepatitis, entre otras. En este caso no fue posible dilucidar completamente si fue secundario a Lamotrigina o Topiramato, sin embargo, se han reportado mayor cantidad de casos por lamotrigina, incluyéndola como una de las causas más comunes. Dado complicaciones fatales y secuelas autoinmunes reconocidas, existe una clara necesidad de diagnosticar, evaluar severidad y hacer seguimiento a largo plazo de la enfermedad. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas que no necesariamente cumplen los criterios descritos, por lo que prima siempre la sospecha clínica. El tratamiento consiste principalmente en el uso de corticoides sistémicos, no obstante, no existe consenso en el tipo ni dosis a utilizar.

Palabras clave: Skin rash, adverse drug reactions, Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms

RECEPTOR DE INTERLEUKINA-7: ¿TIENE UN ROL EN GRAVEDAD Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON NEUMONÍA COMUNITARIA?

WARNKEN GAJARDO A.(1), AMPUERO LLANOS S (2); LUCHSINGER FARIAS V(2); BAHAMONDE ARAVENA G (2); LIZAMA MARÍN L(2)

(1)Estudiante 5to Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

(2)Programa de Virología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

La neumonía adquirida en comunidad (NAC) es una importante causa de morbimortalidad en el mundo, cuya mortalidad aumenta con la edad de los pacientes. Para orientar el manejo clínico, se clasifican inicialmente según gravedad empleando escalas pronósticas como el índice de Fine. Aunque útiles, tienen fallas en las predicciones. Existen factores del hospedero que inciden en la enfermedad. En estudios previos se encontró que en NAC graves, la expresión génica del receptor de interleukina-7 (IL7R) estaba disminuida. IL7R participa en el desarrollo y mantención de linfocitos T, se han descrito polimorfismos genéticos (SNP) que podrían afectar su funcionalidad. Este estudio pretende establecer si hay asociación del SNP c.1066 A>G (rs3194051) del gen IL7R con la gravedad y evolución de pacientes con NAC para determinar su utilidad como biomarcador en escalas pronósticas. Para esto se obtuvo ADN de sangre periférica de 134 pacientes adultos con NAC provenientes de 3 hospitales de Santiago. Los genotipos del SNP se determinaron mediante reacción en cadena de la polimerasa-“high resolution melting”. Se categorizaron según índice de Fine (3 y 4 graves, n=71; 1, 2 y 3, n=63, no graves) y se recopiló la información clínica durante la hospitalización. El análisis estadístico se hizo con UNPHASED y GRAPHPAD PRISM, comparando genotipos según parámetros clínicos, tiempo de evolución y exámenes de laboratorio. Se detectó que los pacientes homocigotos G/G categorizados como graves, tienen mayor mortalidad en comparación con los heterocigotos A/G y homocigotos A/A también graves (p=0,040). Además, los pacientes graves fallecidos tuvieron un menor recuento de leucocitos, sin diferencias en la proporción de linfocitos (p=0,034 y p=0.74, respectivamente). Aunque no se encontró una asociación de este SNP con la clasificación inicial de gravedad de NAC, aparentemente el rol de IL7R tendría mayor importancia en predecir la evolución y mortalidad de los pacientes graves según este score.

Palabras Clave: IL-7 Receptor, Neumonía, SNPs.

Financiamiento: Fondecyt FONDECYT Regular 1171643

MODALIDAD PRESENTACIÓN PÓSTER

A PROPÓSITO DE UN CASO: ATAXIA CEREBELOSA AGUDA EN EL ADULTO, SECUNDARIO A SÍNDROME PARANEOPLÁSICO.

ROJAS AHUMADA R. (1), ORTEGA AGUILAR F. (1), HERRERA HERRERA N.(1), ROJAS AHUMADA A. (2), CARRASCO PENNAROLI J. (3).

(1) *Interno de 6° año de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca.*

(2) *Interno de 7° año de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.*

(3) *Neurólogo, Hospital Regional de Talca, Talca.*

Introducción: La cerebelitis es una patología inflamatoria, rara en adultos. Su estudio etiológico abarca desde exámenes generales hasta perfiles reumatológicos y búsqueda de neoplasias. Su diagnóstico oportuno afecta en su pronóstico, siendo favorable en pacientes jóvenes, sin comorbilidades graves. Presentamos el caso clínico de un paciente con ataxia aguda que termina siendo parte de un síndrome paraneoplásico. **Caso Clínico:** Paciente masculino, 57 años, antecedentes de Accidente cerebrovascular (ACV) Hemorrágico hace 1 año, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaquismo activo (índice paquete año: 114). Consulta por Cefalea, náuseas, vómitos, disartria y ataxia, se maneja inicialmente como ACV isquémico cerebeloso. Sin embargo, tras rápida mejoría se realiza Resonancia magnética (RMN) que descarta diagnóstico, informando cerebelitis. Ergo, se realiza punción lumbar: el líquido cefalorraquídeo impresiona inflamatorio. Además, se descarta: Enterovirus, virus varicela zoster, citomegalovirus, virus herpes simplex 1 y 2, virus epstein barr, virus inmunodeficiencia humana y células neoplásicas. Panel inmunológico (ENA, ANCA, Anti DNA, FR, anti CCP, C3 y C4) y Tumoral (Ca 19,9: 48,2, PSA total 6,140, CA125 2,37, AFP 1,46, BHCG) normales. Ahondando en estudio se solicita Tomografía Axial computada de tórax donde destacan múltiples nódulos pequeños sospechosos de origen metastásico o eventual primario broncogénico. Se solicita PET-SCAN que refleja primario en llingula pulmonar con metástasis en glándula suprarrenal. **Discusión:** Es una entidad más común en niños, su patofisiología aún no está muy bien entendida debido a que generalmente no se encuentra causa (34%). Los virus son la principal etiología, luego medicamentos (según la serie) como la isoniazida en dializados. La RMN es clave para el diagnóstico. Presenta una baja mortalidad pero cerca del 47% presenta secuelas (disartria o ataxia). **Conclusión:** La cerebelitis es un cuadro neurológico raro en adultos que debe ser sospechado y diagnosticado precozmente, para estudio y manejo de etiología, con el objetivo de recuperación neurológica completa.

Palabras Claves: Ataxia cerebelosa, Síndromes paraneoplásicos del Sistema Nervioso, Cerebelo.

ABSCESO DE PARED TORÁCICA POR GONOCOCO. PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE. REPORTE DE CASO

ALONSO FIGUEROA D 1 , CARQUIN GALLARDO W 1 , GONZALEZ SOTO M 1 , DE LOS SANTOS FINCH D 1 , ÁLVAREZ ZEPEDA C 2 .

1. Estudiante de Medicina, VII año, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

2. Jefe del Equipo de Cirugía de Tórax Hospital Barros Luco. Profesor Adjunto. Departamento Cirugía Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un grupo heterogéneo de infecciones, de gravedad y espectro clínico variable, las cuales han experimentado una importante alza en incidencia y prevalencia durante la última década. Por prevalencia, destaca la infección por *Neisseria gonorrhoeae*, cuya principal forma de presentación es asintomática, seguida por clínica en el tracto urogenital en forma de cervicitis, uretritis, o enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, entre el 1-3% de los casos se puede presentar como infección gonocócica diseminada (IGD), en forma de endocarditis, artritis, meningitis, osteomielitis, miopericarditis, abscesos o vasculitis. Se presenta un caso de infección gonocócica de presentación atípica. **Caso clínico:** Paciente femenino, 45 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus 2 y condilomas genitales tratados. Presenta cuadro de un mes de evolución de dolor en pared torácica izquierda, asociado a aumento de volumen, calor y eritema, sin otros síntomas asociados. A la evaluación destaca masa palpable en región dorsal posterior izquierda. Al laboratorio: proteína C reactiva 339, leucocitos 10.810. En tomografía computada de tórax se evidencia colección intramuscular en pared torácica de 6x3 cm. Se inicia antibioticoterapia con ceftriaxona/metronidazol y se realiza drenaje quirúrgico sin complicaciones. Evoluciona con mejoría clínica y descenso de parámetros inflamatorios. Se obtiene cultivo de colección (+) *Neisseria gonorrhoeae*. Al interrogatorio, niega sintomatología urogenital y conductas sexuales de riesgo. Serología ITS negativa. Se maneja como infección gonocócica diseminada, con ceftriaxona endovenosa por 14 días. **Discusión:** La mayoría de los pacientes con IGD se presenta como uno de los siguientes síndromes: (I) triada dermatitis, tenosinovitis y poliartralgias; o (II) artritis purulenta sin enfermedad cutánea. La formación de abscesos es una presentación atípica de la IGD, no encontrando en la literatura casos similares, por lo cual no existe una estandarización del tratamiento adecuado, abordándose el caso según las pautas habituales.

Palabras Clave: Infección Transmisión Sexual, Absceso, *Neisseria gonorrhoeae*

ACTIVACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DURANTE EMBARAZO: ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO

ZAPATA ZELADA D. 1 , SALINAS ESPINOZA MP. 1 , GONZÁLEZ GUERRA MA. 1 , MANCILLA SEPÚLVEDA V. 1 , FOSTER BENAVENTE PC. 2

1. *Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

2. *Sección de Reumatología, Dpto. Medicina Oriente, Universidad de Chile, Hospital del Salvador.*

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune que afecta principalmente a mujeres en edad fértil. Durante su evolución puede presentar activaciones cuyo diagnóstico diferencial representa un desafío para el clínico. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 32 años con antecedentes de LES (2008), síndrome antifosfolípidos (G7A5P2), síndrome de HELLP (2012) y endocarditis de Libman-Sacks. Controlada en policlínico de reumatología del Hospital del Salvador desde el debut, con buena adherencia al tratamiento. Laboratorio basal destaca C3: 66, C4: 10, antiDNA(-), VHS: 8mm/h. En mayo del 2019 presenta cuadro de 1 mes de evolución de compromiso del estado general, poliartralgias, mialgias y sensación febril. Exámenes de laboratorio evidencian VHS:117 mm/h, C3: 77, C4: 11,6, antiDNA(-). Se decide hospitalizar por sospecha de endocarditis infecciosa. Hemocultivos I/II y ecocardiograma descartan diagnóstico. Al quinto día presenta genitorragia con β HCG $>$ 15.000. Se deriva a ginecología Hospital Dr. Luis Tisné, objetivándose aborto incompleto de 9 semanas según FUR. Se realiza legrado uterino sin incidentes. **Discusión:** En LES, la VHS alcanza niveles de hasta 20 mm/h. Estudios en cohorte LUMINA han determinado que esta tiene una habilidad mayor para identificar una activación lúpica, en comparación con anti-DNA o complemento. La activación durante el embarazo alcanza hasta un 60%, y asocia mayor morbilidad materno-fetal. No existen herramientas validadas para objetivar la activación lúpica en gravidez, además, cambios fisiológicos pueden dificultar el diagnóstico. Por otro lado, no hay valores estandarizados de VHS durante el embarazo, sin embargo, estudios muestran que esta puede ascender hasta 48 mm/h en la primera mitad del embarazo, y 70 mm/h en la segunda mitad. **Conclusión:** Ante el alza aislada de VHS en un paciente lúpico se debe sospechar una activación del cuadro, siendo el embarazo en mujeres fértiles una causa a descartar.

Palabras claves: Systemic Lupus Erythematosus, Pregnancy, Erythrocyte Sedimentation Rate.

ADENOCARCINOMA DE URACO: REPORTE DE UN CASO

CHÁVEZ COLLAO O. 1 , LORES LAZCANO G. 1 , PEÑA PRADO J. 1 , VARGAS AMAR F. 1 , PATRICIO CRUZ ALARCÓN. 2

1 Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, San Felipe.

2 Urólogo, Servicio de Urología, Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Los Andes.

Introducción: El uraco es un vestigio embrionario que puede persistir hasta en un 30% de los adultos. El carcinoma de uraco es una patología maligna rara, que corresponde a <1% de los tumores vesicales. El tipo histológico más común es el adenocarcinoma. Es más frecuente en hombres, entre la quinta y sexta década de la vida. Suele diagnosticarse en etapas avanzadas, por lo que se considera de mal pronóstico. Presentación del caso: Paciente masculino de 54 años, con antecedente de tabaquismo crónico, consulta con urólogo por hematuria de 2 semanas. Se realiza urografía por tomografía computarizada (uro-TC) que notifica: "nódulo en domo vesical de 2 cm, con sospecha de lesión uracal". Posteriormente se efectúa resección transuretral de lesión vesical y se envía a biopsia, que informa: "pared vesical infiltrada por adenocarcinoma mucoso coloideo, de origen uracal". Se completa estudio con tomografía por emisión de positrones (PET-CT) que arroja: "neoplasia hipermetabólica del aspecto anterosuperior vesical en relación con remanente uracal, sin diseminación tumoral". Se rehospitaliza para realizar cistectomía parcial, resección umbilical y en bloque de uraco y linfadenectomía iliaca bilateral. Posteriormente cursa con ciclos de quimioterapia. Actualmente mantiene controles con uro-oncología. Discusión: El carcinoma uracal suele presentarse en estadíos avanzados con hematuria, mucosuria, dolor y masa palpable abdominal. Ante la sospecha, es imperativa la cistoscopia, con toma de muestra y biopsia, que dará el diagnóstico definitivo. Luego, se debe realizar TC o PET-CT para etapificar según sistema de Sheldon. En enfermedad localizada, la cistectomía más resección en bloque de uraco y onfalectomía es el tratamiento de elección, con posterior quimioterapia adyuvante. En casos de diseminación, solo está indicada la quimioterapia, sin embargo, el pronóstico a 5 años es <20%. Conclusión: El carcinoma uracal es poco frecuente y habitualmente de mal pronóstico. Por lo anterior, terapias sistémicas más efectivas deben ser investigadas.

Palabras claves: uraco, hematuria, cistectomía.

CÁNCER DE MAMA EN PACIENTE MASCULINO. PRESENTACIÓN CLÍNICA INFRECUENTE. REPORTE DE CASO

ALONSO FIGUEROA, D 1 , CARQUIN GALLARDO, W 1 , GONZALEZ SOTO, M 1, FUENTES MENARES, T 2

(1) Estudiante de Medicina, VII año, Universidad de Chile

(2) Cirujana General, Residente de Cirugía de mama, Hospital Barros Lucos Trudeau. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: En Chile, el cáncer mamario corresponde a la principal causa de neoplasia maligna en población femenina, estimándose un riesgo a lo largo de la vida de un 12%. En hombres, es una entidad rara, que representa el 1% de los cánceres de mama. Si bien se han descrito las características biológicas y patológicas de esta neoplasia en hombres, existen escasos ensayos clínicos en relación con el diagnóstico y tratamiento, de manera que, las recomendaciones son una extrapolación de resultados de ensayos realizado en mujeres. Se presenta un caso clínico de varón con diagnóstico reciente de cáncer mamario. Caso clínico: Paciente masculino, 30 años, con antecedente de obesidad, discapacidad intelectual y ginecomastia bilateral. Presenta cuadro de 1 año de evolución caracterizado por asimetría mamaria, aumento de volumen palpable en mama derecha, indoloro, sin cambios cutáneos, con lesión ulcerada de pezón. Al examen físico destaca masa de 2 cm. retroareolar, dura, móvil, no dolorosa, asociado a ulceración en papila, sin adenopatías palpables. Al interrogatorio dirigido, niega historia familiar de cáncer de mama. Se realiza ecografía mamaria: Nódulo en región retroareolar derecha, contornos espiculados e irregulares, hipocogénico, parcialmente vascularizado al Doppler, sin calcificaciones, de 22 x 17 mm, sin adenopatías axilares. BIRADS V. Se complementa con mamografía: Ginecomastia bilateral con calcificaciones benignas en mama derecha. Ante duda diagnóstica, se realiza biopsia core que evidencia carcinoma ductal invasor. Al estudio de etapificación: sin diseminación. Se discute caso en comité oncológico iniciándose manejo quimioterapéutico. Discusión: Dado la rareza del cáncer de mama en hombres, ante el hallazgo de masa palpable en región mamaria, se suele realizar diagnóstico presuntivo de patología benigna, en la mayoría de los casos ginecomastia. Sin embargo, por las repercusiones subyacentes, es recomendable iniciar estudio a todo hombre con masa palpable en región mamaria, siguiendo las mismas indicaciones que en mujeres.

Palabras Clave: Neoplasias de la mama, hombres, carcinoma ductal de mama

CASO DE CÁNCER DE URETRA FEMENINA, PATOLOGÍA INFRECUENTE

URZÚA SALAS R.¹, ARAYA FERNÁNDEZ C.¹, SOLARI CASTILLO G.¹, RUIZ LÓPEZ C.¹, SOTO ROJAS P.².

- 1 Interno de medicina de la Universidad de Chile.
- 2 Residente Urología de la Universidad de Chile.

Introducción: El cáncer de uretra es una enfermedad poco prevalente. Es la única patología urinaria oncológica más prevalente en el sexo femenino. Su diagnóstico se realiza en estadios avanzados. Se presenta un caso clínico del servicio de urología. **Caso clínico:** Paciente femenina de 69 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Historia de 6 meses de evolución de disuria, oliguria, polaquiuria y tenesmo vesical, posterior se agrega hematuria y retención aguda de orina. Estudio inicial con pielotAC mostró engrosamiento difuso de paredes de vejiga. Se completó estudio con RM y biopsia de vagina que informó carcinoma escamoso invasor moderadamente diferenciado no queratinizante. Se realiza ureteroileostomía tipo bricker, sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente. Pendiente resolver manejo posterior a cirugía. **Discusión:** Existe una relación 4:1, con predominio por el sexo femenino. Representa el 0,02% de las neoplasias femeninas. El diagnóstico se realiza en estadios avanzados. Se puede presentar con síntomas del tracto urinario inferior y hematuria. Es una patología con mal pronóstico que depende del estadio clínico. El manejo es con cirugía y radioterapia.

Palabras claves: Cáncer de uretra, carcinoma escamoso, uretra femenina.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR ABORTO EN HOSPITAL SAN JOSÉ, SANTIAGO, CHILE

CALDERÓN AVENDAÑO F. 1 , RIQUELME CORNEJO A. 1 , VÁSQUEZ GÓMEZ L. 1 , WITT GRANDI K. 1, TONA CASTELLANOS, VALERIA. 2

1 Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

2 Becada Ginecología- Obstetricia, Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile

Introducción. El aborto es una patología frecuente que afecta a mujeres en edad reproductiva. Se define como la situación clínica en la que se produce la pérdida de un embarazo antes de las 20 semanas de gestación o 500 gr de peso. La maternidad del Hospital San José (HSJ) es la más grande de Chile, atendiendo 8600 partos anualmente, por eso resulta relevante caracterizar la población que ahí se atiende. **Objetivos.** Describir características sociodemográficas de la población que consulta en el servicio de urgencias del HSJ de Santiago de Chile por sospecha de aborto. **Metodología.** Se solicitaron datos al Centro de Información y Estadística del HSJ, incluyendo todas aquellas entradas que tuvieran la palabra "aborto". Se obtuvo información sobre 1128 pacientes que acudieron al servicio de urgencia del hospital entre Enero y Julio de 2019, considerando fecha de atención, previsión de salud, edad, nacionalidad, fórmula obstétrica, presión arterial, temperatura, altura, peso, características del cuello uterino y diagnóstico de egreso. De estos parámetros, se eligieron aquellos de interés sociodemográfico. Utilizando programa excel se realiza recuento de datos. Posteriormente se realiza agrupación de ellos en relación a categorías de interés. **Resultados.** Se evaluaron datos de 1128 pacientes. Se ordenaron en tablas de frecuencia de acuerdo a edad, previsión de salud y nacionalidad. Se obtuvo que 50% de las pacientes tienen edades entre 20 y 29 años, 89% tiene como previsión FONASA, 61,2% son de nacionalidad chilena y 38% extranjeras, entre las que destacan la población haitiana (14,2%) y peruana (10%). **Conclusiones.** La población que consulta por aborto en el HSJ se caracteriza por estar compuesta principalmente por chilenas entre 20-29 años cuya previsión es FONASA. Cabe destacar que un 38% de las pacientes son extranjeras, de las cuales la mayoría son de nacionalidad haitiana.

Palabras clave: aborto, características, migrantes.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E IMAGENOLÓGICA DE PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO LEVE SIN FOCALIDAD NEUROLÓGICA CON HALLAZGOS PATOLÓGICOS A LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

FUENTES VÉJAR R. 1 , ANAVALÓN QUEZADA E. 1 , SANDOVAL TOLEDO D. 1 , VIDAL CASTILLO J. 1 , LÓPEZ ARCOS E. 2 .

1 Interno de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile.

2 Neurólogo. Servicio de Neuropsiquiatría, Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán, Chile.

Introducción: El traumatismo encefalocraneano (TEC) es una lesión producida por un intercambio brusco de energía que se divide en leve, moderado o grave, y es la principal causa de hospitalizaciones y mortalidad por traumatismos en Chile. Su diagnóstico se realiza mediante una anamnesis dirigida, y la evaluación clínica apoyada por la escala de coma de Glasgow. La tomografía axial computarizada (TAC) se presenta como la herramienta imagenológica de mayor uso en su evaluación, siendo el mejor examen en la fase aguda del cuadro. Objetivos: Caracterización clínica e imagenológica de pacientes con TEC Leve con daño evidenciable en la TAC. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal en base a los datos de atención de urgencia (DAU) y las fichas clínicas con diagnóstico de traumatismo encefalocraneano registrado en DAU según CIE10 como S06 y C71 durante el 1 de julio al 31 de diciembre de 2017, en el servicio de urgencia del Hospital Clínico Herminda Martín. Resultados: De los 507 casos registrados, 42 cumplen con los criterios de inclusión. La mayor incidencia se da en hombres (61,9%), mientras que el principal antecedente mórbido es la hipertensión arterial (47%). El mecanismo de lesión más prevalente es la caída a nivel (76,1%), presentando como clínica característica el compromiso de conciencia (50%) predominantemente. Luego del estudio imagenológico con TAC, 54,7% de los casos presentó un hematoma subdural. Discusión: El uso de la escala de coma de Glasgow se presenta como una herramienta imprescindible en la evaluación del paciente con TEC leve, sin embargo es necesario una evaluación clínica integral para poder sopesar bien la gravedad del TEC. El frecuente uso de TAC para la evaluación del TEC debe ser usado racionalmente, evitando la irradiación excesiva a pacientes que, con estudios seriados de TAC, no se verán beneficiados con ello.

Palabras clave: Imagenologic and clinical characterization of mild traumatic brain injury patients, lacking focal neurological deficit, and presenting pathological findings in ct scan.

CARACTERIZACIÓN DE LAS VÍAS DE PARTO EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT, DURANTE AÑO 2018.

JIMENEZ MUÑOZ, C 1; AMTHAUER BURGOS G 1; GEISSBÜHLER MENESES, S 1; CORTÉS KLAGGES, R 2, JOSÉ J. CARO MIRANDA 3,4,5.

- (1) Interno Medicina Universidad San Sebastián Sede de la Patagonia.
- (2) Interno Medicina Universidad Mayor Sede Santiago.
- (3) Médico gineco-obstetra, Servicio de Alto riesgo Obstétrico, Hospital de Puerto Montt.
- (4) Docente encargado departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad San Sebastián, Sede de la Patagonia.
- (5) Médico Jefe Unidad Grupos relacionados por el diagnóstico, Hospital de Puerto Montt.

Introducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en un 15% un nivel aceptable de parto vía operación cesárea, siendo cifras mayores no asociadas a reducir la mortalidad. Pese a esto en Chile han aumentado en las últimas décadas hasta un 40.5% en hospitales estatales en 2015. La OMS (2018) refiere que esta medicalización creciente de los procesos de parto afecta de manera negativa la experiencia del parto en la mujer y debilita su capacidad de dar a luz. Objetivo. Caracterizar la distribución de las distintas vías del parto en el Hospital de Puerto Montt (HPM) durante el año 2018. Métodos. Se accedió a planilla Excel 2018® del HPM en donde se registran el total de partos del centro, obteniendo 3323 datos. Analizando distribución porcentual de las vías del parto (vaginal y cesárea). Resultados: Durante el año 2018 hubo 3323 partos, dentro de los cuales se precisó la vía de parto en 3317. La gran mayoría se definió por parto vaginal representando un 72%, de estos el 77% se realizó sin necesidad de episiotomía, 5 partos (0,2%) fueron partos en domicilio y 155 casos (6,5%) se trataron de partos verticales. Por otro lado la tasa de cesárea representa un 28%, con 932 casos, de los cuales el 68% fue dado por una condición urgencia o emergencia materna y/o fetal. Conclusiones: Pese a que la tasa de cesáreas en el HPM durante el año 2018 está sobre la recomendación de la OMS, se encuentra bajo el promedio nacional. Por otro lado, que el 68% de las cesáreas sea realizada de urgencia, orienta a una indicación médica subyacente al procedimiento quirúrgico. La atención de parto integral es una prioridad en nuestro centro, dando paso a la atención de partos verticales y se trabaja para la disminución de la tasa de cesáreas.

Palabras Clave: Parturition, Cesarean Section, Obstetric Delivery.

CARCINOMA OVÁRICO DE CÉLULAS PEQUEÑAS HIPERCALCÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ORTEGA SADE M 1 , ORTIZ SARAVIA C 1 , PALOMINOS LANDEROS F 1 , PINILLA FERNÁNDEZ C 1 , ALTAMIRANO ASSAD R 2

1 Interno 6° medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2 Ginecólogo, Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Servicio de Salud Metropolitano Centro. Profesor asistente Ginecología, Universidad de Chile.

Introducción: El carcinoma ovárico de célula pequeña hipercalcémico (SCCOHT) es un tumor raro, con mayor incidencia en mujeres jóvenes. Se presenta con hipercalcemia hasta en dos tercios de los casos. El estudio imagenológico no tiene un rol fundamental en el diagnóstico. El tratamiento es multifactorial, lo que aumentaría la supervivencia en un pequeño número de casos. **Caso clínico:** mujer de 21 años, nuligesta, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 48 horas de dolor abdominal, asociado a náuseas, afebril. Ecografía transvaginal sugiere torsión anexial. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia lesión anexial de 18 cm, de bordes lisos, redondeados, rosada, gomosa, friable y torcida, realizándose anexectomía derecha. Biopsia rápida de pieza operatoria informa carcinoma de células pequeñas de tipo hipercalcémico. Se estudia y trata con cirugía etapificadora, realizándose histerectomía total, salpingooforectomía izquierda, linfadenectomía pélvica, linfadenectomía aórtica selectiva y resección de nódulos peritoneales. Biopsia positiva para neoplasia de 4 cm en linfonodos paraaórticos. Estudio con tomografía por emisión de positrones (PET CT) muestra adenopatías intercavaaórticas, precavas e iliobturatriz. Se completa tratamiento con quimioterapia y radioterapia evolucionando favorablemente. PET CT de control muestra disminución de tamaño de adenopatías. Tras 24 meses de tratamiento, la paciente se encuentra asintomática, sin hallazgos clínicos ni imagenológicos de recidiva. **Conclusiones:** EL SCOHT es un tumor agresivo, de pronóstico desfavorable. El estudio imagenológico no tiene rol diagnóstico, sin embargo, resulta útil en la detección inicial, etapificación, respuesta de tratamiento y guía de estudio histológico. En general, la mitad de los tumores han superado los límites ováricos al momento de la cirugía. Las metástasis son mayoritariamente locales. El tratamiento es la cirugía asociado a quimioterapia y radioterapia. La sobrevida promedio al momento del diagnóstico de enfermedad extra ovárica es aproximadamente 15 meses, aunque una terapia agresiva en las primeras etapas puede aumentar la sobrevida.

Palabras Claves: Hipercalcemia, carcinoma ovárico, células pequeñas.

CESÁREA EN SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI HARADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MÉNDEZ VALDÉS A. 1 HENRÍQUEZ TORRES D. 1 ORTEGA FUENZALIDA J. 2
INOSTROZA MUÑOZ C. 1 TABAK CABRERA V 3

1 Internos de Medicina séptimo año, Universidad de Chile.

2 Médico cirujano en etapa de destinación y formación Cefam Llay-Lay, SS Aconcagua.

3 Residente de Ginecología y Obstetricia. Hospital Luis Tisné Brousse.

Introducción: El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una enfermedad poco frecuente que afecta varios tejidos derivados del neuroectodermo, aparentemente mediante inflamación crónica de etiología autoinmune de melanocitos. Sus manifestaciones oculares incluyen entre otras panuveítis y desprendimiento exudativo de retina. Muchos oftalmólogos y obstetras recomiendan evitar el parto vaginal espontáneo en caso de mujeres con enfermedades oculares preexistentes, basado fundamentalmente en el aumento de la presión intraocular que existe durante la última fase del trabajo de parto. Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente con el diagnóstico de síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, con desprendimiento parcial bilateral de retina, que acudió a servicio de urgencias cursando un embarazo de término de 38 semanas en trabajo de parto, en que se decidió practicar una cesárea de urgencias dado sus antecedentes oftalmológicos. Discusión y conclusiones: Las indicaciones oftalmológicas de cesárea han aumentado en el último tiempo. Dentro de las causas más frecuentes se incluyen la miopía, retinopatía diabética proliferativa, glaucoma, sospecha desprendimiento de retina y desprendimiento de retina anterior documentado. No obstante, al momento no hay ensayos clínicos publicados en que se reporte cambios retinianos después de un parto vaginal, que justifiquen la indicación de cesárea en el contexto de dichas enfermedades oftalmológicas. La recomendación de evitar el parto vaginal espontáneo en mujeres con oftalmopatías carece muchas veces de evidencia clara. En este sentido, se recomienda el trabajo multidisciplinario, control con exámenes oftalmológicos periódicos en pacientes con oftalmopatía y decidir la vía de resolución del parto junto a obstetra y oftalmólogo.

Palabras clave: Retinopatía, Embarazo, Vogt-Koyanagi Harada.

CISTOADENOMA MUCINOSO GIGANTE DE OVARIO EN EDAD PEDIÁTRICA, UN GRUPO ETARIO INFRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

ENCINA SUÁREZ J. 1 , OLGUÍN MONDACA L. 1 , VARGAS AMAR F. 1 , LORES LAZCANO G. 1 . STAIG FERNANDEZ P. 2

1. Internos de Medicina, Universidad de Valparaíso-Campus San Felipe. San Felipe, Chile

2. Médico Oncólogo Ginecólogo, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Camilo. San Felipe, Chile.

INTRODUCCIÓN: El cistoadenoma mucinoso (CAM) de ovario representa aproximadamente 15% de lesiones neoplásicas benignas de ovario. Suele manifestarse en edades medias de la vida, raro en edad pediátrica y adolescencia. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 13 años, apendicectomizada. Antecedentes madre con cáncer mamario a los 34 años. Consulta por distensión abdominal progresiva de 3 meses de evolución. Ecografía abdominal muestra gran lesión quística, tabicada, con ocupación prácticamente completa de cavidad abdominal, origen indeterminado. La tomografía computarizada (TC) muestra gran lesión sólido-quística que impresiona originarse en anexo izquierdo de 21 x 13,8 x 30,3 cm que se extiende hasta pelvis, determinando leve hidroureteronefrosis derecha. Marcadores tumorales dentro de rango (CA125 97.6, AFP 1.34) y BHCG normal. Se realiza laparotomía media suprainfraumbilical logrando exéresis completa de lesión, no se observa ovario izquierdo, ovario derecho y resto anatomía normal, sin adenopatías ni compromiso peritoneal. Paciente evoluciona de forma favorable, sin complicaciones. Anatomía patológica informa lesión congruente con cistoadenoma mucinoso ovárico. **DISCUSIÓN:** El CAM de ovario es un tumor derivado de las células epiteliales del ovario y epitelio celómico superficial, muy raro en edad pediátrica. Un 75% corresponde a tumores benignos. Puede generar tumores masivos con total ocupación pélvica y abdominal. La presentación más habitual es aumento del perímetro abdominal acompañado de masa intraabdominal palpable, coherente con el caso. El dolor abdominal es un síntoma poco frecuente. La clínica no es suficiente para determinar benignidad o malignidad del tumor. El diagnóstico se basa en estudio imagenológico (ecografía y TC de abdomen y pelvis) y marcadores tumorales (Ca 125 y Ca 19,9 con mayor frecuencia asociados a tumores ováricos epiteliales). Estudio anatomopatológico otorga diagnóstico definitivo. La intervención quirúrgica debe velar por preservar la fertilidad futura. El pronóstico del cistoadenoma benigno es excelente. Requiere adecuado seguimiento por el riesgo de recidiva, que es mínimo.

PALABRAS CLAVE: Tumor ovárico, Cistoadenoma Mucinoso, Benigno.

COLAGENOSIS PERFORANTE REACTIVA ADQUIRIDA, REPORTE DE CASO

SALINAS ESPINOZA MP (1) , ARELLANO LORCA J (2,3) , CORREDOIRA SALUM Y (4) .

1. *Interna Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

2 *Servicio de Dermatología Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.*

3 *Departamento de Dermatología, Sede Centro, Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

4 *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La colagenosis perforante reactiva es una enfermedad que pertenece a un grupo heterogéneo de patologías llamado dermatosis perforantes que se caracteriza por la eliminación transepidérmica de elementos de la dermis. Clínicamente existen dos formas de presentación: una hereditaria que se manifiesta en la infancia y otra forma adquirida, que aparece en la adultez y afecta principalmente a pacientes con enfermedades sistémicas como Diabetes Mellitus, enfermedad renal crónica (ERC), entre otras. Ambas formas se presentan con múltiples pápulas umbilicadas hiperpigmentadas y nódulos con un tapón central queratósico. Las lesiones se ubican generalmente en las superficies extensoras, pero también pueden presentarse en otras áreas y se asocian a prurito intenso y a menudo se evidencia fenómeno de Koebner. **CASO CLÍNICO:** Paciente Masculino de 69 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2 insulino-requiere, Hipertensión arterial, ERC en Hemodiálisis y cardiopatía coronaria. Consulta por úlceras cutáneas múltiples, pruriginosas, de 6 meses de evolución. Al examen físico destacan múltiples pápulas eritematocostrosas en diferentes estadios, distribuidas en tronco. Algunas con costras crustáceas de 1cm de diámetro. Se realiza biopsia de piel, que evidencia hallazgos compatibles con colagenosis perforante reactiva. El paciente es tratado con corticoides tópicos y antihistamínicos orales, con respuesta satisfactoria. **DISCUSIÓN:** la colagenosis perforante reactiva adquirida es actualmente la forma de presentación más frecuente de esta entidad. Al aún desconocerse los mecanismos patológicos específicos, la relación entre la patología y las enfermedades sistémicas aún no es clara, aunque la hipótesis más aceptada involucraría el prurito como principal factor desencadenante. Se han intentado múltiples opciones terapéuticas, entre ellas corticoides tópicos, retinoides, queratolíticos, antihistamínicos y fototerapia, todas con distintos grados de éxito. Sin embargo, el manejo del prurito y el control de las enfermedades de base se considera como el pilar fundamental de la terapia.

Palabras Clave: acquired reactive perforating collagenosis; reactive perforating collagenosis; Kidney Failure, Chronic.

CRISIS PARATIROIDEA: DEBUT DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO COMO PANCREATITIS AGUDA Y ÚLCERA GÁSTRICA

ORTEGA FUENZALIDA J. 1 ; INOSTROZA MUÑOZ C. 2 ; HENRÍQUEZ TORRES D, 2 ; MÉNDEZ VALDÉS A. 2

1 Médico en etapa de destino y formación. CESFAM DE LLAY LLAY, SS Aconcagua.

2 Internos VII año de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario es una de las principales causas de hipercalcemia. Ocurre por adenoma paratiroideo, hiperplasia paratiroidea o carcinoma paratiroideo. Dentro de sus presentaciones se encuentran la hipercalcemia asintomática, el hiperparatiroidismo normocalcémico y la crisis paratiroidea. El diagnóstico requiere hipercalcemia y PTH elevada. La crisis paratiroidea se caracteriza por una hipercalcemia severa, principalmente asociado a síntomas neurológicos. El siguiente caso clínico consta de una presentación atípica de hiperparatiroidismo primario, que debuta como úlcera gástrica y pancreatitis aguda. Presentación del caso: Paciente 75 años, masculino, hipertenso, diabético tipo 2, colecistectomizado, con antecedente de hospitalización hace 6 meses por úlcera duodenal. Consulta por dolor abdominal difuso y vómitos. Examen físico sin signos de irritación peritoneal. Amilasa 963, lipasa 1604, Calcio 12,8, Fósforo 1,4. Ecografía abdominal y tomografía computada sin litiasis ni factor obstructivo en vía biliar. Se diagnostica pancreatitis aguda sin etiología conocida. Es dado de alta sin incidentes. En control ambulatorio se pesquiza calcio 14,6, Fósforo 2, PTH 514, Calciuria 469 y ecografía cervical con adenoma paratiroideo. Se diagnostica hiperparatiroidismo primario y se deriva para eventual indicación quirúrgica. Conclusiones: La crisis paratiroidea ocurre en el 1-2% de los hiperparatiroidismos primarios. Es fundamental una alta sospecha y pesquisa precoz para evitar complicaciones. El 79% presenta alteraciones del estado mental, 69% enfermedad ósea y 53% nefrolitiasis. No hay registros, pero pocos casos debutan con pancreatitis y úlcera gástrica. Debe descartarse una causa neoplásica, hiperparatiroidismo secundario e hipercalcemia hipocalciurica familiar. Estudio incluye calcemia, hormona paratiroidea, excreción urinaria de calcio y niveles de vitamina D. El manejo definitivo es la paratiroidectomía. Como segunda línea se puede utilizar calciomiméticos o bifosfonatos. En casos no quirúrgicos puede controlarse con calcemia y creatinina anual y con densidad ósea cada dos años.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo, Úlcera, Pancreatitis.

CUMPLIMIENTO DE ANALGESIA DEL PARTO, EN HOSPITAL DE PUERTO MONTT DURANTE AÑO 2018

GEISSBÜHLER MENESES S 1 , JIMÉNEZ MUÑOZ C 1 , AMTHAUER BURGOS G 1 ,
CORTÉS KLAGGES R 2 , CARO MIRANDA, J 3

1. Interno Medicina Universidad San Sebastian Sede de la Patagonia.
2. Interno Medicina, Universidad Mayor Sede Santiago.
3. Ginecoobstetra unidad alto riesgo obstétrico hospital Puerto Montt.

Introducción. El manejo del dolor es un aspecto fundamental de la actividad del equipo de salud encargado de la asistencia de la mujer durante el trabajo de parto (Minsal 2013). La analgesia del parto corresponde a una garantía explícita en salud (GES). Actualmente se registran más de 3000 partos al año en el Hospital de Puerto Montt (HPM), siendo el principal centro de derivación para la atención profesionalizada del parto en la décima región. **Objetivos.** Describir el cumplimiento del GES en el hospital de Puerto Montt durante el año 2018. **Métodos.** Se accedió a planilla Excel 2018 ® del hospital de Puerto Montt en donde se registran los partos y cesáreas atendidos diariamente. Se obtuvieron 3323 datos, y se analizó el cumplimiento del GES (analgesia peridural si o no), tipo de analgesia (local, peridural, peridural + local, raquídea o ninguna) y causa de no cumplimiento. **Resultados.** De un total de 3323 partos registrados durante el año 2018 en el hospital de Puerto Montt, se administró analgesia al 70,6% (2347) de las pacientes. De las pacientes que no recibieron analgesia, la principal causa para no recibirla fue la necesidad de realizar una cesárea, con un 63,6% (621), en segundo lugar, el parto precipitado con un 12,3% (120). Al considerar las pacientes que no recibieron analgesia peridural, el principal tipo de analgesia administrada fue la raquídea, 67.1%(655) y en segundo lugar ningún tipo de analgesia 17% (166). **Conclusiones.** Aún existe un porcentaje importante de pacientes que no reciben analgesia durante el trabajo de parto, por lo que se deben aumentar los esfuerzos por cumplir esta garantía y ahondar en los motivos de este incumplimiento ya sea por condiciones propias de la paciente (decisión personal, cesárea electiva por comorbilidad obstétrica, creencias, paridad, rango etario) o de los centros de atención.

Palabras claves: labor pain, analgesia obstetricial, analgesia epidural

DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: A PROPÓSITO DE UN CASO

SALINAS ESPINOZA MP 1 , ARELLANO LORCA J 2,3 , CORREDOIRA SALUM Y 4 .

1. Interna Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- 2 Servicio de Dermatología Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.
- 3 Departamento de Dermatología, Sede Centro, Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- 4 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: El dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor cutáneo maligno poco frecuente, representa <math><0.1\%</math> del total de neoplasias malignas y el 1% de los sarcomas. Su incidencia es de 4.5 casos por millón de habitantes al año, mayor en mujeres, con edad promedio entre 20 y 50 años. Es un tumor localmente agresivo, con una recurrencia de 10-60%, pero rara vez metastásico. **CASO CLÍNICO:** Paciente mujer de 27 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de cirugía previa de lesión quística en hombro derecho el 2014, sin biopsia disponible. Presenta cuadro de 1 año de evolución de aumento de volumen asintomático en hombro derecho de 5x4 cm, móvil, consistencia gomosa, bien delimitado, sin signos inflamatorios ni dolor. Ecotomografía de partes blandas muestra aumento de volumen ovalado de ecogenicidad homogénea con vascularización importante al Doppler color, de 5 x 4.3 x 1.6 cm, bien delimitado. Se realiza biopsia incisional, histología concordante con DFSP. Se realiza extirpación quirúrgica completa. **DISCUSIÓN:** DFSP es un tumor mesenquimal fibroblástico de bajo grado y crecimiento lento, que se origina en la dermis e invade tejidos más profundos. Puede presentarse como placa color piel o coloración rojo oscuro-azulada, asintomática, que desarrolla nódulos irregulares aumentando de volumen, con telangiectasia en su superficie y eventualmente ulceración. Con el tiempo, los nódulos pueden infiltrar subcutáneo, fascia, músculos y hueso. Debe ser diferenciado de cicatrices hipertróficas, queloides, lipomas, quistes epidérmicos o dermatofibroma. El diagnóstico se confirma mediante biopsia, mostrando proliferación estoriforme o fascicular de células fusiformes que se extienden desde la dermis hacia tejidos subcutáneos. La translocación COL1A1-PDGFB es específica del DFSP y apoya el diagnóstico en determinados casos. La extirpación quirúrgica completa es el tratamiento de elección, reportando menor porcentaje de recidiva con cirugía micrográfica de Mohs. Para casos metastásicos o irresecables se utiliza imatinib, fármaco inhibidor de la tirosina quinasa.

Palabras clave: Dermatofibrosarcoma protuberans; cutaneous sarcoma; Mohs

EFFECTOS SOBRE FUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTE CON HIPOTIROIDISMO MANIFIESTO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pardo Rivero L.¹ Peñailillo Sepulveda N.¹, Valenzuela Arredondo J.¹, Cartagena Gil S.²

1. Interno/a Universidad de Chile.

2. Médico Cirujano EDF CESFAM La Pincoya.

Introducción: El hipotiroidismo es una patología con frecuencia de 0,1 a 2 % en la población mundial, con efectos a nivel sistémico, entre ellos sistema cardiovascular, principalmente depresión de la función sistólica del ventrículo izquierdo. **Caso clínico:** Paciente masculino de 72 años con antecedentes de hipotiroidismo post quirúrgico, en tratamiento con metformina y levotiroxina, con mala adherencia. Hace 6 meses presenta disnea de esfuerzo, electrocardiograma hipertrofia ventricular izquierda y ecocardiograma con fracción de eyección de 55%. Paciente es llevado a urgencia por somnolencia diurna, lenguaje incongruente, adinamia, disminución de capacidad funcional. Examen físico 36°C, bradicárdico, normotenso, desorientado, bradilalia, voz ronca, pérdida de cola de la ceja, macroglosia. Exámenes de laboratorio destaca hemoglobina 9,4, glucosa 100mg/dl, creatinina 1,2mg/dL, Na 138 K 4,1 Cl 110 TSH 84uIU/mL, T4 libre 0,4ng/dL. Electrocardiograma bradicardia sinusal, hipertrofia ventricular izquierda, sin signos de isquemia. Troponinas normales. Radiografía de tórax cardiomegalia. Se trasladada a UTI para manejo de coma mixedematoso. Se inició sustitución hormonal con levotiroxina por sonda nasogástrica. Se agregó hidrocortisona endovenosa, con mejoría clínica al décimo día de tratamiento. Al día 14 se alcanza meta de T4L, por lo cual egresa de la UCI estable con levotiroxina vía oral. Al alta disnea de mínimo esfuerzo, ecocardiograma fracción de eyección de 35 %, se inicia tratamiento de insuficiencia cardiaca con buena adherencia. En control anual se realiza ecocardiograma que muestra FE de 50 %, con mejoría de funcionalidad. **Discusión:** El hipotiroidismo mal controlado provoca “coma mixedematoso” en el que se produce un deterioro de la vigilia con múltiples efectos sistémicos. Este caso presenta en paciente con mala adherencia al tratamiento. Lo interesante es la mejoría de la función cardiovascular posterior a cumplimiento de este. **Conclusión:** El hipotiroidismo es una enfermedad frecuente, cuenta con un tratamiento farmacológico que permite controlar sus complicaciones. Es fundamental la adherencia farmacológica.

Palabras clave: hipotiroidismo, coma mixedematoso, falla cardíaca

EMBARAZO TUBARIO GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO CON EMBRIONES VIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Leal Salinas C 1 , Litvak Molinos D 1 ; Ortiz Forno I 1 ; Gamboa González E 1 ; Guiloff Salvador N 2 .

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

2 Médico Ginecólogo y Obstetra, Especialista en Cirugía Laparoscópica, Clínica Dávila. Docente Universidad de los Andes.

Introducción. El embarazo tubario es aquel en que el huevo fecundado se implanta en la tuba uterina, corresponde al 2% de los embarazos y es una condición que puede poner en riesgo la vida de la mujer. A pesar de que la incidencia de embarazos tubarios ha ido en aumento, existe una condición escasamente descrita en la literatura y que corresponde a la implantación ectópica de un embarazo gemelar. Pocos casos se han reportado de embarazo tubario de diagnóstico preoperatorio con latidos cardíofetales (LCF) presentes en ambos embriones. Se presenta el caso de un embarazo gemelar ectópico unilateral. Caso clínico. Paciente de 37 años, multípara de 1 parto normal. Fecha última regla: 29 abril 2012. Antecedente de consulta el día 12/06/12 por amenorrea de 5 semanas, test embarazo (+). Ecografía mostró embarazo inicial menor de 5 semanas con endometrio engrosado sin imágenes anexiales ni líquido libre. Dos semanas después consulta por episodio de metrorragia escasa. Al ingreso hemodinámicamente estable. Ecografía muestra ausencia de gestación intrauterina y dos imágenes intra-tubarias sugerentes de sacos gestacionales independientes, ambos embriones con LCF (+), escasa cantidad de líquido libre. Se decide manejo quirúrgico abordaje laparoscópico. Resumen de intervención: Se realiza salpingectomía izquierda. Se utilizó sistema de irrigación-aspiración para extracción de sangre y coágulos y posterior aseo de cavidad. Se extrajo trompa y su contenido en bolsa plástica estéril. Procedimiento sin incidentes. Conclusión. Actualmente existe un marcado aumento de los embarazos de implantación tubaria, pero a pesar de ello se ha mantenido bajo el reporte de casos de embarazos ectópicos gemelares. Generalmente el diagnóstico se realiza durante la cirugía o posterior a ella, limitándose a aislados reportes los casos de diagnóstico preoperatorio en embarazos espontáneos. El tratamiento de estos casos representa un desafío.

Palabras claves: Embarazo ectópico – Embarazo gemelar – Cirugía embarazo tubario

EMBARAZO VIABLE EN CUERNO RUDIMENTARIO COMUNICANTE DE ÚTERO UNICORNE. REPORTE DE UN CASO.

Fuentes Fuentes J. 1 , Melej Varela N. 1 , Morales Arévalo F. 1 , Vergara Riquelme S. 1 , Larraín Soler C. 2

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

2 Jefa de Partos, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Las anomalías müllerianas son malformaciones reproductivas femeninas por deficiencias en el desarrollo de los conductos müllerianos, presentes en 0.17 a 4.3% de la población. De estas, la menos frecuente (0.4%), es el útero unicornne (UU), donde uno de los conductos no se desarrolla o lo hace parcialmente (cuerno rudimentario). Un embrión puede implantarse en el útero o cuerno, con resultados perinatales adversos. **Presentación del caso:** Mujer de 37 años, múltipara de 2, cursando embarazo de 29+4 semanas, hipertensa en tratamiento y con miomatosis uterina. Hospitalizada el 07.07.2019 por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) tipo III: percentil 3 de curva de Alarcón-Pittaluga, flujo reverso diastólico en arteria umbilical. Se inicia maduración pulmonar, laboratorio de control normal. Se realiza cesárea electiva (09.07.2019), hallazgo intraoperatorio: útero unicornne con cuerno rudimentario comunicante derecho que aloja feto en su interior. Recién nacida de sexo femenino de 820 gramos, APGAR 5-8. Evolución favorable, con alta al tercer día postquirúrgico. **Discusión:** El embarazo en UU es una condición infrecuente con resultados reproductivos adversos: aborto recurrente (51%), aborto tardío (9.7%), prematuridad (44%), RCIU (50%) y tasa de recién nacidos vivos de 29.2%. El embarazo en cuerno rudimentario (ECR) del UU es excepcional (1/76.000 a 1/150.00), asociado a ruptura uterina (52-67%), mortalidad materna (1.9 a 5.7%) y tasa de recién nacidos vivos de 10-20%. Ante la confirmación de ECR se recomienda resolución quirúrgica inmediata. La sensibilidad diagnóstica ultrasonográfica es baja (29-33%) por confusión con patologías estructurales (leiomiomas). El diagnóstico definitivo requiere histerosalpingografía, histeroscopia y laparoscopia prenatales. El caso presentado es un infrecuente ECR con viabilidad fetal dado que fue un hallazgo previo a complicaciones severas, lo que recalca la necesidad de conocer y buscar activamente esta condición ante una mala historia obstétrica.

Palabras clave: Anormalidad uterina, ductos müllerianos, anomalías urogenitales.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE A PROPÓSITO DE UN CASO. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

PINOCHET RIQUELME M.¹, MOLINA BURGOS I.¹, MORENO ROCO J.¹, PARDO RIVERO L.¹, AVILA CISTERNAS C.²

1. Interno/a Universidad de Chile.

2. Médico Becado Medicina Interna Universidad de Chile

Introducción: La encefalitis autoinmune (EA) corresponde a la inflamación del tejido cerebral causada por factores inmunológicos como anticuerpos o inmunidad celular contra antígenos presentes en el parénquima cerebral. La respuesta autoinmune puede iniciarse por la presencia de un tumor o infección, pero en muchos casos se desconoce la causa. Se presenta con alteraciones conductuales, cognitivas, crisis epilépticas, cefalea y fiebre en menor cuantía que encefalitis infecciosas. **Desarrollo:** Paciente de 65 años, sexo masculino, cuadro de tres semanas de compromiso del estado general, baja de peso y cefalea holocraneana. Últimas 48 horas se agrega desorientación temporo-espacial, inatención y fiebre 38°C. Al examen físico hemodinamia estable, desorientado en tiempo-espacio, atención disminuida. Resto de examen físico neurológico normal. Se plantea encefalitis infecciosa y se inicia tratamiento con Aciclovir 750 mg cada 8 horas endovenoso. Exámenes: Hemocultivos negativos. VIH (-); VDRL (-); TSH 3,6; T4I 0,79, Ac Antitiroglobulina <20, Ac AntiTPO negativo. RNM cerebro que muestra lesiones multifocales profundas hemisféricas con compromiso de núcleos basales, patrón inflamatorio infeccioso. Punción lumbar (PL) leucocitos 190 mm³, (linfocitos 74%), proteínas 169,4. Cultivo y gram negativos. FilmArray® negativo. Se completan 14 días de Aciclovir, sin mejoría del cuadro. Nueva PL sin cambios. Ante mala respuesta se plantea EA. Se inicia Metilprednisolona 1g/día por 5 días. Panel de encefalitis autoinmune en suero y LCR negativos y Anticuerpos antineuronales paraneoplásicos negativos. Paciente con buena respuesta clínica y RNM de control con disminución de lesiones. Es dado de alta manteniendo control con Neurología. **Discusión y Conclusión:** Dentro del diagnóstico diferencial la encefalitis por VHS1 es la más frecuente, sin embargo son encefalitis que se presentan de forma más aguda. Según el consorcio internacional de encefalitis 2013, este caso cumple con los criterios para encefalitis autoinmune posible (perfil subagudo, pleiocitosis, RNM sugerente de encefalitis y exclusión de otras causas) por lo que siempre debió sospecharse como etiología. La EA es una entidad que cada vez es más frecuente detectar por lo que se debe tener un índice de sospecha elevado y conocer los criterios diagnósticos, esto debido a que el inicio precoz de tratamiento inmunosupresor se asocia a mejor pronóstico.

Palabras clave: Autoinmunidad, Encefalitis, Corticoesteroides.

ENDOCARDITIS FÚNGICA Y LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

ARAYA FERNÁNDEZ C.¹, MOLINA BURGOS I.¹, PARDO RIVERO L.¹ PINOCHET RIQUELME M.¹ CARTAGENA GIL S.²

1. Interno/a Universidad de Chile.

2. Médico Cirujano EDF CESFAM La Pincoya.

Introducción: La endocarditis fúngica (EF) es una enfermedad que representa 0-2% del total de endocarditis infecciosas, grave en su curso, con una mortalidad superior al 50%. De los microorganismos responsables, *Candida spp.* es el más frecuente. **Desarrollo:** Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia mitral moderada diagnóstica. Consulta por presentar fiebre y disnea de esfuerzo de 6 semanas de evolución, refractaria a medidas generales. Al examen físico soplo sistólico III/VI en foco mitral con irradiación a axila. En exámenes generales leucocitosis de 25.000 y VHS de 115 mm. Se hospitaliza por sospecha de endocarditis infecciosa aguda, se inicia cobertura antibiótica con vancomicina. Se realizan hemocultivos y ecocardiograma transtorácico, que muestra vegetación sobre valva mitral, se cubre *Stafilococo aureus*, añadiendo gentamicina, no obstante, persiste estado febril. Hemocultivos negativos. Se decide ampliar estudio con cultivo fúngico, se pesquisa *Cándida albicans* y se inicia tratamiento con anfotericina B, se deriva a hospital de referencia para manejo quirúrgico, en intertanto paciente evoluciona con hemiparesia facio braquial derecha, producto de un accidente cerebro vascular (ACV) embólico. Se realiza resección valvular e implante de válvula protésica actualmente con tratamiento antifúngico oral y rehabilitación motora. **Discusión:** La EF tiene múltiples complicaciones dentro de ellas las neurológicas, que incluye ACV embólico y hemorrágico, hemorragia intracraneal y subaracnoidea y aneurisma micótico. En este caso se presenta un paciente con ACV embólico, con secuelas funcionales, siendo su principal factor de riesgo su daño valvular previo. Se busca reforzar la sospecha para evitar complicaciones de EF. **Conclusión:** EF es poco frecuente con alta mortalidad, siendo diagnosticada generalmente por sus complicaciones, como embolizaciones sistémicas, pues existe una dificultad para aislar los hongos con hemocultivos de rutina complicando el proceso de diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Palabras clave: Endocarditis fúngica, *Candida spp.*, Accidente vascular embólico.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS Y CÁNCER COLORRECTAL: REPORTE DE UN CASO

APPELGREN NEIRA R. 1, PAREDES CARREÑO S. 1, PAVEZ PERALES N. 1, HOLGER BORQUEZ E. 1. ROSS P. 2

1 INTERNO DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO. UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO

2 BECADO DE MEDICINA INTERNA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA, SANTIAGO

El streptococcus gallolyticus (ex *S. bovis*) es conocido por causar endocarditis infecciosa asociada a neoplasia colorrectal (NCR). El siguiente caso ilustra esta asociación. Paciente de 47 años, sin antecedentes, consulta por 2 semanas de fiebre nocturna 39°C, calofríos solemnes, diaforesis nocturna, lumbalgia y baja de peso. Además, tres semanas de disnea de moderados esfuerzos y edema de extremidades inferiores. Niega patología periodontal o cardiovascular previa. Al examen físico taquicárdico, febril 38.3°C, con soplo sistólico aórtico y dolor difuso a la palpación lumbar. En piel lesión de Janeway en palma derecha y hemorragia en astilla. En exámenes PCR 117, VHS 102, factor reumatoideo elevado e hipocomplementemia. Destaca hemocultivos positivos para Streptococo Grupo D. Ecocardiograma transtorácico con vegetaciones en válvula mitral y aórtica con insuficiencia bivalvular, por lo que se inicia antibioterapia asociada ceftriaxona y ampicilina. En tomografía computarizada de columna destaca espondilodiscitis L5-S1. Dado sospecha de *S. gallolyticus*, se realiza colonoscopia con múltiples pólipos, hasta de 10 mm, los cuales se resecan y biopsian, evidenciándose adenoma tubular. En nuevo ecocardiograma progresión de insuficiencias valvulares y absceso mitral por lo que se deriva para resolución quirúrgica. La endocarditis por *S. gallolyticus* se asocia aprox. en un 60% a NCR (2/3 a adenomas y 1/3 a cáncer), en la cual tendría un rol "simbiótico" con las lesiones premalignas, promoviendo su desarrollo y aprovechando el microambiente creado por éstas. Este caso enfatiza la relevancia de esta infección como un signo de NCR silente, brindando la posibilidad de diagnóstico precoz.

Palabras Clave: endocarditis infecciosa, *Streptococcus gallolyticus*, neoplasia colorrectal.

ENFERMEDAD HIDATIDICA, QUISTES HEPATOPULMONAR Y MUSCULAR, REPORTE DE UN CASO.

CASTRO JÉLDREZ I 1 , CARTES MELO V 1 , PALMA TORRES M 1 , CUEVAS TEBACHE J 2

1. Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco
2. Residente de Medicina Interna, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis parasitaria de frecuente en Chile, es causada por las formas larvadas del *Echinococcus granulosus*. Tiene una incidencia de 1,56 por 100.000 habitantes. Dada su evolución clínica variable, evolución incierta y amplia posibilidad de complicaciones, se considera una enfermedad potencialmente letal. Los órganos más afectados son hígado y pulmón, la localización muscular es rara. **Presentación de caso:** Mujer de 45 años de Cunco, sin antecedentes, historia de 1 mes de tos con expectoración, disnea, consulta en urgencias del Hospital de Temuco, ingresa subfebril, taquipneica, desaturando hasta 86%, laboratorio destaca leucocitosis discreta, se realiza Tomografía Computada (TC) de Tórax con imagen cavitada en segmento posterior de lóbulo inferior izquierdo sin contenido sólido de 15,6 por 13,5cm, e quiste en lóbulo hepático derecho de 15 cm. Se hospitaliza con diagnóstico de hidatidosis pulmonar complicada, se inicia tratamiento antibiótico y quimioprofilaxis con albendazol, control con TC de abdomen y pelvis evidencia además un quiste hidatídico en el espesor del músculo aductor corto derecho. Evoluciona en buenas condiciones, se decide alta y control para seguimiento y programar quistectomía hepática, se decide observar quiste muscular. **Discusión:** El diagnóstico de hidatidosis se realiza con la sospecha, asociado a imágenes y análisis inmunoenzimático ELISA y Western blot, en este caso al ser una zona endémica, se utilizaron las imágenes para hacer diagnóstico. El tratamiento de la hidatidosis es quirúrgico, y consiste en la erradicación de los quistes y tratar las complicaciones, el manejo médico se reserva para casos seleccionados, como el quiste muscular de este caso. Es de vital importancia estrategias de prevención para romper el ciclo del parásito con medidas higiénicas básicas y evitar alimentar a perros con vísceras de animales faenados. **Conclusiones:** La hidatidosis pulmonar debe ser considerada en pacientes con factores de riesgo y sintomatología respiratoria de larga data, un diagnóstico precoz puede prevenir complicaciones.

Palabras Claves: *Echinococcus granulosus*, Albendazol, hidatidosis.

ENFERMEDAD REUMÁTICA UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO, DESAFÍO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ARAYA FERNANDEZ C.¹, MOLINA BURGOS I.¹, PEÑAILILLO SEPÚLVEDA N.¹, PINOCHET RIQUELME M.¹ CARTAGENA GIL S.²

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Chile.

2. Medico Cirujano EDF CESFAM La Pincoya.

Introducción: La enfermedad reumática (ER) es una complicación no supurativa de una infección por Streptococcus grupo A (SGA), con una incidencia media de 19/100.000 habitantes, mayor en países con bajos recursos, lo que se explica por factores ambientales, como hacinamiento, que favorece una mayor transmisión de SGA. Se presenta con diversas manifestaciones como artritis o artralgia, carditis, corea, nódulos subcutáneos y eritema nodoso. **Desarrollo:** Paciente masculino de 42 años, sin antecedentes mórbidos previos consulta por cuadro de 3 semanas de poliartralgia, asociado a sensación febril no cuantificada. Refiere múltiples episodios de amigdalitis exudativa automedicadas con amoxicilina 500 mg por 7 días, además hace 3 días presenta sangre en la orina. Al examen físico destaca, soplo holosistólico en ápex, intensidad 3/6, dolor articulación tibioperoneo-astragalina, con aumento de volumen y calor local, 2-3 nódulos subcutáneos de consistencia dura, indoloros, de 1 cm de diámetro en zona pretibial bilateral. Se sospecha enfermedad reumática y se solicitan exámenes, destaca velocidad de hemossedimentación 90 mm/h, PCR 82 mg/l, anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) 300, leucocitos 10.690/mm³, sedimento urinario con eritrocitos dismórficos, leucocitos moderados, proteínas abundantes. Electrocardiograma ritmo sinusal con un PR 0,20 s, sin alteraciones en QRS. Paciente cumple criterios de Jones, se indica penicilina benzatina y se deriva a cardiología, nefrología y reumatología. **Discusión:** La ER tiene múltiples presentaciones, siendo la fiebre y la poliartralgia las más frecuentes, no obstante, la afectación de válvulas y endocardio es la manifestación más importante, por lo que es meritorio estudio ECG y ecocardiograma. **Conclusión:** ER es una entidad poco frecuente, es un ejemplo de cómo afecta la salud pública a las personas, pues con la llegada de los antibióticos y mejores condiciones de salud, disminuyó considerablemente la incidencia de esta enfermedad, siendo actualmente un diagnóstico fortuito.

Palabras clave: Fiebre, Streptococcus grupo A, fiebre reumática.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE UN CASO

SANHUEZA EHRENFELD R 1 ., POBLETE SILVA J 1 ., FABRES HENRÍQUEZ M 1 ., SANHUEZA LATORRE D 1 ., LÓPEZ LLIPITA Y 2 ., GHISONI SILVA A 2 ., GUEVARA OLIVA C 3 .

1 Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

2 Becado Neurología - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

3 Neurólogo, Profesor Adjunto Universidad de Chile - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, que afecta clásicamente a las neuronas motoras superiores e inferiores. Se caracteriza por provocar debilidad muscular, discapacidad y eventualmente la muerte. Entre las formas más frecuentes de presentación destaca debilidad asimétrica de extremidades (80%), inicio bulbar (20%) como disartria o disfagia, y menos frecuentemente se encuentra debilidad de los músculos respiratorios (1-3%), debilidad generalizada de extremidades y músculos bulbares (1-9%), y compromiso axial con cefaloparesia o debilidad de la extensión de tronco. **Caso clínico:** Mujer de 59 años con antecedente de diplopía, con estudio que no muestra etiología orgánica subyacente, que mantiene hasta la actualidad. Consulta en policlínico de neurología por historia de 2 meses de evolución de temblores de aparición brusca de ambas extremidades superiores, que no se incrementa ni disminuye con ninguna postura o al reposo. Luego de 1 mes de evolución refiere presentar un cuadro interpretado como estado gripal, acompañado de dolor en ambos muslos y ambas extremidades superiores, de 4 días de evolución, tras lo cual, despierta con tetraparesia que le impide levantarse de la cama, cediendo súbitamente el dolor y temblor. A partir de ese momento, es dependiente en todas las actividades de vida diaria. Al interrogatorio dirigido no refiere compromiso esfinteriano, sin síntomas sensitivos, sin fluctuación de síntomas, sin baja de peso, sudoración nocturna o fiebre. Se indica hospitalización donde se realiza estudio electromiográfico, imagenológico, laboratorio y punción lumbar, que resulta compatible con ELA. **Discusión:** La ELA tiene variados tipos de presentación, siendo la mayoría compromiso progresivo y asimétrico de extremidades o inicio bulbar, con elementos de primera y segunda motoneurona. Este caso destaca por debutar como tetraparesia aguda en relación a una probable infección viral, forma rara de presentación descrita en contados estudios de casos, que plantea un complejo diagnóstico diferencial.

Palabras claves: Esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de motoneurona, enfermedad neurodegenerativa.

ESÓFAGO NEGRO: REPORTE DE UN CASO

DE CAROLIS ARENAS P 1 , CORREA MITROVIC C. 1 , GARCÍA BARTULÍN J. 1 , ALLAR NOGALES K. 1 , GARCÍA BERMUDEZ E 2

(1) Autor, Interno(a) de Medicina. Universidad Andrés Bello, Santiago.

(2) Tutor, Servicio de Endoscopía Hospital Claudio Vicuña, San Antonio

Introducción: El esófago negro se caracteriza por el hallazgo endoscópico de una imagen difusa, circunferencial, color negro del esófago distal en la endoscopía digestiva alta (EDA), que cesa abruptamente en la unión gastroesofágica. Se debe a la combinación de isquemia aguda, secundario a estados de bajo flujo, lesión corrosiva por contenido gástrico y una barrera mucosa deficiente. Cuadro de muy baja prevalencia, y alta mortalidad, de etiología multifactorial. Presentación caso: mujer de 75 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2 hipertensión arterial crónica, derivada al servicio de urgencia por un hallazgo en EDA electiva realizada por cuadro de 1 semana de evolución de hematemesis de moderada cuantía, 3 a 4 episodios diarios, asociado dolor retroesternal, de alta intensidad urente y opresivo, junto con hipo y náuseas. EDA informa extensa lesión ulcerada ¿necrótica? esofágica, observación de esófago negro. Se hospitaliza en régimen cero, con inhibidores de bomba de protones en altas dosis y analgesia. Tomografía computada de tórax informa engrosamiento de esófago medio y distal. Paciente evoluciona favorablemente durante 2 semanas de hospitalización, con EDA de control a los 10 días de hospitalización que informa mucosa esofágica normal, recuperación completa. Discusión: la isquemia esofágica aguda es una patología muy poco común, más habitual en adultos mayores masculinos, con múltiples comorbilidades. Tiene alta morbimortalidad, debido a la mediastinitis secundaria a perforación esofágica. No se ha establecido un manejo estándar, solo se basa en reanimación, estabilización de patologías de base e inhibidores de bomba de protones en altas dosis. La evolución natural generalmente es la recuperación completa con posible estenosis esofágica. La EDA de control es el procedimiento más importante para determinar conducta, habitualmente realizada después de la primera semana de hospitalización, con la cual se determina mantención de tratamiento.

Palabras clave: isquemia esofágica aguda, esófago negro, endoscopía digestiva alta

FASCITIS NECROTIZANTE POR PATÓGENO OPORTUNISTA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING, REPORTE DE CASO.

ULLOA BUSTOS L. (1) , VALDERAS MOLLENHAUER R. (1) , ROJAS LARA Á. (1).

MARCELO I. FUENTES VILLEGAS. (2)

(1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián Sede de la Patagonia.

(2) Médico Internista, Unidad médico-quirúrgico Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.

Introducción: Una de las complicaciones asociadas al síndrome de Cushing (SC) es la inmunodepresión por exceso de glucocorticoides. Las infecciones causan el 21,6% de muertes en estos pacientes. Las producidas por microorganismos oportunistas, se dan en casos de hipercortisolemias severas a causa de tumores ectópicos. El 13,8% de pacientes con SC van presentar co-infecciones por agentes bacterianos y microorganismos oportunistas (principalmente hongos), teniendo generalmente un curso grave. Por esta razón es fundamental evaluar el uso de profilaxis en estos pacientes. Presentación del caso: Paciente masculino, 32 años, antecedente de SC secundario a tumor ectópico, consulta en servicio de urgencias de hospital Puerto Montt, por cuadro de 20 días de aumento de volumen en pie derecho, eritema, hipertermia local, evolucionando con compromiso de toda la extremidad. Manejado ambulatoriamente con antibióticos, sin respuesta, se decide hospitalizar. Se inició tratamiento con ceftriaxona-metronidazol. En cultivo de piel y tejidos se aísla *Enterococcus Faecalis* resistente a vancomicina, tratándose con Linezolid por 21 días y múltiples aseos quirúrgicos. Evoluciona de forma tórpida, complicándose con fascitis necrotizante. Biopsia de tejido informa *Cryptococcus Neoformans*, tratándose con anfotericina B por 13 días. Posteriormente, desarrolla absceso de compartimiento lateral de pierna derecha, infectología inicia tratamiento con ceftriaxona-fluconazol respondiendo satisfactoriamente. Finalmente, cirugía plástica, decide realizar injerto en región anterior y lateral de la pierna con buena evolución. Discusión: La inmunodepresión predispone al desarrollo de fascitis necrotizante y a su evolución. Debido a la hipercortisolemia del paciente, se produjo una infección oportunista difícil de identificar, requiriendo finalmente 100 días de hospitalización aproximadamente para ser tratada de forma satisfactoria. Por lo expuesto, en estos pacientes, es fundamental considerar el uso de profilaxis contra patógenos oportunistas. Según un estudio realizado por Sarlis NJ, las infecciones oportunistas comenzarían con cortisolemia >40 ug/dl, sin embargo, se requieren más estudios, para establecer una conducta en estos pacientes.

Palabras claves: Síndrome de Cushing ; Fascitis Necrotizante ; Infecciones Oportunistas

FÍSTULA COLECISTODUODENAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CÓLICO BILIAR SIMPLE

GALVEZ MORENO, J.I 1 BARROS GUTIÉRREZ, L.J 1 , BOFILL BRITO, M.G 1, ECHEVERRÍA VALDIVIA, S.J 1 , MUÑOZ CANALES, F 2

1 Interno Medicina, Universidad de los Andes

2 Residente Cirugía General, Universidad de los Andes

Introducción: Colelitiasis es la presencia de cálculos en vesícula o vía biliar producto de altos contenidos de bilirrubina y/o colesterol en la bilis. Se encuentra hasta en un 20% de la población adulta en el mundo. En la mayoría de los casos es una enfermedad asintomática, sin embargo, tiene complicaciones tanto agudas como crónicas. Dentro de las crónicas se encuentra la formación de fístulas biliares definidas como la comunicación anormal entre el sistema biliar de forma interna (tracto gastrointestinal principalmente) o externa (piel). La fístula más común es la colecistoduodenal, que corresponde a un 75-80% de las colecistoentéricas, y puede manifestarse de forma asintomática, con síntomas digestivos vagos o complicarse como un íleo biliar. Presentación caso: Mujer de 74 años sin antecedentes médicos relevantes consulta por cuadro de 1 día de evolución caracterizado por dolor periumbilical insidioso, irradiado en faja a zona lumbar, asociado a náuseas y vómitos. Se solicita tomografía de abdomen y pelvis con contraste, la cual evidencia ectasia biliar intrahepática central y extrahepática y neumobilia izquierda. Ecografía abdominal evidencia una dilatación del árbol biliar asociado a aerobilia por posible fístula colecistoduodenal, conducto hepático común de 9 mm; vesícula casi no identificable por presentarse colapsada. Sin visualización de cálculos en ambos estudios imagenológicos. En los exámenes de laboratorio destaca patrón colestásico. Producto de la edad y descartado un íleo biliar en esta paciente, se decide manejo médico con evolución favorable. Conclusión: La fístula colecistoduodenal es una complicación poco común de la colelitiasis, su incidencia oscila entre un 0,15 a 8%, además de tener una sintomatología poco específica, sin embargo, debe sospecharse en pacientes adultos mayores que presenten una vesícula biliar escleroatrófica con múltiples adherencias y/o una historia de larga data de cólicos biliares a repetición.

Palabras Clave: colelitiasis, fístula colecistoduodenal, fístula intestinal

FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO SECUNDARIA A LESIÓN POR ARMA BLANCA

BELMAR RIVEROS F 1 ., BENAVENTE FERNÁNDEZ I . 1 , NÚÑEZ RODRÍGUEZ C . 1 , LUCO LOPEZ V. 2 , PINEDA DONOSO D. 3

1 Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

2 Residente Neurología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

3 Departamento de Medicina de Urgencia, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

Introducción: Las cefaleas ortostáticas son un motivo de consulta infrecuente, sin embargo se ve asociado a patologías específicas como la hipotensión intracraneal y la pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR). Se ha observado mayoritariamente asociada a anestesia epidural y neurocirugía, sin embargo también hay casos descritos secundarios a lesiones traumáticas. En la literatura se describe que la evaluación de estos pacientes muchas veces no muestra alteraciones al examen físico por lo que ante la sospecha se deben solicitar imágenes o medir la presión del LCR. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 36 años con antecedente de haber sufrido lesiones cortopunzantes con arma blanca en región dorsal alta hace 2 días, consulta por cefalea de inicio insidioso que se exacerba en posición vertical y atenúa en decúbito, asociado a peak febril aislado de 38° y vómitos. Inicialmente había consultado en otro centro asistencial donde se había realizado Tomografía axial computada de cerebro que no informaba lesiones agudas, sin embargo dado persistencia de síntomas consulta en Urgencia del Hospital Clínico de la Universidad Católica. Al examen físico destacan 8 heridas cortopunzantes en región dorsal alta, dolor en faja a nivel de T3, hipoestesia de extremidad inferior izquierda y cefalea frontal exacerbada en posición vertical. Se decidió continuar estudio realizando Resonancia Magnética (RM) de cerebro y columna con contraste en búsqueda de signos de hipotensión endocraneana, destacando una herida penetrante dorsal paramediana derecha a nivel T2-T3, asociada a la presencia de una fístula de LCR a ese nivel. **Discusión y conclusiones:** Es importante mantener un alto índice de sospecha de lesión medular en pacientes con traumas penetrantes en línea media, realizando un examen neurológico acucioso y ante la duda de presencia de lesiones, complementarlo con imágenes que evalúen detalladamente la columna vertebral, siendo de elección la RM.

Palabras claves: fístula, fluido cerebroespinal, trauma craneocerebral

GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A VASCULITIS MPO (+)

TOBAR UGALDE D 1, MUÑOZ CARMONA S 1, SÁNCHEZ DÍAZ C 1, SEPÚLVEDA ROBLES F 1, RODRIGUEZ VEGA G 2.

(1) Estudiante de Medicina, 7mo año, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

(2) Médico Cirujano, Becario Medicina Interna, Servicio de Medicina Interna, Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)

Introducción. Las glomerulonefritis son un síndrome clínico-histológico caracterizado por daño renal a nivel del glomérulo (mesangio, podocitos, membrana basal glomerular o endotelio). Estas pueden ser clasificadas según su temporalidad en crónicas, agudas o rápidamente progresivas (GNRP). Estas últimas se caracterizan por deterioro progresivo de la función renal (en semanas a meses) sin tendencia a mejoría, con proteinuria generalmente en rango subnefrótico, además de semilunas o crescentes fibrosas extracapilares en glomérulos. Las GNRP son una urgencia nefrológica, porque de no recibir tratamiento pueden desembocar en una enfermedad renal crónica incluso terminal, por lo que su sospecha y manejo precoz resulta de vital importancia para el médico general. **Presentación del caso.** Paciente sexo femenino 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial y cáncer de mama, consulta por cuadro de 20 días de evolución caracterizado por náuseas, vómitos postprandiales, dolor abdominal epigástrico carácter sordo, anorexia, baja de peso 19 kilos en 6 meses, telangectasias y lesiones maculares violáceas en extremidades superiores. Dentro de exámenes de ingreso destaca creatinina 5.07, sin creatininemia basal. Cuadro manejado inicialmente como sepsis foco abdominal, con mala respuesta a antibióticos. Dentro de exámenes inmunológicos destaca anticuerpo ANCA MPO, por lo que se interpreta como vasculitis, manejada con bolos de metilprednisolona con favorable respuesta y mejoría en función renal. **Discusión.** Las glomerulonefritis son un cuadro heterogéneo tanto en etiologías como cuadro clínico, teniendo distintas clasificaciones tanto en temporalidad, histología, si son primarias o secundarias, y si cursan con síndrome nefrótico o nefrítico. El siguiente caso clínico resulta ilustrativo para el médico general, al tener en consideración el perentorio manejo intrahospitalario de todo paciente con alteración en su función renal, porque de tener efectivamente un cuadro compatible con una GNRP, su manejo oportuno puede derivar en que ese paciente no caiga en enfermedad renal crónica terminal.

Palabras clave: Glomerulonefritis rápidamente progresiva, falla renal aguda, vasculitis.

HEMATURIA MACROSCÓPICA EN PACIENTE CON GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS E INTERNATIONAL NORMALIZED RATIO SUPRATERAPEUTICO

AGUILERA CORREA X. 1; AGURTO VALDÉS J. 1; ACEVEDO CORNEJO F. 1; CISTERNAS PUNCHILUPI I. 1; PARRA LUCARES A. 2.

1. Alumnos de Medicina V año, Universidad de Chile.

2. Médico-Cirujano, Programa Doctorado en Ciencias Médicas y Especialidad Medicina Interna, Universidad de Chile

Introducción: La Granulomatosis con Poliangeítis (GPA), es una enfermedad poco frecuente que cursa con manifestaciones pulmonares, renales y síntomas sistémicos. Debe haber una alta sospecha clínica y su estudio se basa en la medición de anticuerpos más una biopsia confirmatoria. Presentación del caso: Hombre, 74 años de edad, antecedentes de DM2 y ERC etapa V en HD de etiología diabética, y usuario de anticoagulación por Fibrilación Auricular permanente. Consultó en Servicio Urgencia por hematuria macroscópica de 5 días de evolución asociado a INR supra-terapéutico dada mala adherencia a tratamiento. Al interrogatorio dirigido destacaba síndrome constitucional y sensación febril. Se hospitalizó y se suspendió anticoagulación. Posteriormente presentó falla ventilatoria súbita, por lo que se trasladó a UPC. Se solicitó una tomografía computada de tórax-abdomen-pelvis apreciándose infiltrado alveolar hemorrágico, y al analizar la morfología renal, esta presenta aspecto de cronicidad. En OC destaca 300 mg/dL de proteínas, 150 mg/dL de Glucosa, y Hematíes >100 x campo. Los hallazgos llevaron a replantear el estudio buscando diagnósticos diferenciales. Se midieron marcadores serológicos para enfermedad del tejido conectivo, destacando niveles de anticuerpos anti-mieloperoxidasa (MPO) mayores a 100 U/mL, lo que asociado al cuadro clínico se constituye como una vasculitis ANCA (+) del tipo GPA. En los exámenes destacó: ANCA por IFI + (pANCA), Anti-dsDNA 44.8 UI, ANA +, Anticuerpos Antiproteinasa 3 (PR3) 2.1 U/mL. Se inició inmunosupresión de alta potencia, evolucionando con remisión de la enfermedad. Conclusiones: Este caso sugiere la necesidad de poder encontrar una unidad diagnóstica a hechos clínicos aislados, ya que existieron asociaciones intuitivas que podrían haber generado un cierre precoz del diagnóstico del paciente de no haber evolucionado con falla ventilatoria en el intrahospitalario: un efecto terapéutico no deseado por anticoagulantes como causa de la hematuria en un paciente con antecedente de ERC Terminal de origen diabético, considerándolos como hechos aislados.

Palabras claves: anticoagulación, vasculitis, enfermedad renal crónica

HERNIA DE BOCHDALEK EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ULLOA BARROS D 1, GONZÁLEZ SOTO M 1, PAREDES BERATTO H 1, ROMERO HERNÁNDEZ E 1, SAPIAIN GONZÁLEZ S 2.

1 Interno de Medicina, Universidad de Chile.

2 Médico Becado Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: Las hernias diafragmáticas se definen como la transposición de órganos abdominales a la caja torácica a través de defectos del músculo frénico pudiendo ser de origen congénito, adquirido o post traumático. La hernia de Bochdalek es una patología congénita que afecta el desarrollo de la región posterolateral del diafragma, siendo frecuente en el recién nacido, con ubicación en el lado izquierdo en 80-90% de los casos, permaneciendo en una escasa cantidad de pacientes indetectable en la niñez, haciéndose evidente en la etapa adulta como hallazgo incidental o con síntomas intestinales o respiratorios. **Caso clínico:** Mujer de 52 años, con antecedentes de tabaquismo y enfermedad por reflujo gastroesofágico, presenta cuadro de seis meses de evolución de disnea de esfuerzo progresiva, asociado a episodios paroxísticos de tos y sibilancias, tratada en ambulatorio de manera sintomática con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con mala respuesta. Decide consultar por cuadro de tres días de tos productiva y aumento de disnea basal, destacando a la auscultación torácica sibilancias aisladas en base pulmonar izquierda y presencia de ruidos intestinales. Se amplió estudio, destacando en la tomografía computada toracoabdominal con contraste un amplio defecto herniario diafragmático con inclusión de bazo y estómago. Se decidió resolución quirúrgica por toracotomía izquierda con hallazgos compatibles con hernia de Bochdalek izquierda; se realizó hernioplastía con malla, evolucionando con recidiva en el quinto día post operatorio por lo cual debió ser reintervenida, con evolución favorable posterior. **Discusión:** La hernia de Bochdalek es rara en adultos, por lo tanto, su diagnóstico erróneo es común. La demora en el diagnóstico contribuye al desarrollo de las complicaciones evolutivas: estrangulación, necrosis, perforación, fístula, oclusión y muerte súbita. Por lo tanto, resulta fundamental el conocimiento de esta patología, para la sospecha y resolución oportuna, previniendo el posible desenlace fatal de esta patología.

Palabras claves: Hernia diafragmática, Hernia de Bochdalek, Adulto

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL EN CONTEXTO DE TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SWYER.

BARRÍA WALL, F. I 1, FERNÁNDEZ DEMARIA, C 1, SANTOS CISTERNAS, M. J 1, ROSENKRANZ CAROCA, M 1, LAMBERT NOVOA, A 2.

1 Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago.

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes, Santiago.

Introducción: El Síndrome de Swyer (disgenesia gonadal XY pura) es una patología poco conocida dada su baja prevalencia a nivel mundial (1/20.000 a 1/80.000 nacimientos). Se caracteriza por un genotipo XY con fenotipo femenino, clínicamente se manifiesta como amenorrea primaria, sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios. Por otro lado, la hiperplasia endometrial es considerada una lesión premaligna, la cual se genera por un estado de hiperestimulación estrogénica del endometrio. Sus principales factores de riesgo son obesidad, terapia de reemplazo hormonal estrogénica sin oposición con progestágenos, menopausia tardía y diabetes. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de una paciente mujer de 56 años con antecedentes de síndrome de Swyer, ooforectomía bilateral y usuaria de terapia estrogénica subdérmica, que consulta por sangrado uterino anormal en cantidad y frecuencia. Se realiza una histeroscopia y biopsia de pólipos encontrados, la cual informa neoplasia intraepitelial endometrial. La paciente persiste con síntomas, por lo que se realiza una biopsia Pipelle sin hallazgos relevantes. A pesar de esto, se decide realizar una histerectomía total vía abdominal más salpingectomía, por persistencia de la sintomatología. **Discusión:** El diagnóstico y tratamiento de este síndrome requieren de una evaluación y seguimiento adecuados. Dentro de las intervenciones que se sugieren, se encuentra la ooforectomía bilateral preventiva, debido al alto riesgo de desarrollar disgerminoma, y el uso de terapia hormonal para inducir caracteres sexuales secundarios. A pesar de que la terapia hormonal es parte del tratamiento, es importante evaluar el tipo, cuándo y por cuanto tiempo aplicarla, para así poder evitar eventos adversos como la hiperplasia endometrial.

Palabras claves: Síndrome de Swyer, hiperplasia endometrial, terapia de reemplazo hormonal.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO CRÓNICO EN PACIENTE CON DEFICIT DE ANTITROMBINA III.

Molina Burgos I. 1, Araya Fernández C. 1, Pardo Rivero L. 1, Pinochet Riquelme M. 1, Pablo de la Barra Bustamante 2.

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile.

(2) Médico Cirujano, Becado Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja de Arriarán (HCSBA), Santiago.

La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es una forma distintiva de hipertensión pulmonar (HP), que se considera como la complicación final de episodios recurrentes de tromboembolia pulmonar (TEP). Si bien, la frecuencia reportada de HPTEC después de un evento de TEP agudo es de baja incidencia, hay un pequeño porcentaje de pacientes que ya sea por el no reconocimiento del evento agudo, recibir terapia inadecuada o por la existencia de anomalías intrínsecas del sistema fibrinolítico y/o la presencia de fenómenos embólicos silentes reiterados, finalmente se desarrolla HPTEC. Clínicamente se caracteriza por el deterioro progresivo, la notable limitación funcional y una mortalidad elevada al poco tiempo del diagnóstico. Un factor de riesgo conocido para fenómenos tromboembólicos es el déficit de antitrombina III (ATIII), a continuación se presenta caso clínico con este factor de riesgo. Presentación de Caso: Paciente masculino de 19 años con antecedente de déficit ATIII de diagnóstico hace 6 meses en contexto de TEP masivo, desde entonces con 4 hospitalizaciones por TEP con requerimiento de Unidad de Cuidado Intensivo sin Ventilación Mecánica Invasiva, actualmente Capacidad funcional modified Medical Research Council IV. En ecocardiograma se evidencia leve dilatación de aurícula y ventrículo derecho, TAPSE 14mm; presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) 79mmHg, cateterismo pulmonar evidencia: Presión arterial de enclavamiento pulmonar (PCP) 6 mmHg GC 3,4 L/min. Dada condición clínica y de laboratorio cardiológico, se plantea endarterectomía como alternativa terapéutica. Discusión. El déficit de ATIII es una trombofilia que típicamente predispone a eventos tromboembólicos a nivel de pelvis, tórax y embolismo pulmonar, manifestase clínicamente con mayor frecuencia desde la segunda década de vida. Es así un factor de riesgo para HPTEC, patología que presenta pobre pronóstico de calidad y esperanza de vida.

Palabras clave: Hipertensión pulmonar; Embolismo pulmonar; Endarterectomía

ILEO BILIAR COLÓNICO COMO CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA

SUAREZ ALBIÑO R. (1) , ALLAR NOGALES K. (2) , BERENGUER IMBERT B. (2) , BRAVO SAN FRANCISCO C. (2) , ICARTE SALINAS D. (2)

(1) Médico cirujano especialista en Cirugía general, Universidad Andrés Bello.

(2) Interno de medicina de la Universidad Andrés Bello sede Santiago 2019

INTRODUCCIÓN: El íleo biliar se define como una obstrucción intestinal mecánica producida por la impactación de un cálculo biliar en el tracto gastrointestinal y se presenta como complicación de patología biliar crónica en menos de 1% de los casos. El cálculo pasa a través de una fistula enterobiliar, la cual es, en un 85% de los casos, son colecistoduodenal y tan solo un 0,06 a 0.14% son colecistocolónicas. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 79 años, hipertensa y sin antecedentes quirúrgicos. Consulta por clínica de cuatro días de evolución dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de eliminación de deposiciones y gases por el ano. En el TC se observa obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar por cálculo impactado a nivel de sigmoides por lo que ingresa a pabellón para laparotomía exploradora con enterolitotomía. **DISCUSIÓN:** En tan solo el 2% de los casos la obstrucción se da a nivel colónico, debido a su diámetro es difícil que un cálculo produzca una obstrucción, por lo que si el cálculo no es lo suficientemente grande por sí solo, se puede impactar por una estenosis previa por un cuadro subyacente. El diagnóstico es fundamentalmente con TC que tiene una sensibilidad de más del 90%, se observa la triada de Ringler caracterizada por neumobilia, un cálculo hiperdenso ectópico y distensión de asas intestinales. El tratamiento del íleo biliar colónico está enfocado en la resolución de la obstrucción intestinal, se han descrito casos de resolución exitosa con colonoscopia. El método más utilizado es el abordaje por laparotomía para extraer el cálculo mediante una colotomía. **CONCLUSIÓN:** El íleo biliar colónico es una patología poco frecuente y se debe sospechar patología colónica subyacente. El TC es fundamental para un adecuado diagnóstico. El tratamiento debe ser elegido según el contexto del paciente y el centro asistencial, dirigido a resolver la obstrucción.

Palabras clave: Íleo biliar – Fístula colecistocolónica – Triada de Ringler -Enterolitotomía

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE ABSCESO CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

CASTILLO SOTOMAYOR M. 1 RIVEROS LILLO J. 1 TAGLE DIAZ R. 1 VASQUEZ ZUOLAGA M. 1 SALAS GONZALEZ S 2

1 Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2 Médico Cirujano, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río.

INTRODUCCIÓN Un absceso cerebral (AC) es una colección intraparenquimatosa de pus. Su incidencia anual es 0.2 a 1.3 por 100.000 personas, predominando en hombres, edad media de presentación entre 30 y 40 años. Tienen una tasa de mortalidad de 10%, aproximadamente el 30% de los sobrevivientes quedan con déficit neurológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO Paciente femenino de 29 años con antecedente de policonsumo, es llevada a servicio de urgencias por compromiso de conciencia, hemiparesia izquierda y disartria de 5 días de evolución, se solicitan exámenes destacando: leucocitos 13.590 miles/uL proteína C reactiva 132 mg/L, tomografía axial computada (TAC) de cerebro muestra lesión frontoparietal derecha bilobulada, con efecto de masa sobre parénquima, desviación de línea media y edema perilesional. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y dexametasona. Se solicita enzimoimmunoanálisis de adsorción virus de inmunodeficiencia humana resultando no reactivo, y resonancia magnética (RM) de cerebro que muestra lesión parenquimatosa frontoparietal derecha compatible con AC. Se mantiene tratamiento con ceftriaxona y corticoides sistémicos, evolucionando con mejoría clínica llegando a Glasgow 15.

DISCUSIÓN Los AC se pueden presentar como: efecto de masa, hipertensión intracraneal, destrucción difusa, y déficit neurológico, Sus síntomas pueden ser sutiles e inespecíficos, la triada clásica de fiebre, cefalea y déficit neurológico focal está presente solo en el 20% de los pacientes. Las neuroimágenes son esenciales para el diagnóstico, la imagen típica en TAC o RM es una lesión hipodensa con realce en anillo. Actualmente no hay reglas establecidas para el tratamiento de un AC, debe ser individualizado según cada caso, dentro de las principales medidas están la rápida instauración de un tratamiento antibiótico.

CONCLUSIONES Los AC no son muy frecuentes pero tienen una importante morbimortalidad, dado que la clínica puede ser inespecífica es importante tener un alto índice de sospecha, realizar un examen neurológico exhaustivo y solicitar neuroimágenes ante la sospecha.

Palabras Clave: Estado de conciencia alterado, Absceso cerebral, Sistema nervioso central

INFARTOS CEREBRALES MÚLTIPLES EN HOMBRE DE 50 AÑOS: VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

ALARCÓN SAAVEDRA D. 1 , GARCÍA MUÑOZ M. 1 , ROJAS ESPINOZA F. 1 , VILLALOBOS RUIZ I. 1 , ESCOBAR PINTO, J. 2 , ROZAS VIDAL J. 3

1 Interna de Medicina 7° año, Universidad de los Andes, Santiago

2 Becado de Medicina Interna 2° año, Universidad de los Andes, Santiago

3 Neurólogo, Hospital Militar de Santiago

Introducción. La vasculitis primaria del sistema nervioso central (SNC) se refiere a la inflamación y destrucción de los vasos sanguíneos del cerebro, la médula espinal y las meninges, tanto del lado arterial como venoso de la circulación. Corresponde a una enfermedad rara, con predominio masculino 2:1 y edad media de diagnóstico de 50 años. Aún no está clara su etiopatogenia. Presenta un largo período prodrómico, y se manifiesta por síntomas y signos de disfunción del SNC. Es necesario descartar otras causas secundarias para el diagnóstico. Presentación del caso. Hombre de 52 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó al servicio de urgencia por historia de presentación progresiva con olvidos frecuentes, junto con cefalea holocraneana, de inicio insidioso, que posteriormente evolucionó con pérdida de las funciones ejecutivas y afasia, sin otra focalidad. Al examen neurológico se encontraba desorientado temporo espacialmente, con circunloquios y anomia marcada. Obedecía órdenes simples y disartria leve. Memoria episódica anterógrada alterada, que no recuperaba con claves. Se realizó el estudio de causas secundarias, buscando descartar causa infecciosa, vasculitis sistémica con afectación cerebral, causa embólica y neoplasia oculta. Todos los exámenes resultaron negativos o normales. Se realizó estudio con Angioresonancia magnética de cerebro donde se constatan múltiples infartos isquémicos agudos hemisféricos izquierdos en territorios limítrofes, hallazgos altamente sugerentes de Vasculitis primaria del SNC. Se inició el tratamiento con pulsos de corticoterapia con metilprednisolona 1 gr al día ev. por 3 días y un curso de Ciclofosfamda 1 gr ev., con excelente respuesta. Discusión. El diagnóstico de vasculitis primaria del SNC es básicamente de descarte. No existen marcadores diagnósticos específicos de la enfermedad. Es imperativo descartar todas las causas secundarias, dado que el error diagnóstico en estos casos podría ser deletéreo para el paciente. La respuesta al tratamiento debe realizarse mediante el control clínico y por neuroimágenes.

Palabras claves: sistema nervioso central, vasculitis primaria.

INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA NO ISQUÉMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ESTRUCH FERMA A. 1; GOMÀ PUMARINO I. 1; JENSEN HERESI A. 1; MELLA LUKÁCS M. 1; AGUAYO ROMERO J 2.

(1) Interno de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago.

(2) Médico cirujano, Hospital Padre Hurtado, Santiago.

Introducción: La insuficiencia mitral aguda es una patología grave, que se presenta frecuentemente con inestabilidad hemodinámica. Puede ser isquémica, siendo lo más recuente y afectando principalmente al músculo papilar, o no isquémica, encontrándose en este grupo la rotura de cuerda tendínea secundaria a enfermedad mixomatosa, endocarditis infecciosa, traumática, fiebre reumática o rotura espontánea. **Caso clínico:** Se presenta un caso clínico de un paciente hombre de 48 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo, que se presenta en el servicio de urgencias por dolor torácico brusco, severo, asociado a disnea en reposo. Hemodinámicamente estable, destaca soplo mitral sistólico y crépitos pulmonares bibasales. Laboratorio de ingreso con enzimas cardíacas negativas, electrocardiograma con elevación del punto J en V1 a V4, y radiografía de tórax con infiltrado algodonoso perihiliar bilateral. En ecocardiograma transtorácico se observa insuficiencia mitral severa, secundaria a rotura de cuerda tendínea, hipertensión pulmonar y dilatación severa de atrio izquierdo. Ecocardiograma transesofágico sin signos de endocarditis. Coronariografía sin lesiones. Evoluciona con buena respuesta a terapia médica, sin requerir cardiocirugía de urgencia. **Discusión:** Si bien la insuficiencia mitral aguda por lo general se presenta con inestabilidad hemodinámica, en pacientes con insuficiencia mitral crónica se puede presentar con sintomatología moderada por la adaptación previa que logra aumentar la compliance del atrio izquierdo. Se debe considerar la etiología isquémica como primera posibilidad, especialmente en pacientes en que se afecte el músculo papilar. Por otra parte, la enfermedad mixomatosa es considerada la causa principal de rotura de cuerda tendínea, considerando que causa el prolapso de válvula mitral, pudiendo existir insuficiencia mitral previa. **Conclusiones:** El enfrentamiento de pacientes que se presentan con disnea aguda debe incluir la insuficiencia mitral aguda, cobrando vital importancia el examen físico que permite sospechar la patología y orientar el estudio a diferenciar la etiología isquémica de la no-isquémica.

Palabras clave: insuficiencia válvula mitral, cuerda tendínea, enfermedad valvular

ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD INFERIOR COMO DEBUT DE ANEURISMA TORACO-ABDOMINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

VILLARROEL OYARZÚN G.¹, MONTECINOS NAREA S.¹, RUIZ MATUS J.¹, NUÑEZ VILLALOBOS A.¹, SANDOVAL SILVA G.², CAMPOS GUTIERREZ A.³.

¹ Interno Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

² Becado Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

³ Cirujano Vascular Periférico, Profesor Asistente Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La isquemia aguda corresponde a la interrupción súbita o brusca de la perfusión de una extremidad, generando daño potencial a la viabilidad de esta. Es una condición crítica que puede afectar la supervivencia del paciente. Se manifiesta como dolor intenso en la extremidad afectada, de inicio súbito o agudo según etiología, poiquilotermy, palidez, ausencia de pulsos, y en casos más graves parestesias y debilidad muscular. Su etiología puede ser ateromatosa o embólica, siendo esta última asociada a fuentes embolígenas, principalmente cardíaca, pero también secundario a aneurismas aórticos. **Presentación del caso:** Hombre de 58 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Consultó por cuadro de siete horas de evolución de dolor en región sural izquierda y pie ipsilateral, asociado a frialdad, palidez e hipoestesia desde región pedia hacia distal. Al examen físico destacó extremidad inferior izquierda con ausencia de pulsos retromaleolares y pedios, frialdad distal, paresia de ortejos e hipoestesia en zona pedia y plantar. Extremidad inferior derecha sin alteraciones. El Eco-Doppler de extremidades sugirió isquemia con trombo desde arteria femoral común a distal. Se realizó trombo-emblectomía iliaco-femoral-poplítea izquierda. El estudio etiológico destacó Ecografía abdominal y AngioTC de Tórax abdomen y pelvis compatible con Aneurisma aórtico abdominal desde cúpulas diafragmáticas hasta emergencia de arteria renal derecha, de 43 mm de diámetro, con trombo intramural. **Discusión y conclusiones:** Los aneurismas aórticos son dilataciones patológicas de pared aórtica. Su cuadro clínico es variable, siendo la embolia distal una forma de presentación poco frecuente. La relevancia de este caso radica en la escasa frecuencia de esta patología como causa de isquemia aguda de extremidades inferiores. En efecto, un 15% de las isquemias agudas son causadas por embolia, siendo principalmente de origen cardíaco, con una proporción mínima secundaria a patología aneurismática.

Palabras clave: isquemia, embolia, aneurisma de la aorta

ISQUEMIA AGUDA DE EXTREMIDAD INFERIOR POR LESIÓN DE ARTERIA FEMORAL COMÚN. REPORTE DE CASO.

MORALES ARÉVALO F. 1, FUENTES FUENTES J. 1, MELEJ VARELA N. 1, VERGARA RIQUELME S. 1, NOGUEIRA ESPINOZA N. 2.

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

2 Médico Cirujano Vascular, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Clásicamente las lesiones por arma de fuego se han descrito en ambiente militar, desarrollándose su tratamiento durante los conflictos armados del siglo XX y así reduciendo las amputaciones por esta causa. Actualmente su incidencia ha aumentado en el ambiente civil, siendo su manejo adecuado un desafío en este contexto. Presentación del caso: Hombre de 22 años con trastorno de conducta sin tratamiento y consumo problemático de estupefacientes. Debido a altercado con Carabineros ingresa a Urgencias con 2 heridas por arma de fuego de 5 mm en región inguinal y muslo izquierdo. Paciente inestable hemodinámicamente y desorientado, con hematoma expansivo pulsátil al tacto en zona inguinal izquierda en trayecto de arteria femoral, asociado a cianosis en toda la extremidad, frialdad y ausencia de pulsos. Se efectúa ABCDE del trauma y volemicización. Evaluado por Cirugía Vascular, ingresa a pabellón de urgencia por sospecha de trauma vascular. Intraoperatorio se observa lesión en bifurcación de arteria femoral superficial y profunda, y vena femoral común. Se realiza trasplante autólogo de vena safena invertida de muslo derecho con anastomosis termino-terminales de vasos comprometidos. Postoperatorio, paciente con pulsos distales y evolución favorable. Discusión: El trauma vascular en extremidades inferiores se estima en 4% de todos los traumas, común en hombres jóvenes, con alta mortalidad asociada. Compromete arteria femoral superficial en 26-37% de los casos, siendo la principal causa el arma de fuego (46%). Clínicamente cursa con signos de isquemia aguda y shock hipovolémico. Es suficiente la sospecha clínica para efectuar manejo quirúrgico de urgencia, con el objetivo primario de salvar la vida y en segundo lugar restablecer la circulación comprometida. El caso presentado corresponde a una lesión compleja por arma de fuego en arteria femoral, cuyo manejo representa un desafío dada la magnitud del daño y su contexto de presentación en la vía pública.

Palabras clave: Trauma vascular, Hematoma pulsátil, Herida por arma de fuego.

ISQUEMIA MESENTÉRICA ARTERIAL Y VENOSA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

VILLARROEL OYARZÚN G.¹, MONTECINOS NAREA S.¹, DIAZ LEGARRETA J.¹, SANHUEZA EHRENFELD R.¹, SANDOVAL SILVA G.², CAMPOS GUTIERREZ A.³.

1 Interno Medicina - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

2 Becado Cirugía General - Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

3 Cirujano Vascular Periférico, Profesor Asistente Universidad de Chile, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La isquemia mesentérica aguda (IMA) es un trastorno súbito de la circulación del intestino, con reducción o supresión del flujo que conduce a la hipoperfusión. Es una patología poco frecuente que suele afectar a adultos mayores. La sintomatología poco específica con el frecuente retraso diagnóstico, asociado a las comorbilidades del paciente mayor contribuyen a la elevada mortalidad de hasta un 60%. La etiología puede ser embolígena, trombogénica arterial o venosa o por vasoespasmo, y el manejo difiere dependiendo de la etiología. **Presentación del caso:** Mujer de 83 años, con antecedente de Fibrosis pulmonar, hipertensión arterial, dislipidemia, resistencia a la insulina y accidente cerebrovascular isquémico. Consultó por cuadro de un día de evolución de dolor abdominal difuso, intensidad EVA 8/10, asociado a deposiciones líquidas de aspecto melénico y vómitos alimentarios. Ingresó en regulares condiciones generales, con parámetros inflamatorios y lactato elevado. Imagen compatible con trombosis de vena mesentérica superior sin indicación quirúrgica. Se maneja en unidad de intensivo con volumen, antibioticoterapia (Ceftriaxona + Metronidazol) y anticoagulación. Control de imagen a los 3 días muestra oclusión de arteria mesentérica superior, con signos de isquemia intestinal, sin necrosis evidente. Se decide resolución quirúrgica, evidenciándose necrosis de 1 metro de yeyuno, sin perforación. Se realizó resección del segmento comprometido y anastomosis término-terminal manual. **Discusión y conclusiones:** La IMA es una emergencia vascular potencialmente fatal, con múltiples causas. La supervivencia a largo plazo es limitada debido a los riesgos y comorbilidades asociadas. La importancia de este caso radica en la baja frecuencia de la coexistencia de trombosis venosa y oclusión arterial, lo cual no fue evidente imagenológicamente desde un comienzo y que marcó de forma ominosa el pronóstico de la paciente.

Palabras clave: Isquemia mesentérica aguda, oclusión arteria mesentérica, trombosis venosa mesentérica.

LESIONES CUTÁNEAS, SITIO METASTÁSICO ATÍPICO DE CÁNCER PROSTÁTICO: REPORTE DE CASO

VILLENA HIDALGO J 1; WIENER DEUTSCH A 1; ROJAS ESPINOZA F 1; ROJAS CRESPO J 1; ALLIENDE PAGE C 2; MANDUJANO TORRES 3.

1 Internos séptimo año, Universidad de los andes, Santiago, Chile.

2 Residente primer año, Urología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

3 Urólogo, Hospital Militar, Santiago, Chile.

Introducción: El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte masculina en Chile, con una incidencia de 23 por 100 mil habitantes. Es de crecimiento lento y de buen pronóstico con una sobrevivencia de 98,5% a 5 años promedio entre 2005-2011 en EE.UU. La aparición de metástasis determina su pronóstico, siendo las más comunes óseas, pulmonares y hepáticas. Sin embargo, en la literatura se han registrado pocos casos en lugares inusuales. Se hará reporte de un adenocarcinoma prostático de piel. **Caso clínico:** Paciente masculino de 83 años consultó el año 2014 en el servicio de urología por síntomas del tracto urinario inferior agregándose hematuria macroscópica intermitente. Al examen físico destacó una próstata con nódulo de consistencia pétreo a izquierda con un antígeno prostático específico (APE) de 746 ng/ml y fosfatasa alcalinas (FA) de 312 U/L. El cintigrama óseo solicitado informó múltiples metástasis óseas, decidiéndose orquiectomía bilateral como tratamiento. El 2016 consulta en dermatología por lesiones múltiples solevantadas eritematosas en cara, cuello y dorso. La biopsia informa adenocarcinoma prostático. Se decidió radioterapia paliativa con buena respuesta inicial, sin embargo, con lesiones recidivantes hasta la fecha. **Discusión:** Las metástasis cutáneas son poco frecuentes. En 1589 autopsias de pacientes fallecidos por cáncer prostático, no informaron presencia en este lugar. Generalmente se manifiestan como pápulas o nódulos, solitarios o múltiples, desde asintomáticos a dolorosos y ulcerados; asociándose con mal pronóstico. A pesar de esto el paciente ha tenido una respuesta favorable con radioterapia para su manejo. **Conclusión:** El cáncer prostático es frecuente, generalmente de buen pronóstico, el cual cambia en presencia de metástasis. Dado su presentación en lugares atípicos, hay que considerarlos en pacientes con antecedente de cáncer prostático y aparición de lesiones cutáneas nuevas para iniciar terapia oportunamente.

Palabras Clave: Cáncer de próstata, Piel, Metástasis.

LINFOADENOPATÍAS: ENFERMEDAD ARAÑAZO DE GATO COEXISTENTE CON LINFOMA LINFOBLÁSTICO AGUDO

VILLALOBOS RUIZ I.1 ; SANTANDER CERÓN J.2

1. Interna de Medicina, Universidad de los Andes
2. Hematología- Oncología Pediátrica, Clínica Dávila

Introducción: Linfadenopatía es la anormalidad en número, consistencia y tamaño ganglionar, podría tener signos inflamatorios. Es frecuente en <5 años. La principal etiología es infecciosa. Sin embargo en presencia de signos de malignidad, la neoplasia alcanza prevalencia del 40%. Caso clínico: Escolar 6 años consulta en marzo por masa retroauricular derecha de crecimiento lento y sensible. Sin signos inflamatorios ni síntomas sistémicos. Refirió contacto con gatos. Estudiado con hemograma, perfil bioquímico, LDH, ferritina normales. Serología IgG Bartonella Henselae (+). Ecografía cervical: adenopatías cervicales bilaterales, inflamatorias, ganglio mayor 22 mm. Confirmado diagnóstico de enfermedad Arañazo de gato es tratado con azitromicina por 5 días. Ante persistencia clínica, recibe segundo curso del mismo antibiótico. Control ecográfico: progresión de adenopatías a cadenas occipitales y yugulares internas. Sin alteración del tejido subcutáneo. Derivado a hematología, se realizó adenograma: citología compatible con Linfoma linfoblástico agudo (LLA). 06 junio ingresa a Clínica Dávila para confirmación diagnóstica y etapificación. Examen físico destaca masa cervical derecha zona II-III- IV de 2x2 cm móvil, dura, indolora. Sin visceromegalia ni otras adenopatías. Citometría de flujo de médula ósea confirma diagnóstico de LLA estirpe B etapa IV. Estudio etapificación negativo y se inició tratamiento de citoreducción. Discusión: La etiología infecciosa corresponde hasta 60% de linfadenopatías. El diagnóstico de enfermedad Arañazo de gato se confirma con serología y según indicación manejo con antibioticoterapia. Sin embargo, ante la mala respuesta a tratamiento, persistencia mayor a 4 semanas y progresión se debe sospechar otras etiologías como neoplasias. La punción ganglionar no está recomendada porque es manipulador-dependiente y altera estructura ganglionar. Por eso, ante la sospecha se debe realizar una derivación precoz al especialista para el estudio oportuno. Conclusión: La causa neoplásica no es la más frecuente, pero en presencia de signos de malignidad, se debe sospechar. La derivación precoz cambia el pronóstico del paciente.

Palabras Clave: Linfadenopatía, Linfoma, Pediatría.

MALNUTRICIÓN INFANTIL: PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

BAVESTRELLO RETAMALES F 1; MUJICA COVARRUBIAS C 1; DING ZHOU Y 1; MONDACA VELÁSQUEZ T 1; NOVOA VERGARA P 2; SCHOEN K 3.

(1) Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello Viña del Mar

(2) Pediatra, Hospital San Martín de Quillota

(3) Gastroenteróloga Infantil, Hospital Gustavo Fricke

Introducción: La Enfermedad de Crohn (EC) afecta cualquier porción del tracto gastrointestinal y tejidos extraintestinales. Su incidencia infantil varía de 2.5 a 11.4 por 100.000, describiéndose un aumento en los últimos años. No se encontró datos sobre incidencia y prevalencia en Chile. Presentación del Caso: Paciente de 7 años, con talla baja y riesgo nutricional de meses de evolución, con dos meses de dolor abdominal difuso, vómitos intermitentes, diarrea mucosa y fiebre intermitente. Ingresa con diagnóstico de desnutrición crónica descompensada y sospecha de malabsorción. Tomografía computada (TAC) muestra engrosamiento parietal concéntrico de íleon distal. Test de coombs directo (+), anemia ferropriva y albuminemia 2.5 mg/dL, coproparasitológico con blastocystis hominis, se trata con metronidazol sin mejoría. Se descarta enfermedad celiaca por anticuerpos negativos. Evoluciona con artralgias y aftas bucales, se sospecha Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), se deriva para ileocolonoscopia que muestra íleon y colon con compromiso parchado, pérdida de vasculatura normal y pseudopólipos; biopsia compatible con EII. Se inició corticoides y dieta, posteriormente mesalazina con respuesta. Posterior al alta se decide iniciar azatioprina y suspender prednisona. Discusión y/o Conclusiones: La EC en edad pediátrica suele presentarse de formas moderadas a severas, progresión más rápida y mayor compromiso gastrointestinal. La clínica clásica es baja de peso, dolor abdominal, diarreas mucosanguinolentas, fiebre, anemia, desnutrición y manifestaciones extraintestinales. Se recomienda estudio con EDA e ileocolonoscopia con biopsia, e imagen de intestino delgado. El monitoreo y clasificación de severidad se realiza mediante el índice de actividad (IAECP). El tratamiento de inducción consta de nutrición enteral exclusiva, anticuerpos anti factor de necrosis tumoral alfa (TNF), aminosalicilatos, y antibióticos en fístulas perianales; la mantención se basa en azatioprina, metotrexate, anti-TNF.

Palabras Clave: enfermedad inflamatoria intestinal, malnutrición, enfermedad de Crohn

MANEJO QUIRÚRGICO DEL TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN. REPORTE DE UN CASO

AMÉSTICA POZO L 1; BRAVO SAN FRANCISCO C 1; ALLAR NOGALES K 1; READI VALLEJOS ALEJANDRO 2.

1 Internos de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago.

2 Médico Cirujano, Coloproctólogo, Clínica Indisa.

Introducción: El Tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) corresponden a una infrecuente presentación de infección por virus papiloma humano (VPH), tiene una prevalencia de un 0,1% del total de las verrugas genitales, suele ser más frecuente en pacientes inmunosuprimidos y hombres, se caracteriza por ser una lesión exofítica, de presentación principalmente en la región anogenital, alto riesgo de progresión a Carcinoma de células escamosas y altas tasas de recurrencia postquirúrgicas. Caso Clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino, VIH (+), quien consultó por aumento de volumen en la región perianal, asociado a proctalgia y proctorragia persistente. Se diagnostica TBL, se realiza estudio imagenológico con resonancia magnética y Colonoscopia que no mostraron compromiso de recto ni colon. En consecuencia, se decide realizar abordaje quirúrgico con escisión completa de la lesión y electrofulguración de las lesiones satélites. Discusión: La literatura reporta escasos casos sobre esta patología sin haber consenso sobre el manejo, es por esto que el presente trabajo tiene como objetivo reportar el manejo quirúrgico del TBL que no ha presentado recurrencia en los 6 meses posteriores a la intervención. Conclusión: Luego de la revisión de la literatura se concluye que a pesar de que no existe consenso respecto al manejo de elección, el abordaje quirúrgico del TBL es la mejor alternativa de tratamiento radical en tumores de gran tamaño con una tasa de éxito de hasta un 91%.

Palabras clave: Tumor de Buschke-Löwenstein, inmunosupresión, manejo quirúrgico.

MASTITIS GRANULOMATOSA: REPORTE DE UN CASO

PAREDES BERATTO H 1, BRUNA ÁLVAREZ S 1, RUIZ MATUS J 1, ULLOA BARROS D 1, TORO CABRERA L 2.

1 Interno de Medicina, Universidad de Chile.

2 Médico Internista, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La mastitis granulomatosa (MG) es un proceso inflamatorio crónico, que se manifiesta más frecuentemente como aumento de volumen mamario unilateral, con signos inflamatorios locales y en ocasiones retracción del pezón o piel ipsilateral, además rara vez presenta síntomas sistémicos. Es diagnóstico diferencial de patología mamaria maligna y procesos inflamatorios locales de la mama. Requiere, para su diagnóstico definitivo, biopsia del tejido comprometido. **Presentación del caso:** Mujer de 32 años, presentó cuadro de 5 meses de evolución de mastalgia izquierda con aumento de volumen local. Se estudió con mamografía, informada como BIRADS 0. Evolucionó con gonalgia bilateral y artralgias de articulaciones metacarpofalángicas, simétricas, asociado a xerostomía, úlceras orales y lesiones nodulares y eritematosas en extremidades inferiores (EEII). Al examen físico destacó aumento de volumen sensible en cuadrante ínfero-externo de mama izquierda, de 5 centímetros de diámetro, sin adenopatías. Además, presentó nódulos eritematosos de 4 milímetros de diámetro en EEII. Al laboratorio destacó parámetros inflamatorios elevados, ANA positivo 1/80 patrón moteado, Anti-Ro positivo, test de Schirmer alterado en ambos ojos. Resto del estudio inmunológico negativo, ELISA para virus de inmunodeficiencia humana y VDRL no reactivos, baciloscopia negativa. La Tomografía computada torácica objetivó nódulos pulmonares derechos de naturaleza indeterminada y adenopatías axilares izquierdas. Se realizó biopsia mamaria, destacando MG activa, tinción de Ziehl-Neelsen negativa, y biopsia de nódulo de extremidad inferior izquierda compatible con eritema nodoso. Se inició terapia corticoidal sistémica con buena respuesta. En controles posteriores se diagnosticó además Lupus Eritematoso Sistémico (LES). **Discusión:** La MG es un cuadro de etiología desconocida, generalmente idiopático, pero en ocasiones asociado a origen inmunológico y patología reumatológica. Debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial de la patología mamaria, sobre todo si está asociado a manifestaciones autoinmunes, dada la asociación mencionada con enfermedades como el LES. La buena respuesta a corticoterapia apoya la posible asociación.

Palabras clave: Corticosteroides, Enfermedad Granulomatosa Crónica, Mastitis.

MIELINOLISIS EXTRAPONTINA DE CUERPO CALLOSO EN PACIENTE CON DISNATREMIA Y SHOCK SÉPTICO. REPORTE DE CASO.

MELEJ VARELA N. 1, FUENTES FUENTES J. 1, MORALES ARÉVALO F. 1, POZO MÁRQUEZ I. 1, LOUREIRO CALDERA O. 2.

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.

2 Jefe de Servicio Neurología, Hospital San Juan de Dios.

Introducción: Dentro de las principales complicaciones de los trastornos de la osmolaridad plasmática destaca el síndrome de desmielinización osmótica (SDO), un cuadro clínico-radiológico que puede evolucionar con mielinolisis pontina (MP) y/o extrapontina (MEP), ambas asociadas a elevada mortalidad. **Presentación del caso:** Hombre de 52 años con diabetes mellitus tipo 2 y diabetes insípida central sin tratamiento, hospitalizado por resolución quirúrgica de pie diabético. Postoperatorio evoluciona desorientado y con secreción purulenta persistente por herida operatoria; y al noveno día con hipotensión, compromiso de conciencia hasta Glasgow 5 y reflejo plantar extensor derecho. Con parámetros inflamatorios al alza, cultivos de herida operatoria y hemocultivos negativos, y natremia hasta 179. Se efectúa manejo avanzado de vía aérea e ingreso a Cuidados Intensivos, con corrección de natremia tras 48 horas. Paciente persiste con compromiso de conciencia; resonancia magnética cerebral evidencia lesiones hiperintensas en secuencia T2 que restringen a la difusión en puente, cuerpo calloso y sustancia blanca periventricular. Evaluado por Neurología se sospecha MP asociada a MEP en contexto de disnatremia. Paciente evoluciona sin mejora en lo neurológico y con difícil manejo de hipernatremia, falleciendo a las 4 semanas. **Discusión:** La MP asociada a MEP suele ser la forma más frecuente, comprometiendo habitualmente núcleos basales y cerebelo, y siendo rara la afectación de cuerpo calloso, corteza o médula. Clínicamente puede cursar con compromiso de conciencia y/o focalidad neurológica que aparece tras 3-7 días del trastorno de la osmolaridad, y las lesiones se detectan mediante resonancia magnética cerebral. La presencia de MEP suele tener peor pronóstico respecto de MP aislada, con persistencia de las lesiones y síntomas. El caso presentado corresponde a una MP asociada a MEP con compromiso de sitios inhabituales en paciente grave con disnatremia, lo que recalca el enfoque en prevenir esta complicación en pacientes de riesgo.

Palabras clave: Síndrome de desmielinización osmótica, mielinolisis pontina, mielinolisis extrapontina.

MONONEUROPATÍA MÚLTIPLE COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE BROTE DE ARTRITIS REUMATOIDE: REPORTE DE CASO

LARA VERA, N.1, DELGADO VERA, M. 2, SOLARI CASTILLO, G.1, URZÚA SALAS, R.1, SÁNCHEZ GONZÁLEZ, C. 3

1 Interno/a de Medicina, Universidad de Chile.

2 Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile.

3 Médico-Cirujano en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Padre Orellana, Santiago.

INTRODUCCIÓN: La mononeuropatía múltiple (MM) es una neuropatía periférica (NP) que implica un daño aislado de al menos dos áreas nerviosas separadas. Frecuentemente subdiagnosticada, presenta criterios topográficos (asimétrica progresivo), temporales (asincrónica) y sintomáticos (sensitivos y motores). Es manifestación de múltiples enfermedades sistémicas, como mesenquimopatías. **CASO CLÍNICO:** Hombre de 65 años con antecedente de artritis reumatoide (AR) sin adherencia a tratamiento. Presenta 6 meses de evolución de parestesias de las cuatro extremidades, mayor en inferiores que evoluciona con debilidad mayor a derecha, derivando en problemas de marcha necesitando apoyo instrumental. Posteriormente presenta debilidad en ambas manos. Se decide hospitalizar para estudio y manejo. Destaca PCR 160 mg/L, anemia leve normocítica-normocrómica, trombocitosis, tomografía computada (TC) de tórax con pequeños nódulos pulmonares bilaterales, y TC de cerebro con lesión secuelar subagudo en corona radiada derecha, sin signos de transformación. Velocidad de conducción y electromiografía confirman MM, y perfil autoinmune da positivo para anti CCP y FR, sin otros autoanticuerpos positivos. Se decide inicio de terapia inmunosupresora, con mejoría parcial de déficit motor. Actualmente en manejo y seguimiento ambulatorio. **DISCUSIÓN:** Estudios transversales identifican neuropatías periféricas hasta en un 34% de los pacientes con AR. La MM corresponde a la manifestación más específica de una NP vasculítica. La importancia de su diagnóstico radica en sus posibilidades etiológicas relativamente restringidas, la necesidad de estudio invasivo y el inicio de tratamiento precoz que mejora el pronóstico.

Palabras clave: Mononeuropatías, artritis reumatoide, pronóstico.

MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL, PATOLOGÍA OPORTUNISTA DE MAL PRONÓSTICO Y SUS OPCIONES TERAPÉUTICAS

LORES LAZCANO G¹, CHÁVEZ COLLAO O¹, PEÑA PRADO J¹, VARGAS AMAR F¹, GONZÁLEZ RIQUELME F²

¹ Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe

² Médico del servicio de Medicina Interna, Hospital San Camilo, San Felipe

Mucormicosis es una patología fúngica invasora oportunista, de progresión rápida en inmunocomprometidos, causada por hongos de la clase Zygomycetes. Puede afectar distintos órganos, siendo más frecuente la afección rinocerebral (nariz- senos paranasales con progresión hacia órbita y cerebro), su mortalidad general es 85%. Presentación del caso: Mujer de 50 años, insulinoresistente, presentó cefalea insidiosa asociada a rinorrea mucopurulenta, sin mejoría al tratamiento antibiotico, y progresó con lesión necrótica en paladar duro. Fue derivada a centro de alta complejidad con sospecha de mucormicosis sinusal. Mediante resonancia magnética (RM) de cavidades paranasales y encéfalo se observó destrucción septal y paladar duro, sin compromiso del SNC. Fue traqueostomizada y se realizó biopsia que confirmó diagnóstico de mucormicosis, iniciando antibióticos y anfotericina B endovenosos. Tuvo tórpida evolución pese a tratamiento: al sexto día de tratamiento una tomografía computada (TC) mostró cerebritis, leptomeningitis, con lesiones frontales y parietales isquémicas; al mes evolucionó con sopor, hemiplejía izquierda, trastorno deglutorio severo y convulsiones tonicoclónicas. Al segundo mes angio-RM encefálica evidenció además compromiso orbitario bilateral y colección frontal, posteriormente evolucionó estable. Tras completar 12 semanas de Anfotericina B se decidió cambio a Posaconazol oral por 6 meses. Se realizó gastrostomía, estuvo en sala con rehabilitación integral y posterior evolución favorable. Egresó luego de cinco meses hospitalizada. Un año posterior al alta, en últimos controles presentó pronóstico favorable dado estabilidad del cuadro, manejo de supervisión estricta y buena adherencia a indicaciones médicas. Conclusión: este reporte pretende presentar una patología infrecuente en el medio local, cuyo nivel de sospecha y derivación rápida ante mala respuesta a tratamiento empírico inicial, permitieron instaurar precozmente tratamiento antifúngico adecuado, que pese a complicaciones esperables de la patología, al año de ocurrida esta, permite la sobrevivencia del paciente afectado. Además, se pretende reconocer opciones terapéuticas actuales frente a una patología de mal pronóstico.

Palabras Clave: Mucormicosis, Agentes antifúngicos, Anfotericina B.

NEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

VILLARROEL HENRÍQUEZ B. 1, SALAZAR MARTIN R. 1, CORNEJO LEIVA I. 1, GARNHAM PARRA R. 1, ESPINOZA BELMAR M. 2.

(1) Interno Universidad de Valparaíso. Valparaíso

(2) Médico Residente Servicio Pediatría, Hospital Gustavo Fricke. Universidad de Valparaíso, Valparaíso

Introducción: La Bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincicial (VRS) es un cuadro común durante la lactancia, y no está exenta de complicaciones. Una de ellas corresponde a la salida de aire desde el parénquima pulmonar hacia la cavidad torácica, dando origen a diferentes manifestaciones explicadas por atrapamiento aéreo en lugares inapropiados. Caso clínico: Paciente de 2 años, sin mórbidos. Consulta por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por coriza, tos productiva y fiebre hasta 39°C. Al examen físico destaca quejumbroso, taquipneico, con retracción subcostal. A la palpación enfisema supraclavicular izquierdo. A la auscultación crépitos finos bibasales. En exámenes destaca leucocitos de 14.400, PCR 193 mg/L, sin otra alteración. En radiografía de tórax destacan infiltrados algodonosos multifocales sumado a neumomediastino y enfisema supraclavicular. Se realiza Tomografía Computada Tórax que informa neumopatía aguda multifocal inespecífica asociado a extenso neumomediastino con extensión supraclavicular y cervical. Se inició administración de oxígeno, cefotaxima y se hospitaliza. Se solicita estudio etiológico con PCR positiva para VRS. Paciente evoluciona posteriormente en condiciones favorables. Se da de alta al completar plan de antibiótico y estar sin requerimientos de oxígeno. Discusión: El Neumomediastino se define como la presencia de aire en la cavidad mediastínica. La infección por VRS corresponde a una causa poco frecuente de esta entidad, a diferencia de otros virus. El diagnóstico se basa en el examen físico, con especial énfasis en el examen pulmonar y la palpación de enfisema subcútaneo. El signo de Hamman consiste en un crujido subesternal sincrónico con el ritmo cardiaco, patognomónico de esta entidad. La sospecha se confirma con radiografía de tórax o scanner. El tratamiento consiste en soporte. En algunos casos sin apremio ventilatorio, puede indicarse control ambulatorio tras observación. En otros, debido a su gravedad, puede ser necesario el ingreso en unidades de cuidados invasivos para soporte ventilatorio y hemodinámico.

Palabras clave: Bronquiolitis, Neumomediastino, virus respiratorio sincicial.

NEUMONÍA ORGANIZANTE COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR INFLUENZA AH1N1

MANDUJANO MUÑOZ A 1, RIVEROS LILLO J 1, MORALES GONZALEZ G 1, BELLO ROCA J 2, RETAMAL MONTES J 3,4

1. Interno de séptimo año de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Interno de séptimo año de medicina, Universidad Finis Terrae
3. Jaime Retamal Montes-Profesor adjunto, Pontificia Universidad Católica de Chile
4. Intensivista, Hospital Clínico Universidad Católica

Introducción. Neumonía organizante (OP) es una enfermedad pulmonar intersticial difusa autoinmune, que afecta las vías respiratorias inferiores. Presenta patrones imagenológicos como opacificaciones tipo “vidrio esmerilado” y nodulares, consolidación peribroncovascular y subpleural, entre otras. Dentro del diagnóstico diferencial se encuentran hemorragia alveolar, vasculitis, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), entre otros. A continuación, se presentará un caso que ingresó al Hospital UC-Christus por SDRA secundario a influenza AH1N1 y evolucionó hacia una OP. Caso Clínico Mujer de 48 años, obesa. Acude a consultorio por una semana de mialgias, compromiso del estado general, sensación febril y tos con expectoración mucopurulenta. Se indica manejo sintomático. Dado empeoramiento reconsulta, ingresa saturando 77%, taquipneica, con mala mecánica ventilatoria. Radiografía de tórax: opacidades parenquimatosas y relleno alveolar bilateral. Tomografía axial computada (TAC) de tórax: extensos focos de condensación y opacidades, densidad en vidrio esmerilado, distribución difusa. Panel respiratorio positivo para influenza AH 1 N 1 , parámetros inflamatorios elevados, cultivos negativos. Inicia ventilación mecánica invasiva (VMI), tratamiento antibiótico asociado y antiviral. Evoluciona favorablemente, disminuyendo requerimientos de soporte, se inicia weaning. Sin embargo, en el día 7 presenta reagudización inflamatoria. Se escala esquema antibiótico. TAC de tórax control: múltiples focos de condensación subpleurales y peribroncovasculares, opacidades tipo vidrio esmerilado, distribución difusa. Dado imagen de control se sospecha OP y se inician corticoides en esquema acotado, con buena respuesta. Logra consolidar weaning a los pocos días de inicio de terapia. Dado evolución favorable, no se confirma el diagnóstico con biopsia. Discusión. Es importante considerar OP como diagnóstico diferencial en pacientes con SDRA de Influenza AH 1 N 1 que evolucionan de manera estacionaria o tórpida y que presentan un patrón radiológico sugerente. Existen casos reportados similares, que han respondido bien a terapia corticoidal. En conclusión, esta entidad debe ser sospechada de manera oportuna para iniciar el tratamiento correspondiente.

Palabras clave: virus influenza A, neumonía organizada criptogénica.

NEUMONIA POR VIRUS VARICELA ZOSTER EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE, PRESENTACION DE UN CASO.

LAGOS CARCAMO M. 1 , LEAL SALINAS C. 1 OLIVA PERALTA P. 2 , HERMOSILLA CATALAN N. 2 , PINOCHET FERNANDEZ V. 3

1. Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
3. Residente de Neumología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

INTRODUCCION: La Neumonía Varicelosa (NV) es la complicación más frecuente en adultos con Varicela, con una incidencia de 1 en 400 casos y una mortalidad de hasta 30%. Factores de riesgo para NV son el sexo masculino, tabaquismo, inmunosupresión y embarazo. Clínicamente se caracteriza por tos seca, taquipnea, disnea, fiebre e infrecuentemente, hemoptisis. La insuficiencia respiratoria grave es una presentación frecuente e implica mayor mortalidad. En la radiografía de tórax presenta un infiltrado intersticial bilateral. Una terapia precoz con aciclovir endovenoso mejora el pronóstico. **PRESENTACION DEL CASO:** Paciente masculino de 40 años, fumador, consultó en urgencias por cuadro de tos con expectoración hemoptoica, disnea, fiebre y exantema de 3 días de evolución. Examen físico sin apremio respiratorio, con exantema vesicular en piel y cuero cabelludo, en distintos estados evolutivos, compromiso de mucosa oral y crépitos bilaterales. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral. Exámenes de ingreso con aumento de parámetros inflamatorios. Se indica hospitalización, aislamiento respiratorio y de contacto. Sin criterios de unidad de paciente crítico. Se indica aciclovir 10mg/kg cada 8 horas endovenoso y serología para Virus de Inmunodeficiencia Humana que resulta negativo. Se confirma diagnóstico mediante Reacción en cadena de polimerasa positivo para Virus Varicela Zoster en lesión vesicular. Tomografía Axial Computarizada de tórax con múltiples nódulos pulmonares y vidrio esmerilado bilateral. Tras 7 días de tratamiento, involución del exantema y buena evolución clínica, se indica alta. **DISCUSION:** El caso expuesto muestra un cuadro infrecuente como la NV, en un paciente con factores de riesgo ampliamente descritos en la literatura. Es importante sospechar esta entidad en pacientes con varicela y síntomas respiratorios o factores de riesgo, ya que, el diagnóstico e inicio precoz de la terapia mejora el pronóstico del cuadro, al igual que el manejo en unidades de mayor complejidad, en casos de insuficiencia respiratoria grave.

Palabras Clave: Varicela, neumonía viral, neumonía.

NEUMOTÓRAX CATAMENIAL: REPORTE DE UN CASO

GUTIÉRREZ BASTÍAS M 1, FUENTES FLORES J 2, MARCHANT ASTUDILLO R 2, FERNANDEZ PUIGPINOS C.3.

(1) Interna de medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

(2) Interna(o) de medicina, Universidad de Chile, Santiago.

(3) Médico residente, SUC la Granja, Santiago.

INTRODUCCIÓN: El neumotórax (NT) catamenial es una enfermedad que afecta a mujeres jóvenes que padecen endometriosis, cuya incidencia fluctúa entre el 2.8 y el 5.6%. Se clasifica como NT espontáneo primario por la ausencia de compromiso parenquimatoso y tiene indicación quirúrgica. **PRESENTACION DEL CASO:** Paciente femenino de 25 años, con antecedentes de NT espontáneo a repetición, apicectomía derecha y endometriosis. Consultó en servicio de urgencia por cuadro de disnea súbita y dolor en hemitórax derecho concomitante con ciclo menstrual, sin antecedentes de trauma. Al examen físico se evidenció disminución del murmullo pulmonar del hemitórax derecho, sin compromiso hemodinámico. TAC de tórax resultó compatible con NT derecho. Dado antecedente, se decidió hospitalizar para manejo con oxigenoterapia y control seriado con imágenes. Paciente evolucionó en buenas condiciones generales, con disminución de los requerimientos de oxígeno y reexpansión progresiva del tórax, por lo cual se descartó resolución quirúrgica y se dio de alta. En control ambulatorio, radiografía evidenció reexpansión pulmonar completa. **DISCUSIÓN:** El NT catamenial es una manifestación de una enfermedad mayor llamada endometriosis. Tiene una baja incidencia y se caracteriza por NT espontáneo que afecta con mayor frecuencia al hemitórax derecho dentro de los tres días previos o posteriores al inicio del ciclo menstrual. Si bien tiene indicación quirúrgica, idealmente por videotoracoscopía, es necesario mantener control hormonal para evitar futuros implantes extrauterinos de tejido endometrial. Es necesario considerar el NT catamenial como etiología de NT espontáneo recurrente en mujeres en edad fértil.

Palabras clave: Neumotórax, catamenial, endometriosis.

NEUROMIELITIS ÓPTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VILLANUEVA AGUAYO, P. 1; LARA CRETTON, B. 1; VARGAS SALAS, C. 2; LEGUÍA VALENZUELA, C 1; SALAZAR CARRILLO, M .3.

1 Interno/a de Medicina, Universidad de Chile.

2 Interna de Medicina, Universidad Finis Terrae.

3 Médico Neurólogo, Hospital San Juan de Dios, Santiago.

INTRODUCCIÓN. El espectro de enfermedades de la neuromielitis óptica (NMOSD) son un grupo de patologías desmielinizantes del sistema nervioso central, infrecuentes, autoinmunes, inflamatorias, que se presentan en brotes recurrentes. Clásicamente se consideró una variante de esclerosis múltiple (EM). Hoy se cree un ente distinto, caracterizado por el anticuerpo anti-acuaporina-4 (AQP-4). Con presentación clínica similar, el diagnóstico diferencial resulta complejo sin estudio serológico, orientando: la edad, la menor frecuencia de NMOSD versus EM, el síndrome clínico: mielitis transversa longitudinalmente extensa (MTLE) y el síndrome del área postrema (SAP) en NMOSD; así como la respuesta al tratamiento y el pronóstico, peor en NMOSD. Para ilustrar las diferencias, se presenta este caso, cronológicamente. **PRESENTACIÓN CASO** En 2015, DSZ, mujer de 53 años sin antecedentes conocidos, sufre brote de neuritis óptica (NO) izquierda, quedando con amaurosis secuelar. El 2016 y 2017, rebrota con NO derecha, diagnosticándose EM y tratándose con metilprednisolona con recuperación parcial. Queda en controles en policlínico neurología hospital San Juan de Dios, iniciando tratamiento crónico con Copaxone. Resonancia magnética de columna total (2017) informa MLTE, con 3 niveles afectados. El 2018 nuevo brote de NO derecha aun cuando tenía buena adherencia a Copaxone. Mala recuperación funcional posterior. Dado subóptima respuesta a tratamiento de mantención, y presentación clínica-radiológica no categóricas de EM, se realiza estudio de AQP-4, resultando positivo, verificándose NMOSD. Último brote el 2019 caracterizado por vómitos incoercibles, cefalea y hemiplejía hemicuerpo derecho, sospechándose SAP, confirmado radiológicamente. Responde a corticoides, pero persiste con focalidades descritas, siendo no autovalente. Actualmente en espera de inicio Rituximab. **CONCLUSIÓN** Se presenta caso de NMSOD con respuesta típicamente desfavorable a tratamiento de EM, con múltiples brotes, y paupérrimo resultado funcional. Se destaca la importancia de considerar NMOSD como diagnóstico diferencial, ante EM con agresiva progresión, clínica atípica e imágenes no categóricas, para aminorar el impacto funcional.

Palabras clave: esclerosis múltiple – neuromielitis óptica - Aquaporina 4

NEUROSÍFILIS MENINGOVASCULAR: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

MORENO ROCO J¹, LARA VERA N¹, SOLARI CASTILLO G¹, URZÚA SALAS R¹, SÁNCHEZ GONZÁLEZ C².

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

¹Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Omar Orellana, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN. La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Su tratamiento oportuno permite disminuir las complicaciones asociadas a su evolución. Puede comprometer en cualquier etapa al sistema nervioso central (SNC) – neurosífilis –, siendo las variantes vasculares y meníngeas las más comunes. **CASO CLÍNICO.** Paciente femenina de 31 años, inmunocompetente y sin factores de riesgo cardiovascular, consultó al servicio de urgencias por cuadro de tres semanas de evolución de hemiparesia derecha con recuperación adintegram entre episodios. Al ingreso, hipertensa, euglicémica, con pequeña paresia en miembros superior e inferior derechos, sin otros hallazgos. Se realiza resonancia magnética (RM) mostrando múltiples infartos subagudos hemisféricos bilaterales de predominio en territorio temporal izquierdo junto a secuelas de infartos antiguos frontales izquierdos. La punción lumbar mostró leucocitos 220 (linfocitos 96%), glucosa 39, proteínas 58, hematíes (-), filmarray meníngeo (-), índice IgG LCR 15.9mg/dL, cultivos (-), BOC (+). Inicialmente se sospechó vasculitis del SNC, por lo que se hospitaliza y se indica un bolo de metilprednisolona. Dentro del estudio etiológico destaca RPR 1/64 y FTA-ABs positivo en suero, con VDRL en LCE (+), iniciándose penicilina sódica endovenosa asociada a pulsos de corticoides por sospecha de neurosífilis meningovascular. Estudio de fuente embólica sin alteraciones. Se completan 2 semanas de tratamiento con penicilina sódica endovenosa asociado a dos dosis de penicilina benzatina intramuscular y corticoides orales en disminución, con buena evolución clínica. Neuroimagen de control sin nuevas lesiones. Se da de alta con prevención secundaria para eventos isquémicos y seguimiento serológico. **CONCLUSIÓN.** La sífilis es una ITS con compromiso sistémico y presentación clínica heterogénea. En este caso se muestra esta infección como causante de ataques cerebrovasculares (ACV), la cual debe ser sospechada especialmente en pacientes jóvenes, ACV criptogénicos y sin factores de riesgo asociados. Su manejo de primera línea aún lo constituye la penicilina sódica.

Palabras clave: sífilis meningovascular, accidente isquémico, neurosífilis

PERITONITIS MECONIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

DÍAZ ECHEVERRÍA C . 1, VON MARÉES MONTECINOS L. 1, REYES HINRICHSEN D. 1, DANIONI HENRIQUEZ.1 F. 1, HERNÁNDEZ BELLOLIO O. 2

1.Interna de Medicina 7mo año, Universidad de Chile.

2.Becada de Ginecología y Obstetricia 3er año, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

Introducción. La peritonitis meconial (PM) es una inflamación aséptica del peritoneo y vísceras intestinales secundario a una perforación intestinal en el periodo prenatal. Puede ser secundaria a un mecanismo isquémico primario o a obstrucción intestinal por diversas causas: íleo meconial, atresia intestinal, estenosis intestinal, vólvulo intestinal, invaginación intestinal o enfermedad de Hirschprung. El diagnóstico de la PM puede sospecharse en la ecografía obstétrica, lo que aumenta la sobrevida del paciente. La evolución natural de la enfermedad puede ser la resolución espontánea, o bien, necesitar de reparación quirúrgica temprana por riesgo de sepsis neonatal. **Caso clínico.** Paciente de 31 años, multípara de 1, con antecedente de recién nacido (RN) anterior con gastrosquisis. Cursando embarazo de 23 semanas, con adecuado control prenatal. En la ecografía de las 22-24 semanas destacó una imagen de dilatación intestinal. Ecografía 36 semanas: asas intestinales dilatadas, contorno hiperecogénico de estómago e intestino sugerente de adherencias, resto de anatomía normal. Se interpretó como obstrucción intestinal sugerente de síndrome adherencial secundario a PM. En las ecografías de control no se observó aumento de dilatación de asas. Se decidió interrumpir a las 39 semanas en coordinación con neonatología para disponer de cirugía infantil. Se realizó inducción exitosa, resultando RN femenino 3880 gramos, APGAR 9-10. Se indicó hospitalización en neonatología con manejo expectante, a espera de reinicio de tránsito intestinal. Logrando deposiciones espontáneas sin necesidad de resolución quirúrgica. **Discusión.** Pese a ser una condición inhabitual, el diagnóstico prenatal de PM, disminuye la morbimortalidad de los pacientes. Se debe priorizar el manejo expectante en el periodo neonatal en un centro terciario con disponibilidad de cirujano infantil. Ni la inducción del parto precoz ni la cirugía inmediata de rutina están recomendadas, ya que un porcentaje importante va a presentar cicatrización in útero con resolución espontánea.

Palabras clave: meconio, peritonitis, perforación intestinal.

PSEUDOHIPOALDOSTERONISMO TIPO 1: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

OLGUÍN SEPÚLVEDA P.(1), SALDAÑA CABELLO J.M.(1), ZEPEDA VARGAS J.(1), SÁNCHEZ PIZARRO L.(1), RIVERA ALCALDE D.(2), BOFILL CHAVEZ L.(3)

(1)Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

(2) Servicio de Pediatría, Hospital Gustavo Fricke,

(3)Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Hospital Gustavo Fricke.

INTRODUCCIÓN. El pseudohipoaldosteronismo se define como un grupo de enfermedades caracterizadas por hiponatremia e hiperkalemia atribuidos a resistencia a la acción de aldosterona. El pseudohipoaldosteronismo tipo 1 (PHA1) es un síndrome perdedor de sal con dos formas principales: una autosómica dominante (renal) causada por una mutación del receptor de mineralocorticoides (RMC), y otra autosómica recesiva (sistémica) causada por mutaciones en alguna subunidad del canal epitelial de sodio (ENaC) del túbulo colector. **PRESENTACIÓN DEL CASO.** Recién nacida de término de 6 días de vida, género femenino, sin otros antecedentes. Por escasa ganancia ponderal se pesquisa hiponatremia 129 mEq/L asociada a hiperkalemia 6,4 mEq/L, con hipercloremia y deshidratación moderada. Se realiza hidratación endovenosa y suplementación de sodio para reponer natremia con escasa respuesta. Evoluciona con hiperkalemia persistente de difícil manejo, velocidad de filtración glomerular normal y poliuria asociada a natriuresis. Ecografía renal normal y Gradiente Transtubular de Potasio >5 (normal para la edad). Se plantea síndrome perdedor de sal, descartándose hiperplasia suprarrenal congénita dado 17-OH-progesterona normal. En este contexto, se estudia eje Renina-Angiotensina-Aldosterona (RAA), constatando renina cuantitativa en 4.7 pg/mL (normal) y aldosterona plasmática muy elevada (40.8ng/ml) (p97=20 ng/mL), Dado clínica de hipoaldosteronismo, apoyado con estudio del eje, se configura diagnóstico de PHA1, iniciando manejo con resinas de intercambio iónico 1 gr/Kg, ingesta de sodio y fludrocortisona en altas dosis. Posterior a estabilización y logrando kalemia de 5 mEq/L es dada de alta solicitándose estudio genético de forma ambulatoria para mutaciones específicas de MCR y ENaC. **CONCLUSIÓN.** El PHA1 es un trastorno genético infrecuente, siendo un desafío diagnóstico para el clínico. Su abordaje implica un estudio acucioso del eje RAA y manejo de diagnósticos diferenciales más frecuentemente relacionados. El inicio oportuno del tratamiento disminuye la morbimortalidad en estos pacientes cuya edad de presentación suele ser temprana y sus consecuencias devastadoras.

Palabras claves: Pseudohipoaldosteronismo Tipo 1, Hiperkalemia, canales epiteliales de sodio

REPORTE DE UN CASO: TOXOPLASMOSIS CEREBRAL COMO DEBUT DE INFECCIÓN POR VIH

GONZALEZ HINOJOSA R (1), SANFUENTES DIEZ B (2), DAUVERGNE OGAZ J (1), TAPIA CHAVEZ L (1), EHRMANTRAUT BONILLA M (1)

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

(2) Becado Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción. En pacientes infectados con VIH que debutan con síntomas neurológicos existe una gran variedad de diagnósticos diferenciales (DD), siendo la toxoplasmosis cerebral (TC) el más frecuente. Por lo que es fundamental saber reconocer este cuadro clínico, realizar el diagnóstico y manejo inicial. **Caso clínico.** Hombre, 31 años, sin antecedentes. Consulta en urgencias por cuadro de 1 día de paresia e hipoestesia progresiva de extremidad inferior izquierda (EII), fiebre hasta 40°C y cefalea. Al interrogatorio refiere baja de peso de 10 kg en 3 meses y conductas sexuales de riesgo. Ingresó desorientado, febril y taquicárdico. Al examen físico destaca EII con hipotonía, hipoestesia, paresia M3, reflejos rotuliano y aquiliano disminuido, sin signos meníngeos. Laboratorio de ingreso hemograma y PCR en rango normal. Dado sospecha elevada se solicita ELISA VIH que resulta positivo y recuento de linfocitos CD4: 15 células. TAC de cerebro evidenció lesión en región capsular posterior derecha. Se realizó punción lumbar, destacando 80 células predominio mononuclear y PCR para *Toxoplasma Gondii* positivo. Paciente tratado con sulfadiazina más pirimetamina por 6 semanas, con buena respuesta clínica. La TARV se inició una vez resuelta la inflamación neurológica. **Discusión.** El DD de paciente VIH con patología de SNC debe incluir TC, linfoma primario, infección por micobacterias, criptococosis, Epstein-Barr, virus JC, absceso cerebral y leucoencefalopatía multifocal. El diagnóstico presuntivo de TC se puede realizar, con 90% de sensibilidad, ante VIH+, conteo CD4 <100 C/MicroL sin profilaxis, clínica compatible, IgG positiva para *Toxoplasma gondii* e imagen compatible. La PCR en líquido cefalorraquídeo tiene alta especificidad 96-100%, pero variable sensibilidad 50-98%, por lo que una PCR positiva confirma diagnóstico, pero negativa no lo descarta. **Conclusión.** En pacientes con síntomas neurológicos y confirmación de VIH, es fundamental plantear un DD acorde, sabiendo que la enfermedad más prevalente será toxoplasmosis cerebral en pacientes con CD4 < 100 cel/microlitro.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, *Toxoplasma*, Toxoplasmosis Cerebral

SARCOMA DE EWING DE CUELLO UTERINO, REPORTE DE CASO.

ALTAMIRANO ULLOA G. 1, HENRÍQUEZ WINSER P. 1. SIEBALD CODJAMBASSIS E. 2

1. Interna medicina Universidad San Sebastián, Sede Puerto Montt. Hospital de Puerto Montt.

2. Médico Ginecólogo-Oncólogo, Unidad Obstetricia y Ginecología Hospital de Puerto Montt

Introducción: El sarcoma de Ewing (SE) y tumor neuroectodérmico periférico corresponden a la misma entidad, englobando grados variables de diferenciación neuroectodérmica. Corresponde al segundo tumor óseo primario maligno más frecuente entre los 5-25 años, pero su localización extraósea es muy poco habitual. En el tracto genital femenino el sitio más frecuente corresponde a ovario seguido de cuerpo uterino. Presentación de caso: Paciente 18 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por 5 días de genitorragia, examen ginecológico sin hallazgos patológicos, Papanicolau muestra inadecuada hemorrágica. Se realiza biopsia legrado uterino que informa neoplasia maligna de células redondas y azules. Se complementa estudio con inmunohistoquímica (CD99 positivo, CD3 y CD20 negativos) compatible con sarcoma de alto grado y estudio genético confirmatorio SE con translocación 11;22. Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis muestra masa redondeada con realce heterogéneo en cérvix interno, que invade parcialmente cuerpo. Dado imposibilidad de quimioterapia por dificultades administrativas, se realiza histerectomía total con citológico de líquido peritoneal negativo para células neoplásicas. Biopsia diferida informa cáncer de cérvix infiltrante y ulcerado, neoplasia maligna Grado 3 de células redondas y pequeñas, de 3,2x2,5 centímetros con necrosis y hemorragia, sin permeación vascular ni linfática, correspondiente a SE estadio IB2. Se realizan cuatro ciclos de quimioterapia adyuvante Vincristina-Doxorubicina- Ciclofosfamida alternados con tres ciclos Ifosfamida-Etopósido. Desde entonces la paciente se mantuvo en policlínico ginecología-oncológica en seguimiento clínico asintomática e imagenológico sin evidencia de enfermedad. Discusión: La familia de tumores de Ewing son de presentación poco frecuente a nivel del tracto genital femenino, siendo la genitorragia el síntoma más frecuente en afectación de cérvix. La presencia de células redondas y azules en histología se encuentra también en gran variedad de neoplasias malignas por lo que la inmunohistoquímica y el estudio genético molecular tienen rol crucial. Además, requiere estudio imagenológico para estadificación y valorar respuesta a terapia.

Palabras clave: Sarcoma de Ewing, neoplasia cérvico-uterinas.

SEPSIS NEONATAL TARDIA: COLESTEATOMA CONGENITO COMO CAUSA DE OTITIS MEDIA AGUDA.

ARANCIBIA ESPINOZA H. 1, ROJAS CABRERA D. 1, AGUILERA ROJAS C. 1, BRONZIC PAREDES V. 2, PAVÉZ JIMENEZ L. 2.

(1) Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo

(2) Servicio de Pediatría, Hospital San Pablo, Coquimbo

Introducción: La sepsis neonatal tardía se adquiere del entorno, generalmente en neonatos prematuros, hospitalizados prolongadamente usuarios de catéteres intravenosos. Extraordinariamente se manifiesta por otitis media aguda (OMA) siendo aun más particular que su causa sea el colesteatoma congénito. Presentación del caso: Neonato femenino, 40 semanas adecuado edad gestacional, embarazo controlado, diabetes gestacional e infección tracto urinario del 1° trimestre, nacida por cesárea, APGAR 9/10, inmunizada con BCG, egresada al 2 do día. Con 10 días de edad presenta fiebre (38,5 °C), irritabilidad, inapetencia y leve desviación de la comisura labial derecha. Hemograma, PCR, orina completa y punción lumbar normales. Ingresa por sepsis neonatal tardía. Inició antibioticoterapia empírica con ampicilina - ceftriaxona. Cultivos LCR, hemocultivo y urocultivo negativos. Secreción purulenta de oído derecho, se cultivó y cambió esquema para sistema nervioso central. TC encefálico con contraste, ocupación de caja timpánica y mastoides por tejido con densidad de partes blandas de aspecto congénito. Diagnostico, OMA posible colesteatoma congénito. Cultivo secreción oído positivo staphylococcus epidermidis, inició ciprofloxacino–dexametaxona otico. Timpanoplastia funcional, abordaje retroauricular y colgajo timpánicomeatal, sin colesteatoma en ático, se toma biopsia de piel e inclusiones grasas. Se instala tubo T en cuadrante inferior. 7° día Postquirúrgico, se realiza aspirado, CAE edematoso y mejoría de parálisis facial. Completa 14 días antibióticos. Con mejoría otorrinolaringológica dada de alta sin antibioticoterapia. Controles al 1er y 2do mes postquirúrgico sin complicaciones otorrinolaringológica ni neurológicas. Biopsia: Proceso inflamatorio granulomatoso, material corneo (colesteatoma). Madre de paciente consciente del problema de salud autoriza publicar con fin académico. Discusión: A pesar de existir reportes de colesteatomas congénitos, son raros, más aun, si se asocian a OMA y sepsis neonatal tardía. El colesteatoma es una afección principalmente de procesos crónicos. Su tratamiento oportuno reduce la incidencia de complicaciones otorrinolaringológicas y neurológicas. Por tanto su resolución quirúrgica es la terapia indicada.

Palabras claves: Sepsis Neonatal Tardía, Otitis Media Aguda, Colesteatoma congénito.

SINDROME DE BUD CHIARI: A PROPÓSITO DE UN CASO

SOTO VICENCIO J.¹, QUIROZ ARAYA L.¹, ARRUE CORNEJO C.¹, MUÑOZ QUIÑONES S.¹, BRIONES VALDIVIESO F.²

1 Interno medicina 7mo año universidad de Chile

2 Becado de Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital clínico San Borja Arriarán

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari (SBC) es una entidad de baja prevalencia provocada por una obstrucción del flujo venoso desde las pequeñas venas hepáticas hasta la porción suprahepática de la vena cava inferior (VCI). Se clasifica en primario o secundario, según la lesión tenga una etiología intra luminal o extraluminal respectivamente. Abarcando una gran variedad de cuadros clínicos se presenta un caso clínico donde a raíz de síntomas inespecíficos y elevación de pruebas hepáticas en una consulta precoz, donde gracias a una alta sospecha se realizó un diagnóstico y tratamiento oportuno. Caso Clínico: Paciente sin antecedentes médicos consulta por cuadro de 3 meses de dolor abdominal sordo asociado a baja de peso de 12 Kg (20% de peso basal) y sensación febril no cuantificada. Al ingreso destaca anemia leve, elevación de parámetros inflamatorios, alteración leve de transaminasas sin hiperbilirrubinemia y prolongación de INR hasta 1,9. Se decide realizar Tomografía computada que informa hallazgos compatibles con SBC tipo 1 en fase aguda (contenido hipodenso endoluminal en VCI con ausencia de impregnación de contraste en las venas supra hepáticas, en concomitancia con ligera hipertrofia del núcleo caudado). Debido a ello se inicia tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y recanalización farmacológica, obteniéndose flujo sub óptimo. Se opta por instalación de stents en VCI distal a confluencia de vena hepática izquierda obteniendo flujo adecuado a la cavografía. Evoluciona con perfil hepático y parámetros inflamatorios a la baja, se realiza traslape a terapia anticoagulante con buena respuesta. Conclusión: Se plantea la necesidad de un alto índice de sospecha para el diagnóstico de SBC. A pesar de ser una patología de baja incidencia, un diagnóstico oportuno, el acceso a exámenes complementarios y el tratamiento adecuado marca la diferencia a la hora de hablar de pronóstico en estos pacientes.

Palabras Claves: Síndrome de Budd-Chiari, Dolor Abdominal, Trombosis

SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA

INOSTROZA MUÑOZ C. 1; ORTEGA FUENZALIDA J. 2; HENRÍQUEZ TORRES D. 1; MÉNDEZ VALDÉS A. 1, AYALA RAMÍREZ C. 3

1 Internos vii año medicina. Universidad de Chile.

2 Médico cirujano en Etapa de destino y formación. Cesfam de Llay Llay, Servicio de salud Aconcagua.

3 Residente de Cirugía. Hospital del Salvador. Universidad de Chile.

Introducción: En el síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) ocurre una compresión de la tercera porción del duodeno entre la aorta y la arteria mesentérica superior y suele manifestarse como una obstrucción intestinal (OI) alta. La principal causa es la baja de peso que se relaciona con la disminución del tejido adiposo de la almohadilla mesentérica, pero esta es también su principal manifestación. El objetivo del tratamiento es asegurar un adecuado soporte nutricional. Se presenta el caso de un paciente con SAMS de larga data que de forma aguda se manifiesta como un cuadro de OI alta. Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 80 años sin antecedentes, consulta por cuadro de 5 días de evolución de dolor abdominal difuso asociado a vómitos biliosos y ausencia de deposiciones. Refiere baja de peso de 20 kilos en los últimos 6 meses. Al examen físico destaca enflaquecido con abdomen distendido sensible a la palpación. Exámenes de laboratorio destaca hipokalemia 2,9, albúmina 2,8 y proteínas totales 6,8. Escáner de abdomen y pelvis destaca gran dilatación del estómago y de la 1° y 2° porción del duodeno asociado a un cambio de calibre en relación al cruce vascular sugerentes de SAMS. Se instala sonda nasogástrica descompresiva, sonda nasoyeyunal para inicio de nutrición enteral y se corrigen alteraciones hidroelectrolíticas. Se realiza radiografía de esófago-estómago- duodeno en donde se evidencia paso de medio de contraste distal a la tercera porción del duodeno. Se reinicia alimentación por vía oral con buena respuesta. Es dado de alta sin necesidad de intervención quirúrgica. Conclusiones: El SAMS es una causa poco frecuente de OI alta, pero su instalación progresiva produce grandes alteraciones hidroelectrolíticas y nutricionales que marcan el pronóstico. El tratamiento médico es de elección. La cirugía se reserva para casos refractarios. La duodenoyeyunostomía es la intervención de elección.

Palabras Claves: Desnutrición, Duodeno, Obstrucción intestinal.

SÍNDROME DE MILLER FISHER, UNA VARIANTE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN – BARRÉ

MELLA LUKÁCS M. 1; ESTRUCH FERMA A. 1; GOMÀ PUMARINO I. 1; JENSEN HERESI A. 1; AGUAYO ROMERO J 2.

(1) Interno de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago.

(2) Médico cirujano, Hospital Padre Hurtado, Santiago.

Introducción. El síndrome de Miller Fisher (SMF) una variante que representa entre un 2 y 5% de los casos de síndrome de Guillain Barré (SGB). Se caracteriza por la tríada clásica de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. En general ocurre posterior a un cuadro infeccioso respiratorio o gástrico. **Caso.** Mujer de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, hipotiroidismo y artritis reumatoidea, con historia previa de 3 semanas de evolución de una infección respiratoria (bronquitis aguda). Consulta en el servicio de urgencia de un hospital por un cuadro de 2 días de evolución caracterizado por diplopía de inicio brusco, mareos, parestesias en las manos, inestabilidad en la marcha y dolor lumbar inespecífico, sin otros síntomas asociados. Al examen físico neurológico destaca una limitación en la abducción del ojo derecho en mirada hacia derecha, sin asimetría facial ni paresia facial, leve cefaloparesia M4 y marcha atáxica leve. TAC de cerebro sin hallazgos significativos. Punción lumbar normal. Electromiografía muestra onda H bilateral, compatible con polineuropatía desmielinizante, variante Miller Fisher. Evoluciona con episodios de disautonomía, desaturación fluctuante, dismetría, arreflexia, paresia del sexto par izquierdo y parálisis facial periférica izquierda, por lo que se decide iniciar tratamiento con inmunoglobulinas por 5 días cumpliendo una dosis total de 35 gramos endovenoso. **Discusión** El SMF es una polirradiculopatía monofásica, desencadenada por un mecanismo de autoinmunidad en relación al gangliósido GQ1b, presente en la mielina de los nervios periféricos y algunos pares craneales. El diagnóstico es clínico y su tratamiento es médico e incluye rehabilitación motora. En casos de deterioro neurológico y/o insuficiencia respiratoria, deben administrarse inmunoglobulinas. **Conclusión.** El SMF es un cuadro infrecuente en la práctica clínica habitual, sin embargo es importante la detección clínica precoz para asegurar un manejo oportuno del cuadro y de sus eventuales complicaciones.

Palabras clave: síndrome de miller fisher, síndrome de guillain-barré, oftalmoplejía

SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON ASOCIADO A LAMOTRIGINA

OROSTIZAGA ASTUDILLO A 1, DELGADO LEIVA L 1, SÁEZ CARO G 1, ENCINA SUÁREZ J 1, STRAUB VALDIVIESO A. 2, ARMIJO FERNÁNDEZ D. 3.

1. Internos, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, Chile.
2. Anestesióloga, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.
3. Dermatóloga, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Chile.

Introducción: El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una reacción mucocutánea severa, caracterizada por necrosis de queratinocitos y desprendimiento extenso de epidermis. Puede evolucionar a necrólisis epidérmica tóxica (NET) si compromete > 30% de superficie corporal. Es causada principalmente por fármacos. Tiene una incidencia de 2-7 casos por millón al año, con una mortalidad de hasta un 40%. Clínicamente se manifiesta con pródromo gripal, evolucionando en 2-3 días a lesiones mucocutáneas extensas con ampollas y desprendimiento de la epidermis, comportándose como un gran quemado. El diagnóstico es clínico y se apoya con biopsia. El tratamiento consiste en el retiro inmediato del fármaco causante y manejo de soporte. Presentación del caso: Paciente femenina de 19 años, con antecedentes de discapacidad intelectual, depresión y obesidad, usuaria de metilfenidato, por cuadro depresivo severo se agrega a su arsenal: lamotrigina, clonazepam y olanzapina, iniciados un mes antes del cuadro. Consultó por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por rash maculopapular mucocutáneo que inicia en zona genital, comprometiendo rápidamente mucosa oral, oftálmica, piel toracoabdominal y extremidades, asociado a mialgias, fiebre, odinofagia y ojo rojo periférico. Es evaluada por dermatóloga quien plantea como diagnóstico principal SSJ por cuadro clínico compatible y antecedente de inicio de fármacos, comenzando tratamiento de soporte en unidad de cuidados intensivos (UCI). Durante estadía hospitalaria es manejada multidisciplinariamente: instalación de dilatador vaginal para evitar sinequias (ginecología), intubación orotraqueal y traqueostomía (anestesiología y otorrinolaringología), trasplante de membrana amniótica en conjuntivas para evitar úlceras (oftalmología). Actualmente se mantiene estable en UCI con disminución considerable de la clínica. Biopsia pendiente. Conclusiones: El SSJ presenta baja incidencia. Es una emergencia dermatológica con alta mortalidad, siendo imprescindible sospecharlo en pacientes con historia de inicio de fármacos recientemente, asociado a pródromo gripal que evoluciona con lesiones máculopapulares o ampollas. La clave del tratamiento es el soporte y manejo de las complicaciones de forma multidisciplinaria.

Palabras clave: síndrome de Stevens Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, dermatología

SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN ESCLERODERMIA – MIOSITIS – SJÔGREN POR ANTICUERPOS ANTI-RO52. REVISIÓN DE CASO.

FORRAY OLIVARES E 1, FUENZALIDA ARCOS C 1, FIGUEROA ORTEGA E 1, CONTRERAS VIDAL N 1, ORTEGA CUEVAS C 2 .

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

(2) Médico Internista. Servicio de Medicina, Hospital del Salvador.

Introducción: Los síndromes de superposición reumatológicos son entidades clínicas infrecuentes, originadas por anticuerpos que generan manifestaciones clínicas y serológicas propias de más de un síndrome. Se presenta caso de superposición miositis – esclerodermia – Sjôgren visto en el Hospital del Salvador. Presentación del caso: Paciente de 72 años diabética e hipertensa. Consulta por 6 meses de evolución de poliartralgias simétricas distales en manos y fenómeno de Raynaud con formación de úlceras. Asocia disfagia lórica y baja de peso de 22kg. El último mes agrega mialgias y debilidad muscular proximal severa que impiden deambulación. Al interrogatorio dirigido presenta alopecia difusa, xerostomía, xeroftalmia y eritema polimorfo cutáneo. Al examen físico, signos vitales normales, enflaquecida, con esclerosis cutánea que compromete manos hasta muñeca, y extremidades inferiores hasta tercio medio de la pierna, Rodnan 16. Laboratorio: PCR 53,4, VHS 67, LDH 698, CK total 2.800. Hemograma, función renal, hepática y electrolitos normales. Serología: ANA (+) 1/1280, FR (+) 80 mUI, Anti Ro (+), Anti-centrómero (+), Anti-ScI70 (-); Anti La, CCP y DNA negativos; se extiende panel de miositis, obteniendo anticuerpos Anti-Mi-2-β y Anti-Ro52 positivos en título alto. Se inicia tratamiento con nifedipino, IECA y corticoides. Sin respuesta en fuerza muscular, indicándose inmunoglobulina endovenosa, reduciendo sintomatología. Paciente logra deambulación al alta. Discusión: El 10% de las esclerosis sistémicas presentan formas superpuestas, en primer lugar con miositis. Clínicamente asemejan a la variedad limitada, con Rodnan score bajo y síntomas CREST, y es concordante con la serología antiRo-52 y antiMi-2-beta, dirigida a una ubiquitin-ligasa y helicasa respectivamente. El principal conflicto clínico, el compromiso muscular, respondió a inmunoglobulina, representando una alternativa terapéutica. Los síndromes de superposición representan un desafío diagnóstico y terapéutico por su compromiso multisistémico. La superposición esclerodermia/miositis debe sospecharse ante la debilidad muscular en un paciente con síntomas CREST. La inmunomodulación con inmunoglobulina constituye una alternativa terapéutica.

Palabras clave: Miositis, Esclerodermia, síndrome de sobreposición

SÍNDROME DE VASOCONTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEA ICTAL, REPORTE DE UN CASO

FORTUÑO JARA N. (1), FORRAY OLIVARES E. (1), FUENZALIDA ARCOS C (1), CARVAJAL FARIAS V. (1), CAYUFILO CARMONA A. (2)

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

(2) Residente de Neurología Adulto, Universidad de Chile, Hospital del Salvador.

Introducción: El Síndrome de Vasoconstricción Cerebral Reversible (SVCR) corresponde a un grupo de condiciones que evidencian estenosis difusa de las arterias cerebrales. Se presenta con cefalea ictal recurrente, con resolución espontánea en tres meses. La incidencia y fisiopatología no se encuentra bien caracterizada. La sospecha y diagnóstico precoz resulta fundamental para el manejo inicial. **Presentación del caso:** Mujer de 59 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y migraña. Refiere cefalea ictal, asociado a mareos y vómitos, sin compromiso de conciencia, cuadro autolimitado. Posteriormente presenta cuadros similares con 48 horas de diferencia, sin embargo el último no cede de forma espontánea por lo que consulta. No refiere consumo de drogas, ergotamínicos, ni otros desencadenantes. En servicio de urgencias se encuentra hemodinámicamente estable, sin alteraciones neurológicas al examen. Tomografía computada y angiotomografía de cerebro muestra hemorragia intraparenquimatosa occipital, hemorragia subaracnoidea (HSA) de la convexidad temporo-occipital derecha, sin lesiones vasculares. Se sospecha un SVCR y se hospitaliza en unidad de tratamiento intermedio. Se continúa manejo con neuroprotección, tratamiento con nimodipino, ansiolíticos y analgesia. Estudio con angiografía convencional y angiografía por resonancia nuclear magnética de cerebro con pared de vaso evidencia múltiples estenosis intracraneales en territorios anterior y posterior izquierdo, sugerentes de SVCR. Paciente evoluciona favorablemente, sin dolor ni déficit neurológico, es trasladada a sala común y posteriormente es dada de alta para continuar control de forma ambulatoria. **Discusión:** El SVCR presenta una causa subdiagnosticada de cefalea ictal, con diagnósticos diferenciales que difieren en conducta (rotura aneurismática o arteritis primaria del sistema nervioso central), con complicaciones precoces y tardías. Tanto características clínicas como hallazgos imagenológicos pueden orientar el diagnóstico. **Conclusiones:** Mantener un alto nivel de sospecha, adecuado conocimiento del SVCR, sus diagnósticos diferenciales y herramientas diagnósticas resulta fundamental para un manejo adecuado de forma precoz y prevenir sus complicaciones.

Palabras clave: vasoespasmo intracraneal, cefalea ictal angiografía

SÍNDROME DE WELLENS: A PROPÓSITO DE UN CASO

LUNA ALFARO J. 1; MARTÍNEZ VIERTTEL C. 1; ABAZÚA VALERO J. 1; ESCOBAR BRITO J.J 1; BARRERA OÑATE M. 2.

1 Interno de Medicina. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2 Médico Cirujano, Becado de Medicina Interna. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Wellens, también conocido como Síndrome de la Arteria descendente anterior (ADA), consiste en un conjunto de síntomas y signos electrocardiográficos: dolor torácico tipo angina que cede espontáneamente, asociado al patrón electrocardiográfico de Wellens: el tipo A, con T invertidas, o el tipo B con T bifásica, ambos casos en precordiales derechas V2 - V3. Es excluido ante enzimas cardíacas elevadas, presencia de supradesnivel ST mayor a 1 mm o Q patológicas. Ante su hallazgo, el paciente debe ser hospitalizado para coronariografía precoz, pues se asocia con un riesgo mayor al 80% de infarto del territorio de la ADA a 30 días. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 53 años, con antecedente de hipertensión arterial. Consulta por cuadro de 30 minutos de evolución de dolor precordial opresivo en reposo, de intensidad EVA 6/10, irradiado a mandíbula y hombro izquierdo, que cede espontáneamente. El examen físico destaca normal. Se solicita electrocardiograma que se interpreta como: ritmo sinusal a frecuencia 76 latidos por minuto, eje en 60°, onda P, intervalo PR, complejo QRS y QT normales. Destaca onda T bifásica en V2 y V3. En laboratorio: Troponinas y exámenes generales normales. Impresiona Síndrome de Wellens, por lo que se hospitaliza y se realiza coronariografía, donde se encuentra lesión crítica en tercio proximal de la ADA y se instala stent medicado. Paciente evoluciona en buenas condiciones, se decide alta. Se solicita consentimiento informado. **CONCLUSIÓN:** Este caso evidencia la concordancia entre el riesgo de estenosis crítica de la ADA asociado al Síndrome de Wellens. Su conocimiento es importante para el médico general o especialista, pues implica un cambio en el manejo del paciente y permite prevenir infartos de alta morbilidad, como son los del territorio de la ADA.

Palabras clave: Angiografía coronaria; Angina Pectoris, Isquemia miocárdica.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN PACIENTE ADULTO CON LINFOMA DE CÉLULAS NATURAL KILLER: REPORTE DE UN CASO

PAVEZ ALCALDE P 1, TAPIA GÓMEZ V 1, PARADA CORTÉS A 1, DÍAZ GONZÁLEZ R 1, VERGARA VALDEBENITO M 2.

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

2. Médico Internista. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El síndrome hemofagocítico (SH) es un cuadro de activación inmunológica excesiva e inefectiva. Posee causas primarias y secundarias, pudiendo ser desencadenado por neoplasias hematológicas, enfermedades autoinmunes o infecciones. Se caracteriza por fiebre, compromiso multisistémico y citopenias, entre otros hallazgos. Se presenta caso de paciente hospitalizado en nuestro centro. **PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 37 años, con antecedente de linfoma no-Hodgkin (LNH) natural killer (NK) tipo nasal, tratado el 2018 con quimioterapia y radioterapia. Consultó por un mes de evolución de malestar general, fiebre, baja de peso y secreción nasal mucopurulenta. Se hospitalizó para estudio, destacando pancitopenia. Se inició antibioterapia empírica sospechando neutropenia febril, con cultivos persistentemente negativos. Evolucionó con deterioro ventilatorio, progresión de pancitopenia y compromiso multiorgánico. Dado antecedente de LNH-NK y ausencia de agente microbiológico, se amplió estudio con ferritina 39188 ng/mL, fibrinógeno menor a 35 mg/dL, receptor soluble interleukina-2 de 37634 U/mL, triglicéridos 269 mg/dL, y se obtuvo mielograma. Se realizó diagnóstico de SH, iniciando metilprednisolona en pulsos y quimioterapia protocolizada. Evolucionó con mejoría clínica y normalización de los parámetros mencionados. Durante estadía requirió múltiples transfusiones de hemoderivados y ventilación mecánica invasiva transitoria. Permanece hospitalizado con diagnóstico de recaída de LNH-NK y complicaciones infecciosas. **DISCUSIÓN:** El SH es un cuadro inhabitual de alta mortalidad, cuyo diagnóstico y manejo se complican dado su presentación clínica variable y múltiples diagnósticos diferenciales. Incorporarlo al abanico diagnóstico es clave, dado el aumento de prevalencia de los síndromes linfoproliferativos fuera del contexto pediátrico. Cobra importancia mantener un alto índice de sospecha, ya que un diagnóstico precoz es esencial para iniciar un tratamiento apropiado y mejorar la sobrevida de los afectados. El objetivo del manejo es suprimir la inflamación mediante inmuno-quimioterapia, mantener las medidas de soporte necesarias, y considerar el trasplante de precursores hematopoyéticos en casos refractarios.

Palabras Clave: Linfocitosis Hemofagocítica, Hematología, Linfoma no Hodgkin

TERCER PAR INCOMPLETO, PRESENTACION ATÍPICA DE CADASIL (ARTERIOPATÍA CEREBRAL AUTOSÓMICA DOMINANTE CON INFARTOS SUBCORTICALES LEUCOENCEFALOPATÍA)

DANIONI HENRIQUEZ F.1 DÍAZ ECHEVERRÍA C .1, VON MARÉES MONTECINOS L.1, REYES HINRICHSEN D. 1, ALVARADO PASTENES M2

1- Interna Facultad de Medicina Universidad de Chile,

2- Residente Servicio de Neurología Hospital Barros Luco Trudeau.

INTRODUCCIÓN La arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL) es una enfermedad cerebrovascular autosómica dominante, causada por una mutación del gen Notch3. Se inicia en adultos y se caracteriza por: migraña, episodios isquémicos cerebrales recurrentes sin presentar factores de riesgo, demencia subcortical y trastornos neuropsiquiátricos. Aunque es subdiagnosticada, especialmente en nuestro medio, se considera la causa más frecuente de ictus isquémico hereditario. Se han publicado casos en todos los grupos étnicos, más frecuente en europeos caucásicos. Se estima la existencia de al menos 500 familias en el mundo. En nuestro servicio se ha establecido el diagnóstico definitivo en 4 pacientes índices de distintas familias. En el siguiente caso exponemos una presentación atípica. **PRESENTACIÓN DEL CASO** Mujer de 55 años, autovalente. Antecedentes de dislipidemia y CADASIL por línea materna. Consulta por diplopía binocular de presentación ictal, horizontal y vertical, asociada a vértigo, y cefalea. Se objetiva un III par incompleto izquierdo, oculoparesia sin ptosis y reflejo pupilar conservado. Resonancia magnética: alteración de sustancia blanca polos temporales y cápsula externa compatibles. Lesión aguda mesencefálica dorsal izquierda. Dado los antecedentes, sugiere CADASIL, complicado con eventos isquémicos evolutivos. Se toma muestra para biopsia de piel y musculo liso para microscopía electrónica (pendiente resultado). **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES** El CADASIL es un síndrome infrecuente cuyo diagnóstico preciso es necesario para detectar familias con patología, y ofrecer medidas generales y consejo genético. Es fundamental sospecharlo, especialmente en jóvenes con patología lacunar, sin factores de riesgo cerebrovasculares y con imagenología sugerente. Su manifestación fenotípica es variable. Además, existen mutaciones de novo, y al ser poco accesible el estudio genético existen muchas familias que presentan la mutación y no tienen diagnóstico. En nuestro caso se expone una presentación poco descrita en la literatura, donde la imagenología y los antecedentes familiares son fundamentales para su diagnóstico.

PALABRAS CLAVE CADASIL, demencia vascular hereditaria, leucoencefalopatía.

TETRAPARESIA EN JOVEN DE 21 AÑOS: PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA HIPOKALÉMICA, REPORTE DE UN CASO

ADAROS BOZZO F 1, ARMIJO ADONIS M 1, CÁCERES ESCALONA N 1, HOYOS BACHILOGLU A 2.

1 Interno Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo,

2 Médico Cirujano Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

INTRODUCCIÓN: La Parálisis Periódica Tirotóxica Hipokalémica (PPTH) es un trastorno neuromuscular caracterizado por debilidad muscular indolora gatillada por ejercicio intenso, ayuno o comidas con alto contenido en carbohidratos. Es una patología poco frecuente que se da principalmente en población de sexo masculino, siendo más prevalente en asiáticos. Dentro de sus causas se incluyen cualquier etiología de hipertiroidismo, siendo la más frecuente la Enfermedad de Graves. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 21 años, chileno, sin antecedentes mórbidos, acude al servicio de urgencia por cuadro de 4 horas de evolución de tetraparesia asociado a náuseas y vómitos. Concomitantemente, relata baja de peso de 20 kilos en 7 meses, intolerancia al calor, polidefecación, labilidad emocional e intolerancia al ejercicio. Al interrogatorio dirigido, menciona haber realizado ejercicio intenso (levantamiento de pesas) el día anterior, además episodios previos de similares características desencadenados por calor y ejercicio. Al examen físico destaca: piel sudorosa, taquicardia regular, presencia de tetraparesia que vencía la gravedad pero no la resistencia y temblor fino. Sensibilidad y reflejos conservados. Al laboratorio de ingreso destaca: hipokalemia severa (2.0mEq/L), creatinina elevada (543u/L) y un hipertiroidismo primario (TSH 0,01mU/L, T4L 4,5ng/dL), además de un escaner cerebral normal. Se realizó diagnóstico y se inició tratamiento con reposición de potasio, metimazol y propranolol, revirtiendo síntomas. Se realizó ecografía tiroidea con hallazgos compatibles con Enfermedad de Graves. **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:** La PPTH es una entidad poco frecuente que se presenta entre los 20-39 años. Generalmente es precedida por síntomas hipertiroideos en meses o incluso años. El cuadro es gatillado por situaciones de mayor liberación de adrenalina y/o insulina. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas (debilidad muscular) y laboratorio compatible (hipokalemia e hipertiroidismo primario). En cuanto al tratamiento es de importancia la reposición de potasio y manejo de la tirotoxicosis con fármacos anti- tiroideos y betabloqueadores.

Palabras clave: Parálisis Periódica Tirotóxica Hipokalémica, enfermedad de Graves.

TORMENTA ELÉCTRICA EN PACIENTE CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO NO REVASCULARIZADO

PAREDES CARREÑO S. 1, TORRENS DONOSO J 2, HOLGER BORQUEZ E. 1, APPELGREN NEIRA R. 1

1 INTERNO DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO, SANTIAGO

2 RESIDENTE MEDICINA INTERNA, FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO-UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO / HOSPITAL PADRE HURTADO, SANTIAGO

INTRODUCCIÓN: Se define “tormenta eléctrica” como más de tres episodios de taquicardia ventricular o fibrilación ventricular en 24 horas. Su manejo requiere medidas agresivas como balón de contrapulsación, ventilación mecánica e incluso ablación del sustrato arrítmico. Destacamos la importancia de lograr una revascularización oportuna para evitar complicaciones que pueden resultar letales. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino de 64 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2 y tabaquismo, consulta por dolor retroesternal opresivo asociado a síntomas neurovegetativos de 1 hora de evolución. Ingresa a servicio de urgencias en malas condiciones generales, diaforético, hipertenso, taquicárdico, con insuficiencia respiratoria. Electrocardiograma (ECG) inicial muestra ritmo sinusal, frecuencia cardíaca (FC) 100 latidos por minuto, onda T negativas simétricas en DI-aVL-V6 y supradesnivel del ST (SDST) de V2 a V4. Troponina ultrasensible de 898 ng/L. Transcurridas 20 horas desde ingreso se presenta a hemodinamia que desestima necesidad de estudio invasivo de urgencia por curva enzimática en descenso y onda Q establecida. Se mantiene manejo médico de infarto y monitoreo invasivo donde presenta paro cardiorrespiratorio en fibrilación ventricular, logrando ritmo sinusal rápidamente con reanimación. ECG posterior muestra ritmo sinusal, FC 120 lpm, SDST de V2 a V4 e infradesnivel ST de pared inferior. Se realiza coronariografía que evidencia aquinesia extensa anterior y apical con oclusión de tercio medio de arteria descendente anterior, fracción de eyección 25%, se instala STENT metálico con flujo TIMI 2-3. Posteriormente evoluciona con shock cardiogénico y múltiples episodios de taquicardia ventricular sin pulso. Controlado el shock, evoluciona con bradicardia y QT prolongado persistente, se instala sonda marcapasos. Paciente evoluciona favorablemente y se instala desfibrilador automático implantable. **CONCLUSIONES:** Se recomienda la revascularización precoz en infarto con SDST puesto que se ha visto que la mortalidad aumenta a medida que se retrasa la revascularización, además de mayor incidencia de complicaciones arrítmicas y de insuficiencia cardíaca.

PALABRAS CLAVE: Infarto Agudo al Miocardio, Arritmia, Complicaciones

TORSIÓN OVÁRICA BILATERAL EN PACIENTE CON EMBARAZO TEMPRANO.

CONTRERAS VIDAL N 1, DÍAZ GARCÍA D 1, FIGUEROA ORTEGA E 1, FORTUÑO JARA N 1, CONTRERAS VIDAL C 2.

1. Internos Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
2. Médico Ginecólogo Obstetra, Hospital de la Florida y Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

Introducción: Torsión ovárica hace referencia a la rotación completa o parcial del ovario sobre su soporte ligamentoso, y potencial daño de la gónada por isquemia y necrosis. Es una emergencia ginecológica que puede ocurrir en mujeres de todas las edades. El principal factor predisponente es la presencia de quiste o neoplasia ovárica. El embarazo se ha asociado a un aumento del riesgo de torsión ovárica también. La frecuencia de esta patología durante la gestación se estima en un 0.2%, y su ocurrencia de forma bilateral es aún más infrecuente. **Caso Clínico:** Paciente de 31 años, multípara de dos embarazos previos, cursando embarazo de 10 semanas, con antecedente de quistes ováricos bilaterales, acude a servicio de urgencia por cuadro de dolor pélvico intenso de inicio súbito. Ante la sospecha de quiste anexial complicado, es sometida a laparotomía exploradora de urgencia. En el intraoperatorio se diagnostica torsión ovárica bilateral, y se practica una anexectomía bilateral. Evoluciona favorablemente en el post operatorio, sin compromiso del producto de gestación, y es dada de alta con apoyo farmacológico de fase lútea. **Discusión:** Uno de los conflictos que experimenta el manejo de la torsión ovárica es la dificultad para evaluar la indemnidad del parénquima ovárico, y la toma de decisión quirúrgica entre anexectomía vs detorsión ovárica. La evidencia científica actual apoyaría la opción de un manejo quirúrgico conservador, contrario a la tendencia clásica de practicar anexectomía. Además, en el embarazo precoz ha de ser tomada en cuenta la necesidad de suplir los requerimientos hormonales para su mantención. **Conclusión:** El enfrentamiento de esta patología supone un desafío ginecológico en lo quirúrgico; hoy en día la evidencia apoya el intento de manejo conservador. Además, como es el caso de nuestro paciente, requiere de una mirada ética ante los potenciales riesgos de perjudicar el embarazo en curso y la paridad a futuro.

Palabras Claves: torsión anormal, quiste ovárico, embarazo.

TROMBECTOMÍA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA Y DE ARTERIA ILIACA CONCOMITANTE, REPORTE DE UN CASO EXITOSO.

DE LA MAZA PÉREZ C. 1; LARA CRETTON. 1; LEGUÍA VALENZUELA C 1.; RUIZ LÓPEZ C. 1; ALVARADO PASTENES M. 2

1. Interna de Medicina, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

2. Médico neurólogo, Universidad de Chile, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

Introducción. En Chile, el accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) constituye la principal causa de muerte y discapacidad. Su etiología incluye la enfermedad aterotrombótica, cardioembólica, lacunar y otras causas poco comunes, entre ellas, la criptogénica. La terapia de reperfusión mecánica es de elección en periodo ventana, disminuyendo las secuelas. Se expone un caso de ACVi e isquemia aguda de extremidad inferior (IAMI) simultánea, con Terapia de revascularización exitosa, sin secuelas neurológicas ni funcionales. Presentación del caso. Mujer de 53 años, hipertensa, autovalente. Consulta por 4 horas de impotencia funcional y dolor en extremidad inferior izquierda (EEII). En servicio de urgencias presenta déficit motor ictal de hemicuerpo derecho asociado a disartria. Se considera accidente cerebrovascular (ACV) en curso con puntuación de 21 en escala de ACV (NIHSS). Tomografía computarizada (TC) de cerebro confirma infarto completo de la circulación anterior (TACI) izquierdo. Angio TC de cuello evidencia tope carotídeo izquierdo. Se inicia trombolisis endovenosa como puente a trombectomía, con revascularización completa. Paciente persiste con disminución de pulsos y palidez de EEII. Angio TC de extremidades evidencia oclusión trombótica de arteria ilíaca (AI) izquierda confirmando IAMI, requiriendo manejo endovascular, con embolectomía de AI izquierda sin complicaciones. Estudio descarta origen cardioembólico, inmunológico y paraneoplásico, destacando elementos imagenológicos sugerentes de infarto renal bilateral y esplénico. Se cataloga como criptogénico, con estudio de trombofilia pendiente. Evoluciona en buenas condiciones generales con NIHSS de 1 punto. Discusión y conclusiones. El manejo del ACVi ha tenido dramáticos avances los últimos 10 años. Actualmente la terapia de reperfusión mecánica es el gold standar del manejo agudo, existiendo aún brechas por resolver especialmente en el sistema público. Se presenta caso excepcional, patología trombótica intra y extra cerebral, donde se realiza revascularización exitosa, sin complicaciones, siendo dada de alta sin secuelas neurológicas o vasculares.

Palabras clave: Trombectomía mecánica, Evento cerebrovascular, Isquemia aguda

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL UN DESAFÍO DIAGNOSTICO FRENTE A UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

SOLARI CASTIILLO G¹, MORENO ROCO J¹, URZUA SALAS R¹, LARA VERA N¹, SANCHEZ GONZALEZ C².

1. Internos de Medicina, Universidad de Chile.

2. Médico cirujano en etapa de destinación y formación en CESFAM Padre Orellana, Santiago.

Introducción: La trombosis venosa cerebral (TVC) es un tipo de accidente cerebrovascular (ACV) que involucra la circulación cerebral venosa, incluye trombosis de los senos venosos y/o de las venas corticales y profundas del cerebro, corresponde a 0,5-1% de todos los ACV. Los factores de riesgo para TVC, están clasificados en riesgos adquiridos y los riesgos genéticos (trombofilia hereditaria). En la actualidad tiene una mayor incidencia en mujeres en edad reproductiva asociado al uso de anticonceptivos, y aumenta durante el embarazo y puerperio. La TVC puede ser de difícil diagnóstico por la sintomatología inespecífica, sin embargo, la cefalea es el síntoma más común, seguido de crisis convulsivas y alteraciones focales. A continuación, se discute el caso de una paciente con diagnóstico de TVC, específicamente de senos venosos. Presentación del caso: Paciente sexo femenino, de 37 años presenta cuadro de cefalea holocranea, de 2 semanas de evolución, asociado a vómitos, que posteriormente presenta desviación de comisura labial y compromiso motor izquierdo. Consulta en Servicio de Urgencia, se realiza tomografía computada de cerebro sin contraste que evidencia: trombosis seno longitudinal superior y lateral derecho con compromiso hemorrágico, por lo que se realiza craneotomía descompresiva. Evoluciona 20 días en Unidad de Cuidados Intesivos, traqueostomizada, en estado vegetativo. Tras 10 días de iniciado el cuadro recobra vigilia e inicia rehabilitación. Conclusión: Para la TVC los predictores de mal pronóstico son: infecciones del sistema nervioso central, trombosis de senos venosos profundos, transformación hemorrágica, Glasgow igual o menor a 9 al ingreso y género masculino. Varios factores que se observan en el caso presentado, esto se condice con la evolución clínica de la paciente, y la gravedad de su cuadro. Dada la gran morbi-mortalidad de esta patología es fundamental la sospecha inicial frente para realizar un tratamiento oportuno y evitar secuelas futuras.

Palabras Clave: trombosis intracraneal, accidente vascular encefálico, craneotomía.

TUBERCULOSIS ABDOMINAL EN PACIENTE CON VIH CON CARGA VIRAL INDETECTABLE Y CLASIFICACIÓN CDC A2.

CERPA HANSEN J. (1), HERRERA BASCUÑÁN V. (2), RAMDOHR CRUZ M. (2), VILLAGRÁN SALAS M. (2), BUSTOS HOCHSTETTER J. (3)

(1) Interno 7º año de Medicina, Universidad Finis Terrae.

(2) Interno 7º año de Medicina, Universidad de los Andes.

(3) Médico General. Clínica Dávila. Santiago de Chile.

En pacientes con VIH las presentaciones extrapulmonares y diseminadas de tuberculosis (en especial con recuentos de linfocitos CD4 menores a 200) son más frecuentes que en inmunocompetentes, con solo 5% de afectación abdominal. La presentación más común es dolor abdominal crónico, pérdida de peso y fiebre, presentándose un 97% con ascitis al diagnóstico y solo 3% con predominio de adherencias fibrosas. Hombre, 29 años, VIH diagnosticado y en tratamiento antiretroviral (TARV) hace 4 años, carga viral indetectable hace 3 años, linfocitos CD4: 300. Consultó por 2 días de dolor abdominal, náuseas y 4 episodios de vómitos, sin fiebre. Ingresó estable con exámenes que evidenciaron proteína C reactiva elevada, sin otros hallazgos. Escáner abdominal mostró íleo mecánico de intestino delgado con sospecha de bridas y signos de peritonitis difusa con engrosamiento nodular del peritoneo sugerente de etiología tuberculosa. Se hospitalizó, inició antibióticos profilácticos y realizó laparoscopia que evidenció inflamación peritoneal con múltiples nódulos asociados a adherencias con cambio de calibre a 150 cm proximal de válvula ileocecal. Se realizó aseo, liberación de adherencias y tomó cultivo (negativo) con biopsia (positivas para Mycobacterium tuberculosis). Radiografía de tórax y baciloscopia negativas para TBC. Se inició tratamiento antituberculoso con plan de continuar ambulatorio. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta. Se presenta caso de tuberculosis extrapulmonar en paciente con VIH del que llama la atención la afectación abdominal con múltiples adherencias sin presentar ascitis concomitante y la presentación aguda del cuadro con obstrucción intestinal sin referir pérdida de peso, fiebre ni otros síntomas remotos; todo ello en paciente con VIH con larga data de carga viral indetectable con clasificación CDC A2. Para estos casos el diagnóstico definitivo requiere muestra para tinción Ziehl-Neelsen y cultivo Löwestein, pero en 20% pueden ser negativos debiendo recurrir a análisis de biopsias, tal como ocurrió este paciente.

Palabras claves: Tuberculosis Gastrointestinal, Infecciones por VIH, Obstrucción intestinal.

TUBERCULOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO TIROIDEO EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

GAMBOA GONZÁLEZ E. 1, LAGOS CARCAMO M. 1, OLIVA PERALTA P. 2, HERMOSILLA CATALAN N. 2, PINOCHET FERNANDEZ V. 3

1. Interno de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
2. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
3. Residente de Neumología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

INTRODUCCION: La tuberculosis tiroidea es una entidad de presentación extremadamente rara incluso en zonas endémicas. Una de las razones se atribuye a la alta resistencia de la glándula tiroidea por su tejido linfático abundante, su cápsula, contenido de yodo y efecto bactericida del coloide. Generalmente se produce por diseminación desde otro sitio de infección, especialmente pulmonar, cuya incidencia es mucho mayor en pacientes trasplantados de órgano sólido. Puede presentarse como nódulo tiroideo, bocio o absceso. Generalmente cursa con pruebas tiroideas normales y se diagnostica mediante punción por aguja fina (PAF). **PRESENTACION DEL CASO:** Paciente masculino, de 32 años, inmunosuprimido trasplantado renal hace 3 meses, consultó en urgencias por cuadro de fiebre, odinofagia, astenia, baja de peso no cuantificada y diarrea acuosa. A su ingreso destaca dolor y aumento de volumen a nivel de tiroides. Se decide hospitalización para estudio. Luego de descartar múltiples etiologías infecciosas se diagnostica tuberculosis pulmonar (TBC) mediante Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y Baciloscopia tras Lavado Bronqueoalveolar. Se inicia tratamiento anti-TBC, evolucionando con mejoría clínica. Se estudia de forma dirigida aumento de volumen tiroideo, TSH suprimida, T4L elevada, ecografía sugerente de Tiroiditis de Quervain. Se indica manejo con propranolol en dosis altas. Se realiza Punción con aguja fina que confirma tuberculosis tiroidea mediante PCR, constituyendo diagnóstico de TBC diseminada en inmunosuprimido. Paciente evoluciona con rechazo humoral confirmado por biopsia renal, por lo que se indica plasmaféresis y terapia Inmunosupresora con buena respuesta. Se indica alta con tratamiento de mantención anti TBC y controles por endocrinología. **CONCLUSION:** La TBC es un diagnóstico a descartar en todo paciente inmunosuprimido con clínica de infección. A su vez el compromiso tiroideo debería sospecharse ante un aumento de volumen tiroideo incluso con pruebas tiroideas alteradas. Sin duda este caso abre los diferenciales a descartar en casos de pacientes trasplantados hospitalizados.

Palabras Clave: Tuberculosis, Trasplante, infección latente.

TUBERCULOSIS DISEMINADA CON INFILTRACIÓN MEDULAR EN PACIENTE HAITIANO

COLLAO SOTO E 1, MOREIRA CALDERÓN J 1, PIZARRO GALLEGUILLOS B 1, MENA URTUBIA B 1, BARRIOS ROCCATAGLIATA P 2, ROJAS VARGAS J 3.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
2. Residente de Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios, Santiago
3. Internista, Hospital San Juan de Dios, Santiago

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) diseminada suele ser una forma infrecuente de presentación, dándose con mayor frecuencia en países subdesarrollados, con altos índice de pobreza y hacinamiento, y en inmunodeprimidos. Dentro de los órganos que afecta, la médula ósea es poco frecuente, con granulomas característicos. Puede causar pancitopenia. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente haitiano de 24 años, sin antecedentes previos, ingresa a urgencias del Hospital San Juan de Dios (HSJD) con compromiso de conciencia y disnea progresiva con necesidad de intubación orotraqueal. En el laboratorio, destaca pancitopenia (180 leucocitos, 7,6 Hb y 87000 plaquetas), junto a parámetros inflamatorios y LDH elevados. TAC de ingreso muestra incontables nódulos peribroncovasculares con aspecto de TBC miliar, sin lesiones óseas líticas. Baciloscopía de aspirado orotraqueal positiva. PCR TBC positiva. VIH negativo. Panel viral negativo. Dada pancitopenia se decide biopsia de médula ósea que muestra granulomas no necrotizantes con bacilos ácido alcohol resistentes en su interior. Se inicia esquema de tratamiento estándar de TBC, con respuesta clínica satisfactoria. **DISCUSIÓN:** La TBC extrapulmonar representa un 20 a 30% de todos los casos, alcanzando un 50 a 60% en pacientes con VIH. Si bien el compromiso hematológico es frecuente tanto en forma pulmonar como extrapulmonar, lo típico es que sea anemia. La pancitopenia representa menos de un 6% de los casos, y la infiltración medular demostrada un 0.4 a 2%. Sin embargo, en la bibliografía existente se reporta cerca de un 100% de regresión completa con la terapia anti TBC habitual.

Palabras claves: Tuberculosis, Pancitopenia, Granuloma.

TUBERCULOSIS OCULAR: REPORTE DE CASO

LUCO VICENCIO M 1, BAIGORRI JIMÉNEZ R 2, SALAS OSORIO X 2.

1 Médico cirujano de la Universidad de Chile.

2 Interno/a de Medicina de la Universidad de Chile.

Introducción La tuberculosis (TBC) es una patología de alto impacto sanitario en Chile y el mundo, constituyendo la tuberculosis pulmonar un 85% de los casos. La presentación ocular de la TBC es infrecuente, estimándose entre un 1-2% de las presentaciones, pudiendo afectar cualquier estructura del ojo. La vía predominante de desarrollo de TBC ocular es por diseminación hematogena luego de afectar el pulmón, aunque esta infección puede no ser evidente clínica ni radiológicamente. Otras vías descritas son inoculación directa desde una fuente exógena, e infrecuentemente debido a una reacción de hipersensibilidad a un foco distante de infección. Su manifestación incluye tuberculomas coroidales, coroiditis granulomatosa, retinitis, comprometiendo la agudeza visual de manera diversa. El diagnóstico se realiza mediante identificación de *Mycobacterium tuberculosis*, de difícil obtención, pudiéndose obtener un diagnóstico presuntivo con pruebas dérmicas e interferón gamma. Se requiere el mismo tratamiento que para TBC pulmonar, y la respuesta a tratamiento puede ser medida por examen clínico y mejoría de la inflamación. **Presentación del caso:** Paciente masculino de nacionalidad chilena de 34 años de edad sin antecedentes mórbidos de relevancia. Acude a consulta oftalmológica en extrasistema por deterioro progresivo de la agudeza visual de ojo derecho de 2 años de evolución, sin otra sintomatología asociada. Paciente afebril, sin compromiso del estado general, baja de peso o sintomatología respiratoria. Fondo de ojo evidencia uveítis, se solicitan exámenes complementarios con prueba de interferón-gamma en valores compatibles con TBC, que descartan sífilis, toxoplasmosis, sarcoidosis, coinfección con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Evaluación de caso por broncopulmonar que descarta compromiso pulmonar, se determina en comité oftalmológico inicio de tratamiento antituberculoso. **Conclusiones:** La TBC es una infección bacteriana principalmente pulmonar pero con afectación extrapulmonar diversa que debe tenerse en consideración dentro de los diagnósticos diferenciales en patologías de causa heterogénea, tales como uveítis.

Palabras clave: Tuberculosis ocular, Tuberculosis, agudeza visual.

TUMOR DE SPITZ ATÍPICO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN DERMATOLOGÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

BECKER URIARTE J. 1, SOTERES GARCÍA A. 1, AMARO SOTO, F. 1, PARADA SILVA, I.1
AMARO BERMUDEZ P. 2,

1 Internos Medicina, Séptimo año, Universidad Mayor

2 Dermatólogo, Universidad de Chile, Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Introducción. Las lesiones melanocíticas spitzoides (LMS) pueden ser categorizadas ampliamente desde Nevo de Spitz (NS), tumores de Spitz atípicos (AST) y melanomas spitzoides (MS). Debido a que su clasificación clínico-histológica es un reto diagnóstico, por presentaciones similares y pronósticos muy diferentes, existen pruebas adicionales para su evaluación, que permiten mayor precisión diagnóstica. Una de ellas es el análisis inmunohistoquímico como las tinciones con HMB-45, p16 y Ki-67. Donde se observan en NS con HMB-45 pérdida de tinción en base de lesión, P16 retención de esta y Ki67 índice de proliferación 2%. En cambio, los MS retienen HMB-45, pierden P16 y tienen índice de proliferación 10% con Ki67. **Presentación de caso.** Paciente masculino, 30 años, consulta por aparición de nevo hace aproximadamente 4 meses, en muslo izquierdo. Al examen, destaca nevus color café oscuro con diferentes tonalidades, de aproximadamente 8 mm de diámetro. Se realiza biopsia excisional y se envía a análisis dermopatológico. Debido a hallazgos histopatológicos y clínicos inusuales, se realiza reunión clínica con 3 dermatólogos y médico tratante donde se revisan fotografías clínicas de lesión, y debido a que el aspecto histopatológico de la lesión es sugerente de AST se recomienda realizar estudio inmunohistoquímico para complementar el diagnóstico. Se realiza: P16: inmunotinción positiva uniforme en melanocitos dérmicos y epidérmicos. HMB45: inmunotinción positiva uniforme en melanocitos epidérmicos y focal débil e irregular en melanocitos dérmicos ("maduración"). Ki-67: índice de proliferación celular: 1-2% en melanocitos del componente dérmico. Se concluye que los hallazgos inmunohistoquímicos son concordantes con NS. **Discusión.** Las LMS son uno de los tópicos más problemáticos en dermatología. Debido a las implicancias terapéuticas y medicolegales potenciales como resultado de sobre o sub diagnóstico de melanoma, es por esto, que se requiere asimilación de la presentación clínica, histología y estudios auxiliares para diferenciar AST de NS y de MS.

Palabras clave: Spitz nevi, spitz atípico, Melanoma.

TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO HEPÁTICO: REPORTE DE UN CASO

VASQUEZ GOMEZ L. 1, BARRIOS CARVALLO C. 1, ROJAS LAVADO D. 1, SEPÚLVEDA CABRERA C. 1; VERGARA ROJAS, JONATHAN P. 2.

1. Internos de Medicina, Universidad de Santiago de Chile

2. Médico-Cirujano, Servicio de Medicina Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile

Introducción. Los tumores neuroendocrinos comprenden aproximadamente 1-2% de todos los tumores gastrointestinales. El hígado es el sitio más común para su metástasis, sin embargo, los tumores neuroendocrinos hepáticos primarios (TNHP) son entidades muy raras. El primer caso fue reportado por Edmonson en 1958. Desde entonces, ha habido menos de 150 casos reportados en la literatura, y comprenden aproximadamente el 0.3% de todos los tumores neuroendocrinos. **Presentación del caso.** Mujer de 49 años, hipertensa, hipotiroidea, consulta por 2 semanas de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho, de intensidad progresiva, sin otra sintomatología asociada. Se realiza tomografía computada: Hígado aumentado de tamaño en relación a masa expansiva vascularizada con reblandecimientos, de 17x11cm, que ocupa segmento medial del lóbulo hepático izquierdo y anterior del derecho. Endoscopia digestiva alta y colonoscopia normales, descartándose otro origen primario. Se realiza biopsia por punción, que muestra hallazgos compatibles con carcinoma neuroendocrino poco diferenciado, Ki67 70%. Con respuesta parcial a 4 ciclos de quimioterapia, se decide hepatectomía derecha extendida. Biopsia quirúrgica confirma diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas infiltrante de tejido hepático, con compromiso de vesícula biliar. **Discusión.** Las revisiones sistemáticas de informes de casos existentes han demostrado que los TNHP son más comunes en mujeres y ocurren con mayor frecuencia en 4ta- 5ta décadas de la vida. Generalmente no son funcionales, y menos del 20% de los pacientes presentan rubor, diarrea y dolor abdominal asociados con el síndrome carcinoide clásico. Las presentaciones más comunes son secundarias al efecto masa e incluyen dolor abdominal, ictericia y masa palpable, seguida de una presentación asintomática con el tumor identificado incidentalmente. Dado la baja prevalencia de los TNHP y los pocos casos reportados, aun no existen algoritmos establecidos para un adecuado diagnóstico y manejo de estos tumores, lo que representa un desafío para los médicos a cargo de estos pacientes.

Palabras Clave: tumor neuroendocrino, hígado, hepatectomía.

USO DE INMUNOGLOBULINA HUMANA EN POLIMIOSITIS REFRACTARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

BUSTAMANTE ARELLANO P 1, CARRASCO CORNEJO R 1, CURA CUEVAS Y 1, HERRERA BASCUÑÁN B 1. TORO FARFÁN E 2.

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Hospital del Salvador;

(2) Becado de Medicina Interna, Universidad de Chile, Hospital del Salvador

Introducción: La polimiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune, caracterizada por debilidad muscular proximal y elevación de enzimas musculares en plasma. Si bien es idiopática la mayoría de las veces, alrededor de un 10% de los casos pueden corresponder a un síndrome paraneoplásico. Es infrecuente, con incidencia de 1-9 por 100.000 personas, requiriendo inmunosupresión para lograr remisión de la enfermedad, principalmente corticoides. Se ha descrito el uso de inmunoglobulina humana como inductor de remisión para luego pasar a terapia oral. **Caso clínico:** Paciente de 56 años, con antecedentes de psoriasis, presenta cuadro de 3 meses de evolución de debilidad progresiva en musculatura proximal, inicialmente como dificultad para subir escaleras y levantarse desde sedestación, hasta dificultad para moverse en cama y disfagia leve. Estudios iniciales muestran elevación de creatinina quinasa (CK) sobre 13000, con elevación de pruebas hepáticas y LDH. Se sospecha miopatía inflamatoria de predominio en musculatura proximal, realizándose biopsia muscular compatible con polimiositis. Estudio imagenológico descarta masas o nódulos sospechosos de neoplasia. Se inicia terapia con corticoides en altas dosis junto a metotrexato, con regular respuesta. Se decide hospitalizar a la paciente y administrar inmunoglobulina IV, tras lo cual se observa a la semana disminución significativa de CK y pruebas hepáticas, recuperando a las 3 semanas gran parte de su funcionalidad. Se ha mantenido con corticoides y azatioprina, con recuperación ad integrum de funcionalidad motora. **Discusión y conclusiones:** La polimiositis corresponde a una enfermedad rara, que puede llevar rápidamente a compromiso funcional severo del paciente e incluso la muerte. Se debe tener alto índice de sospecha en cuadros de compromiso muscular proximal, en especial en pacientes con antecedentes de patología autoinmune. En casos refractarios, la inmunoglobulina humana podría corresponder a una alternativa, sin embargo, se necesita más evidencia para recomendar su uso en general.

Palabras clave: Inmunoglobulina, Polimiositis, Reumatología

VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SECUNDARIA A MENINGITIS TUBERCULOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

VALENZUELA RIVAS D. 1, SAN MARTIN VALENZUELA J. 1, MARHOLZ MENDEZ A. 1, RUEDA RIVEROS D. 1, ÁLVAREZ CORREA D. 2.

(1) Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Santiago.

(2) Neurólogo del Hospital Clínico Félix Bulnes Cerda, Santiago.

Introducción. La meningitis tuberculosa (MTB) se describe en el 1% de los pacientes con tuberculosis. Es la forma más grave de meningitis extrapulmonar presentando alta morbimortalidad. La afectación neurovascular aparece en fases avanzadas, especialmente cuando el tratamiento no se instaura de forma temprana, y constituye la principal causa de daño cerebral irreversible secundario a vasculitis del sistema nervioso central de causa infecciosa. **Presentación del caso.** Paciente haitiano de 33 años con antecedentes de tuberculosis diseminada pulmonar-ganglionar y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), ambas en tratamiento. Ingresa a Urgencia por cuadro de 2 semanas de cefalea progresiva y fiebre asociado a compromiso de conciencia cuali-cuantitativo. Se realiza escáner cerebral que descarta lesiones agudas, y punción lumbar con análisis de líquido cefalorraquídeo donde destaca hiper celularidad, hiperproteíorraquia y Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) para tuberculosis positiva, resistente a isoniazida. A las 48 horas evoluciona con mayor compromiso de conciencia, midriasis bilateral arrefléctica, reflejo corneal ausente y postura de descerebración. Control imagenológico evidencia edema cerebral difuso, múltiples infartos tálamo- capsulares y en cuerpos estriados. Se indica dexametasona y solución hipertónica sin respuesta favorable. Paciente finalmente fallece. **Discusión.** La MTB puede complicarse con la presencia de vasculitis, generando aneurismas, trombosis o infartos. La localización característica de los infartos corresponde a cápsula interna, tálamo y ganglios basales bilaterales. En este caso clínico presentamos un paciente con tuberculosis diseminada y afectación meníngea con múltiples infartos cerebrales característicos, siendo el VIH su principal factor de riesgo inmunosupresor. Se busca reforzar el alto índice de sospecha para evitar el diagnóstico tardío de MTB y sus complicaciones. **Conclusiones.** La afectación cerebrovascular secundaria a MTB es la complicación más temida y es la causa principal de déficit neurológico establecido. Es importante mantener un elevado índice de sospecha para poder realizar un tratamiento precoz.

Palabras Clave: tuberculosis meníngea, Vasculitis, sistema nervioso central.

VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA COMPLICADA CON CELULITIS. A PROPOSITO DE UN CASO

HERMOSILLA BRAVO M. 1, CASTILLO SOTOMAYOR M. 1, CANAHUATE BRAVO S. 1, GONZÁLEZ HINOJOSA R. 1, VELASQUEZ ZAPATA L. 2.

1. Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

2. Residente Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción. La vasculitis leucocitoclástica es un tipo de vasculitis que afecta vasos pequeños. Su manifestación más frecuente es cutánea como un púrpura palpable, predominantemente en extremidades inferiores. Tiene múltiples etiologías, destacando fármacos, infecciones, enfermedades autoinmunes, entre otros. La confirmación diagnóstica es mediante histología. **Presentación del Caso.** Mujer de 66 años, con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico, sin tratamiento hace dos años, consulta por un mes de evolución de lesiones purpúricas en ambas extremidades inferiores, a las que se agrega eritema en tobillos y peak febril de 38°C. Al momento de consultar se encuentra en buenas condiciones, destacando tobillos y pies edematosos, eritematosos, con aumento de temperatura, y múltiples lesiones ulcerosas, purpúricas, que no desaparecen a la digitopresión. Se solicita estudio con serología de virus hepatitis B y C, crioglobulinas, Inmunofluorescencia indirecta MPO, p-ANCA, sedimento de orina compuesto y complemento, con valores normales. Destaca leve leucopenia, proteína C reactiva 4.72 y VHS 33. Se inicia tratamiento con cefazolina durante 7 días y prednisona 10 mg diarios con buena respuesta. Se realiza biopsia de piel posteriormente informada con infiltrado perivascular con linfocitos, neutrófilos y eosinófilos, extravasación de eritrocitos y depósito de fibrina perivascular con leucocitoclasia, confirmándose el diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica. **Discusión y Conclusiones.** En este caso se presenta una celulitis con puerta de entrada, que corresponde a úlceras secundarias a vasculitis, presentándose como complicación infecciosa. Por otro lado, dado el lupus eritematoso sistémico sin control de esta paciente, se podría identificar como uno de los posibles gatillantes de la vasculitis. Sin embargo, no es posible identificar con seguridad el factor que la desencadenó. Respecto al manejo, frente a la sospecha, y especialmente frente al diagnóstico confirmado de vasculitis leucocitoclástica, es clave el inicio de corticoides, ya que en general tiene una buena respuesta y bajo porcentaje de recidivas.

Palabras Clave: Vasculitis, Púrpura, Celulitis



Universidad de Chile
Facultad de Medicina - Campus Centro
Academia Científica de Estudiantes de Medicina

LIBRO DE RESÚMENES
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y CASOS CLÍNICOS

I JORNADA MÉDICA-QUIRÚRGICA HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN 2019

Viernes 15 de noviembre del 2019
Auditorio n°1, Facultad de Medicina Campus Centro
Av. Santa Rosa n°1234, Santiago