

REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

LIBRO DE RESÚMENES I JORNADA MÉDICO
QUIRÚRGICA ESTUDIANTES NORTE

DICIEMBRE 2019 - VOLUMEN 12, SUPLEMENTO 3

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 – Suplemento 3 – Diciembre 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

Director: Rodrigo Rivera M.



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Fundada en el año 2001

DICIEMBRE 2019• Volumen 12• Suplemento 3

Versión Impresa ISSN 0718-6711• Versión en Línea ISSN 0718-672X

Rodrigo Rivera Martínez

DIRECTOR

COMITÉ EDITORIAL

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.



RED
HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

*I JORNADA DE ESPECIALIDADES
MÉDICO-QUIRÚRGICAS
ESTUDIANTES NORTE 2019*

LIBRO DE RESÚMENES

Diciembre de 2019

Facultad de Medicina Campus Norte,
Av. Independencia 1027, Santiago

COMITÉ ORGANIZADOR

-Diego De Los Santos Finch
Interno 7mo año Medicina U de Chile
-Galia Villarroel Oyarzún
Interna 7mo año Medicina U de Chile
-Prof. Dr. Miguel Ángel Cuevas
Coordinador de medicina Campus Norte
Director Académico HSJ, Facultad de Medicina U de Chile
Jefe de Servicio de Urología HSJ.

COMITÉ POR ÁREA

MEDICINA INTERNA

-Dr. Gonzalo Díaz
-Dra. María Alejandra Cerda
-Dra. Natalia Sarmiento
-Dr. Sebastián Chávez
-Dra. Danette Guíñez

CIRUGÍA

-Dr. Matías Robles
-Dr. Gabriel Sandoval

DERMATOLOGÍA

-Dra. Margarita Sánchez

OTORRINOLARINGOLOGÍA

-Dr. Cristóbal Chávez
-Dra. Karen García

UROLOGÍA

-Dr. Miguel Ángel Cuevas

PEDIATRÍA

-Dr. Guillermo Zepeda

OFTALMOLOGÍA

-Dr. Guillermo Zepeda

NEUROLOGÍA

-Dr. Aldo Ghisoni
-Dra. Natalia Pozo

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

-Dra. Gregoria Viveros

BIENVENIDA

En la última década, las Jornadas Médicas para Estudiantes de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se han consolidado como un proyecto exitoso entre las Facultades de Medicina. Se ha demostrado que existe un interés importante de parte de los alumnos por la investigación y la publicación en los temas relacionados con diversas áreas de la medicina. Este año a raíz de la excelente recepción por parte del alumnado y cuerpo docente, hemos decidido implementar la primera versión de las Jornadas Médicas para Estudiantes de Medicina de Facultad de Medicina Sede Norte intentando promover el desarrollo del pensamiento crítico en las áreas de medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia, entre otras especialidades médico - quirúrgicas.

El objetivo central de esta Jornada Médico Quirúrgicas de estudiantes de medicina es generar y fomentar el encuentro de estudiantes, favorecer el desarrollo científico, compartir experiencias científicas y asistenciales, facilitar la comunicación entre los estudiantes y finalmente potenciar y presentar a la Universidad de Chile y su Campus Medicina Norte como centro de formación e investigación de excelencia.

Agradecemos a todos los estudiantes que se interesaron en participar en este proyecto, al cuerpo docente que con buena disposición nos ayudaron en la evaluación de los casos clínicos presentados y la ACEM UChile por su ayuda en la implementación de esta jornada. Esperamos que esta experiencia motive a las próximas generaciones para seguir realizando la Jornada Médico Quirúrgica Sede Norte.

En el siguiente libro damos a conocer los trabajos aceptados y presentados en las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Dermatología, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología.

Comité Organizador JMQ Norte 2019
Campus Norte
Universidad de Chile

TRABAJOS CIENTÍFICOS

CASO CLINICO

Título del trabajo: HEMORRAGIA ALVEOLAR POR ULCERA AORTICA PENETRANTE: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Matías Fabres H. (1), Juan Poblete S. (1), Ximena Salas O. (1), Francisca Marín C. (1), Dr. Augusto Barrera Z. (2)

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de medicina, Universidad de Chile. (2) Becado de Cirugía Primer año, Universidad

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La hemorragia alveolar difusa (HAD) corresponde a un cuadro usualmente de instalación aguda, caracterizado por síntomas constitucionales y respiratorios asociados o no a hemoptisis. Dentro de las causas más frecuentes están las enfermedades reumatológicas, vasculitis e infecciosas, siendo raros los casos de causa aórtica.

CASO CLÍNICO: Paciente 77 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, consulta en servicio de urgencia HCUCH por cuadro de hemoptisis de alta cuantía. Sin síntomas reumatológicos ni otros síntomas asociados. Al ingreso, hemodinámicamente inestable, llene capilar enlentecido, examen pulmonar crépitos bibasales, con buena respuesta a volumen. Se solicita estudio inicial de imagen con radiografía de tórax sugerente de HAD, AngioTC de tórax que muestra múltiples imágenes de relleno alveolar de predominio derecho con aspecto de hemorragia alveolar, aneurisma aórtico sacular de la aorta descendente. Evaluada por equipo de cirugía, se decide hospitalización e instalación de endoprótesis aórtica. Se realiza cirugía endovascular en cuyo procedimiento se pesquiza úlcera penetrante aórtica hacia el parénquima pulmonar, instalándose endoprótesis vascular sin incidentes, buena evolución posteriormente. AngioTC de control informa disminución de las imágenes de relleno alveolar, imagen aneurismática sacular en aorta descendente con prótesis endovascular, sin evidencias de complicación. Se discute el caso en reunión conjunta con equipo de radiología, cirugía de tórax y broncopulmonar, se acuerda observación. En cuanto al diagnóstico diferencial, estudio reumatológico negativo, orina completa normal, sin historia clínica de infección, por lo que se desestima ampliar estudio ni realización de lavado broncoalveolar.

DISCUSIÓN: Dentro del diagnóstico diferencial de la HAD la causa aneurismática es una de las menos frecuentes. En el abordaje de estos pacientes es importante el manejo de soporte en contexto que pueden producir hemorragias masivas con compromiso vital. El abordaje y manejo de la causa primaria permite el adecuado actuar, por lo que es importante reconocer el cuadro y sus causas.

PALABRAS CLAVE: *Alveolo pulmonar, Aneurisma aórtico torácico, Hemorragia*

CASO CLINICO

Título del trabajo: COLANGIOPATÍA ASOCIADA A AUMENTO DE INMUNOGLOBULINA G4 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COLESTASIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: J. Sebastian Muñoz Q. (1), Javiera Arancibia L. (2), Constanza Jadresic S. (1), Dra. Maria Olga Aguayo S. (3)

- (1) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
- (2) Interna de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- (3) Médico EDF, Hospital Salvador de Peumo, Servicio de Salud O'Higgins.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Colestasis, alteración del flujo biliar o del metabolismo de sales biliares, de múltiples causas que deben ser consideradas como parte del diagnóstico diferencial de las enfermedades colestásicas. La colangiopatía por inmunoglobulina G4 (IgG4), trastorno biliar de etiología desconocida, predomina en hombres, con una media de edad de 60 años, sin asociación a enfermedad inflamatoria intestinal. Afecta a las vías biliares extrahepáticas, suele asociarse a pancreatitis autoinmunitaria y otras enfermedades fibrosantes. Se manifiesta por una intensa colestasis con ictericia, pérdida de peso, dolor abdominal moderado, esteatorrea y diabetes. Sensible al tratamiento corticosteroideo, con buen pronóstico a largo plazo. La colocación de una prótesis biliar es una opción terapéutica en casos de ictericia obstructiva muy intensa. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la colangitis esclerosante primaria, ya que el tratamiento y pronóstico son diferentes.

CASO CLÍNICO: Paciente 68 años, sexo masculino, usuario de endoprótesis biliar con múltiples recambios, antecedente de fístula biliar y abscesos hepáticos, es derivado por historia de 1 año de evolución de ictericia, fiebre intermitente y baja de peso de 10 kilos aproximadamente. Se realiza exámenes de laboratorio destacando pruebas hepáticas alteradas con patrón colestásico y anticuerpos antinucleares positivos con patrón moteado. Además, tomografía computarizada de abdomen que evidencia engrosamiento parietal anular a nivel del conducto hepático con cambios sugerentes de colangiopatía asociada a IgG4. Se realizó colecistectomía con biopsia que descarta neoplasia, e instalación de endoprótesis biliar evolucionando tórpidamente con abscesos hepáticos y fístula biliar, sin respuesta a reparación endoscópica. Se intenta drenaje percutáneo de abscesos hepáticos resultando frustra, se deja cobertura antibiótica con imipenem y amikacina para *Staphylococcus Maltophilia*, con buena respuesta clínica. Actualmente en regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable y afebril.

CONCLUSIÓN: La colangiopatía por IgG4 plantea un gran reto diagnóstico, requiere un alta sospecha, y posee una respuesta favorable y rápida al tratamiento con corticoides.

PALABRAS CLAVE: *Colestasis, Ictericia, Inmunoglobulina G*

CASO CLINICO

Título del trabajo: FIEBRE Y ADENOPATÍAS; UNA DUPLA FRECUENTE CUYAS CAUSAS NOS SORPRENDEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Valentina Lucchini W (1), María Cecilia Yubini L. (2), Maria Fernanda Medina C. (1), Antonia Núñez V (1), María Cecilia Yubini L. (2),

1. Interna de Medicina, Universidad de Chile, Santiago. 2. Residente de Medicina Interna, Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: las adenopatías poseen una incidencia general es de 0.6% siendo 60% de causa infecciosa aguda o reactiva. Las etiologías de poliadenopatías asociadas a fiebre intermitente se encuentran Enfermedades infecciosas, enfermedades neoplásicas y enfermedades del tejido conjuntivo. De etiología infecciosa se encuentra la tuberculosis, está se presenta 70% con fiebre y en 65% con adenopatías parahiliares en imágenes de tórax.

CASO CLÍNICO: Hombre de 74 años, con antecedentes de trombocitopenia crónica inmunomediada, tiroidectomía total por cáncer de tiroides y prostatectomía radical por cáncer de próstata. Padre fallecido por leucemia, Consulta por cuatro semanas de compromiso del estado general, deterioro de la capacidad funcional, sensación febril no cuantificada, sudoración nocturna y baja de peso significativa. Del estudio destaca inflamación sistémica (PCR 360 mg/dL, VHS 115 mm/hra), anemia microcítica-hipocrómica, trombocitopenia (28.000/mm³) y elevación de LDH (478 mg/dL - límite 246 mg/dL), sin hiperbilirrubinemia ni esquistocitos. TC tórax con múltiples nódulos pulmonares asociados a adenopatías mediastínicas. Se notifica sospecha de síndrome linfoproliferativo y se realiza biopsia ganglionar por mediastinoscopia, con estudio molecular e histológico que informa M.tuberculosis. Se inicia terapia anti-tuberculosa, no obstante evoluciona con hepatitis aguda secundaria que amerita cambio a terapia de segunda línea. Durante su evolución, se evidencia progresión imagenológica hacia un patrón miliar en parénquima pulmonar, lo cual revierte a los 4 meses de tratamiento establecido, así como ceden los síntomas B, aún sin resolverse las adenopatías mediastínicas.

DISCUSIÓN: La Tuberculosis es una causa frecuente de síndrome consuntivo febril con poliadenopatías. En Chile, en la práctica habitual se desestima como causa por el descenso de incidencia; sin embargo, en los últimos años se ha evidenciando un aumento progresivo por lo que se debe considerar como una causa importante para evitar la morbilidad, como se evidencio en este caso.

PALABRAS CLAVE: Trastornos linfoproliferativos, Tuberculosis ganglionar, Tuberculosis miliar.

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME MIELODISPLÁSICO SECUNDARIO A QUIMIOTERAPIA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Thomas Montecinos G. (1), Catalina Trincado E. (1) , Javier Torres R. (1), Rodrigo Muñoz R. (1), Javiera Aguilera M. (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca.

(2) Médico General, Universidad Autónoma, Talca.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome mielodisplásico (SMD) es un trastorno adquirido células progenitoras clonales que se caracteriza por citopenias asociado a una médula ósea dismórfica, con un riesgo variable de transformación leucémica. Factores de riesgos ambientales conocidos son exposición a quimioterapia (QT), radioterapia (RT), sustancias químicas, entre otros. Existe un 80% de los casos asociados a anomalías cromosómicas.

CASO CLÍNICO: Femenina de 57 años, con antecedente de cáncer de mama tratado con quimioterapia, actualmente con hormonoterapia. Refiere cuadro de un mes de evolución caracterizado por compromiso del estado general, baja de peso involuntaria, sensación febril, gingivorragia y equimosis espontánea en extremidades inferiores. Laboratorio control evidencia: bicitopenia (anemia severa y trombocitopenia) y leucocitosis. Se derivada a centro de mayor complejidad. Se transfunde una unidad de glóbulos rojos. Evaluada por hematología destaca: paciente febril hasta 39°C, palidez mucocutánea y esplenomegalia. Se solicita frotis de sangre periférica que muestra signos de mielodisplasia y blastos de aspecto mieloide; Mielograma: evidencia blastos en 11% compatible con Anemia refractaria con exceso de blastos tipo 2 (AREB-2). Se interpreta cuadro secundario a quimioterapia. Se solicita estudio citogenético.

DISCUSIÓN: El SMD se divide según el sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Se utiliza un sistema puntuación pronóstico como lo es el Revised International Prognostic Scoring System para determinar el riesgo del paciente y por consiguiente establecer el tratamiento. Específicamente en la AREB-2 se asociada a una supervivencia de 9 meses aproximadamente, con un riesgo de desarrollar leucemia mieloide aguda del 40%.

PALABRAS CLAVE: Bicitopenia, Blastos, Síndrome Mielodisplásico.

CASO CLINICO

Título del trabajo: EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADO A LEFLUNAMIDA.

Autores: Thomas Montecinos G. (1), Rodrigo Muñoz R. Javier Torres R. (1), Pilar Navarrete H., Javiera Aguilera M. (2)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca.

(2) Médico General, Universidad Autónoma, Talca.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo heterogéneo de trastornos que causan daño progresivo al parénquima pulmonar. Algunos tipos son secundarias a patologías como la artritis reumatoide (AR). Por otro lado, existen drogas neumotóxicas como la leflunamida, con evidencia creciente que puede inducir neumonitis o empeorar una EPID preexistente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 77 años, con historia de disnea de larga data, cursa con exacerbación en febrero de 2019, posterior al inicio de tratamiento con leflunamida por AR recientemente diagnosticada. Tomografía computarizada de tórax evidencia enfermedad pulmonar difusa de patrón inespecífico. Se sospecha daño pulmonar secundario a uso de leflunamida en contexto de EPID de base asociado a AR. Se suspende leflunamida e inicia terapia esteroideal sistémica y colestiramina. Evoluciona estacionario en cuanto a clínica respiratoria, al alta sin progresión de disnea, con requerimiento de oxígeno domiciliario.

DISCUSIÓN: Resulta importante definir la etiología de todo daño pulmonar, ya que esta se asocia a un pronóstico determinado, y en algunos casos a medidas que pueden detener o revertir la progresión del daño. En este contexto es esencial evaluar el uso concomitante de drogas neumotóxicas como la leflunamida, y realizar un retiro oportuno de estas si el contexto clínico lo amerita.

PALABRAS CLAVE: *Artritis Reumatoide, Enfermedades Pulmonares Intersticiales, Leflunamida.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: PERITONITIS POR CANDIDA TROPICALIS, CAUSA INFRECUEnte DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CON PERITONEODIÁLISIS.

Autores: Carla Almeida A.1; Joaquin Aracena A.1; Paula Almeida A.2; Maria Fernanda Silva L.2, Ûrsula Fiedler Z.3; Luis Toro C.4

1 Interno de Medicina, Universidad de Chile.

2 Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.

3 Nefrólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile.

4 Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile, FACP

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La peritoneodiálisis (PD) es una modalidad de sustitución renal que se utiliza en pacientes con insuficiencia renal terminal. Una complicación que presenta es la peritonitis por paso de bacterias debido a la técnica, manifestada por dolor abdominal, fiebre líquido peritoneal turbio. Los agentes más frecuentes son bacterias Gram positivas o Gram negativas, siendo infrecuentes las infecciones por hongos. Reportamos un caso inhabitual de peritonitis asociada a PD por *Candida tropicalis*.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 63 años, antecedentes de insuficiencia Renal Terminal en PD. Presenta cuadro de 2 semanas de dolor abdominal tipo cólico en zona periumbilical que se exacerba en sesiones de PD. Presenta salida del líquido de PD turbio, por lo que decide consultar. En el estudio de líquido peritoneal destaca líquido turbio y al Gram se observan levaduras (+). Se rescata cultivo positivo para *C. tropicalis*, diagnosticándose peritonitis asociada a catéter de PD por *C. tropicalis*, se inicia ceftazidima + amikacina EV + fluconazol vía oral. Se retira catéter de PD, iniciando hemodiálisis y cultivo de punta de catéter muestra *C. Tropicalis*. Evoluciona sin mejoría clínica significativa, se decide tomar TC de abdomen y pelvis que muestra múltiples colecciones intrabdominales, destacando una 30x17x4 cm subfrénica, perihepático y corredera paracólica derecha que continua hacia la corredera paracólica izquierda y espacio periesplénico. Se maneja con drenaje percutáneo por radiología intervencional + manejo médico + imágenes hasta el alta. La paciente sobrevive y es dada de alta a las 3 semanas del ingreso.

DISCUSIÓN: La peritonitis secundaria a PD es una patología grave en estos pacientes. La infección por hongos es de peor pronóstico respecto a causas bacterianas, estando frecuentemente asociada a contaminación en relación a la técnica de peritoneodiálisis, por parte del paciente. Este tipo de peritonitis tiene hasta 45% de mortalidad, por lo que la sospecha y el manejo oportuno son indispensables.

PALABRAS CLAVE: *Candida tropicalis*, *Peritonitis*, *Peritoneodiálisis*.

CASO CLINICO

Título del trabajo: HEPATITIS AGUDA EN CONTEXTO DE TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN PACIENTE VIH, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Joaquín Aracena A.(1), Daniela Ulloa B.(1), Sergio Narbona T. (1), Esteban Romero H.(1), Franco Bortolameolli V.(2)

(1) Interno de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Residente Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Actualmente la infección por VIH ha ido en aumento. Se ha descrito la progresión acelerada de enfermedad hepática en estos pacientes, atribuyéndose un 15% de su mortalidad a daño hepático. Ha sido fundamental el desarrollo de la terapia antirretroviral (TARV) en la mejoría del pronóstico. Se ha descrito como causa de daño a este órgano la colangiopatía asociada a VIH, la cual tiene una prevalencia de 1%. Se cree estaría asociada a infecciones oportunistas a repetición que producirían cambios inflamatorios con estenosis de la vía biliar.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 24 años, con diagnóstico reciente de VIH por Linfoma de Hodgkin en tratamiento asociado a alteraciones hepáticas que mejoran posterior a inicio de TARV. En controles se evidencia alza de pruebas hepáticas, se suspende TARV y se realizan exámenes: BT 24.6, BD 17.3, FA 1641, GOT 292, GPT 180, GGT 637, LDH 334, IgG CMV 23.1 (IgM 0.17), VHC negativo, HBs Ag negativo, IgM VHA negativo, IgG VHA positivo; Colangiografía evidencia disminución de calibre de la confluencia de los conductos hepáticos con leve dilatación de ramas intrahepáticas izquierdas. Esplenomegalia, edema periportal y adenopatías del hilio hepático inespecíficas. Se realiza biopsia hepática con hallazgos de hepatitis aguda en regresión sin infiltración de linfoma, compatible con colangiopatía asociada a VIH más daño por fármacos en regresión.

DISCUSIÓN: El VIH produce múltiples complicaciones sistémicas, principalmente por el mismo virus como por infecciones oportunistas, siendo el hígado un órgano afectado. El desarrollo de la TARV ha logrado disminuir la mortalidad asociada a esta patología y sus complicaciones. El desarrollo de complicaciones asociados al inicio de la TARV es tema de interés, dado lo complejo de diferenciar, una patología aguda causada por alguna infección o por un efecto adverso de la misma terapia. Pudiendo ser necesario suspender la terapia y realizar más estudios complementarios.

PALABRAS CLAVE: *Hepatitis, Terapia Antirretroviral (TARV), VIH.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA. UN CASO ILUSTRATIVO.

Autores: Carla Almeida A. (1), Daniela Vicencio S. (1), Jonan Valenzuela A. (1) , Paula Almeida A. (2), María C. Yubini. 3

(1) Interno Medicina Universidad de Chile, Independencia, Santiago, Chile. (2) Estudiante de medicina de la Universidad de Chile. (3) Médico-Cirujano, Residente Medicina Interna, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) es un cuadro neurológico agudo caracterizado por alteraciones visuales, cefalea, náuseas, vómitos, alteración de conciencia, crisis convulsivas y signos de focalidad. Tiene neuroimágenes características, que orientan el diagnóstico y tratamiento oportuno. Su aparición se explica por edema en regiones cerebrales posteriores debido a hipertensión arterial (HTA) maligna, secundaria principalmente a insuficiencia renal o eclampsia, pero también puede originarse en cuadros infecciosos y metabólicos.

CASO CLÍNICO: Hombre, 59 años, diabético de larga data, enfermedad renal crónica etapa IV y retinopatía, HTA, uropatía obstructiva baja (UOB), y mala adherencia a tratamiento. Presenta cuadro de 5 días de compromiso del estado general, vómitos y dolor abdominal, agregándose el último día agitación psicomotora, compromiso de conciencia, pérdida de control de esfínteres y sialorrea. Ingresa hipertenso (214/112 mmHg) y taquicárdico, al examen físico: somnoliento, desorientado temporalmente y con sensibilidad abdominal difusa. Evoluciona con crisis tónica generalizada asociada a relajación de esfínteres que cede espontáneamente. Laboratorio: parámetros inflamatorios normales, Hemoglobina 9.3 g/dL, plaquetas 73.000 mcL, K 6.1 mmol/L, Creatinina 3.9 mg/dL y BUN 66 mg/dL. En contexto de emergencia hipertensiva se maneja fármacos parenterales (labetalol y urapidil). En menos de 24 horas, con mejores cifras tensionales, recuperando completamente estado de conciencia, sin secuelas neurológicas. Resonancia magnética cerebral muestra alteraciones en la zona posterior sugerentes de edema vasogénico, compatible con PRES.

DISCUSIÓN: PRES corresponde a un diagnóstico clínico-radiográfico, secundario a edema cerebral de diferentes causas. En el caso expuesto la elevación aguda de la presión arterial sobre los límites de autorregulación cerebral conduce a edema cerebral y síntomas neurológicos. Es importante el manejo oportuno del factor causal, dado que de ser así la enfermedad tiene un pronóstico benigno con recuperación en días o semanas después de la eliminación del factor gatillante.

PALABRAS CLAVE: Edema cerebral, Hipertensión maligna, Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (PRES).

CASO CLINICO

Título del trabajo: HIPEREOSINOFILIA: UN HALLAZGO QUE NO SE DEBE IGNORAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Daniela Vicencio S. (1), Carla Almeida A. (1), Felipe Cortés C. (1), Nadia Peñailillo S. (1), María-Cecilia Yubini L.(2)

(1) Internos de Medicina, Universidad de Chile

(2) Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los síndromes hipereosinofílicos (SHE) engloban una gama de patologías caracterizadas por un aumento de la concentración de eosinófilos a nivel tisular y/o en sangre periférica, recuento ≥ 1500 células/mm³, en dos tomas separadas, lo que puede asociarse a infiltración eosinofílica y liberación de mediadores inflamatorios que causan daño multisistémico potencialmente fatal. La presentación clínica de la eosinofilia es variable (manifestaciones cutáneas, pulmonares, gastrointestinales, cardiológicas y neurológicas), además de los síntomas de la patología de base que produce esta alteración.

CASO CLÍNICO: Hombre de 77 años, hipertenso, con enfermedad renal crónica e hipotiroidismo. Consulta por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por compromiso del estado general, mialgias, fiebre, prurito generalizado, eritema palpebral, rash maculopapular en antebrazos y tronco y adenopatías cervicales móviles. En examen de laboratorio destaca leucocitosis con eosinofilia (3.800 células). Dado antecedente de consumo de carne de cerdo se plantea diagnóstico de Triquinosis, solicitando serología e iniciando tratamiento antiparasitario empírico a corticoides, con lo cual se resuelve la eosinofilia. Una semana después, reingresa por neumonía grave por *Pneumocystis jirovecii*, destacando además anemia y adenopatías generalizadas. Ante sospecha de síndrome linfoproliferativo, se realiza biopsia ganglionar cuyo estudio histológico e inmunohistoquímica resulta compatible con Linfoma no Hodgkin de células T periféricas, angioinmunoblástico, con Ki67 $\geq 80\%$.

DISCUSIÓN: La eosinofilia posee un amplio diagnóstico diferencial, puede producirse por una proliferación neoplásica mielóide o eosinofílica clonal (SHE primario) o secundaria a la liberación de citoquinas eosinopoyéticas (GM-CSF, IL-5, IL-3) en contexto de infecciones parasitarias, reacciones adversas a medicamentos, tumores sólidos como adenocarcinomas, enfermedad de Hodgkin, Linfoma T y mastocitosis, entre otras (SHE secundario). El linfoma T angioinmunoblástico, particularmente, se presenta con hipereosinofilia en un 30-40% de los casos. El pronóstico depende de la causa subyacente al SHE y el daño secundario a eosinofilia, la cual se controla fácilmente con corticoides.

PALABRAS CLAVE: *Eosinofilia, Linfoma de células T, Síndrome Hipereosinofílico.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEUMONÍA CAVITADA: GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA.

Autores: Felipe Calderón A. (1), Beatriz Lobos P. (1), Alina Riquelme C. (1), Katia Witt G.(1), Jonathan Vergara R. (2)

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

(2) Médico-Cirujano, Hospital San José, Docente Universidad de Santiago de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis de vaso pequeño ANCApr3(+), caracterizada por inflamación granulomatosa necrotizante de vía aérea superior, inferior y glomerular.¹ Se concentra en hombres mayores de 50 años. Suele presentar síntomas constitucionales y el 70%-80% de los pacientes presentan hallazgos vía aérea superior (VAS) y/o inferior. La mayoría se acompaña de compromiso renal tipo glomerulonefritis.

CASO CLÍNICO: Mujer 48 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de tos irritativa, disnea y fiebre hasta 39°C. Ingresa taquicárdica, deshidratada; crépitos pulmonares bilaterales al examen físico. Niega compromiso VAS, artralgias u otros síntomas. Hb 10,2g/dL, Hto 33%, Leucocitos 19.000, Plaquetas 623.000, creatinina 0,99, nitrógeno ureico 13,2, Orina completa normal, PCR 141 mg/dL. Radiografía de tórax impresiona focos de condensación bilateral, se hospitaliza con diagnóstico de neumonía y se inicia tratamiento antibiótico Ceftriaxona/levofloxacino y posteriormente Vancomicina/Imipenem por mala respuesta. Tomografía computarizada de tórax: múltiples nódulos pulmonares con signos de cavitación en ambos hemitórax. Fibrobroncoscopia: mucosa congestiva y friable. Estudio para tuberculosis, cultivo de expectoración, hemocultivos negativos. Paciente completa 20 días de tratamiento antibiótico sin mejoría clínica, PCR 300 mg/dL y fiebre persistente. Se inicia fluconazol, y se solicita perfil inmunológico destacando anticuerpo PR3 + en 1/48. Se recibe biopsia de lavado bronquioalveolar compatible con GPA. Reumatología indica bolos de metilprednisolona y pulsos de ciclofosfamida, logrando disminución de sintomatología y parámetros inflamatorios (PCR 25 mg/dL), sin manifestaciones renales durante evolución.

CONCLUSIÓN: El estudio de cavitaciones pulmonares suele orientarse según evolución crónica (>12 semanas) o aguda/subaguda, esta última generalmente de causa infecciosa, mientras que la etiología autoinmune suele sospecharse en cuadros crónicos.³ Se sugiere un estudio escalonado, orientado a sospecha diagnóstica más probable, sin embargo se debe siempre considerar que el diagnóstico precoz de la patología autoinmune puede no cumplir todos los criterios diagnósticos clásicos.

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

CASO CLINICO

Título del trabajo: UTILIDAD DEL COPROCULTIVO EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÓLERA: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Camila Cárdenas F. (1), Bruno Mena U. (1), Aníbal Méndez V. (1), Javier Moreira C. (1), Daniel Miranda S. (2).

(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.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El cólera es una enfermedad infecto-contagiosa gastrointestinal causada por bacterias *Vibrio Cholerae*, produce diarrea aguda secretora y puede ocasionar la muerte en casos severos. Su incidencia va en aumento en Latinoamérica.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 56 años, hipertensa en tratamiento, chilena, sin viajes recientes. Presenta dos días de dolor abdominal difuso, vómitos, deposiciones líquidas abundantes sin elementos patológicos y sensación febril no cuantificada, sin otros síntomas. Consulta en Servicio de Urgencias hipotensa, deshidratada, soporosa; donde se toman exámenes: glicemia 401 mg/dl, pH 7.05, PCO2 29.9 mmHg, bicarbonato 8.1 mmol/L, exceso de base -21.2 mmol/L, hematocrito 41%, sodio 131 mmol/L, potasio 3.8 mmol/L, cloro 102 mmol/L, creatinina 5.15 mg/dL, nitrógeno ureico 50 mg/dL. Se repone bicarbonato y potasio y se decide volemisación con Solución Ringer Lactato; lográndose normotensión. Se solicita orina completa inflamatoria, Antígeno *Clostridium Difficile* negativo, urocultivo y coprocultivo. Se hospitaliza en Servicio de Tratamiento Intermedio, ingresando en regulares condiciones, hemodinamia estable, oligúrica y deshidratada. Se inicia antibioterapia empírica con Ceftriaxona, por sospecha de Infección Urinaria con urocultivo polimicrobiano. Coprocultivo resulta positivo para *Vibrio Cholerae*; notificándose al Ministerio de Salud (MINSAL) y se administra tratamiento con Doxiciclina 300 mg vía oral en dosis única; manteniendo reposición hidroelectrolítica según pérdidas digestivas. Insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica revierten. MINSAL confirma *Vibrio Cholerae* cepa no toxigénica O1 ni O139. Paciente evoluciona favorablemente y egresa al octavo día.

DISCUSIÓN: El coprocultivo es la herramienta diagnóstica de elección para el cólera. Sin la sospecha clínica adecuada, ante un cuadro profuso de diarrea aguda, podría no establecerse a tiempo el correcto diagnóstico y agravar la condición clínica de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: *Cólera, Diarrea, Medios de cultivo.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME NEFRÓTICO COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA DE UN TUMOR SÓLIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autores: Valentina Lucchini W. (1) , Maria Fernanda Medina C. (1), Antonia Núñez V (1), María Cecilia Yubini L. (2).

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

2. Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile 3. Médico becado medicina interna, Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Síndrome nefrótico (SN) tiene una incidencia anual de 3/100.000 adultos; presentándose con proteinuria masiva (>3.5 g/24 horas), hipoalbuminemia <2.5 g/dL, edema/anasarca e hipercolesterolemia. El diagnóstico diferencial incluye nefropatía diabética y membranosa, amiloidosis, drogas, infecciones, neoplasias, etc. El 11% corresponden a síndromes paraneoplásicos (linfoproliferativos o neoplasias sólidas). El carcinoma de células renales se asocia en un 10-40% a síndromes paraneoplásicos; sin embargo, es una causa infrecuente de SN.

CASO CLÍNICO: Hombre de 59 años, tabáquico (IPA 15), refiere una semana de edema generalizado y disnea de esfuerzos. Se constata hipertensión arterial (170/90 mmHg) y falla renal: Creatininemia 8 mg/dL, uricemia 69 mg/dL, hipercolesterolemia (327 mg/dL) e hipoalbuminemia (1.8 mg/dL), glucosuria 150 mg/dl, proteinuria masiva (26 gr/24 horas), sin hematuria. Ecografía demuestra nefromegalia y riñones levemente hiperecogénicos. Se inicia diálisis y antihipertensivos. Del estudio de SN, se descarta nefropatía diabética y membranosa, enfermedades reumatológicas, infecciosas, mieloma múltiple y amiloidosis. La biopsia renal revela mesangiolisis y necrosis túbulo-intersticial, inmunofluorescencia y microscopía electrónica normales. En búsqueda de neoplasia oculta, estudio endoscópico alto-bajo evidencia pólipos colorrectales; histológicamente adenocarcinoma tubular superficial de alto grado. Por otro lado, la tomografía revela una masa hipervascular renal izquierda sugerente de neoplasia, que no se habría visualizado ecográficamente. Se realiza nefrectomía-suprarrenalectomía radical izquierda, cuya biopsia informa carcinoma células claras sin invasión capsular, vascular ni neural. Pese a la resección del tumor el paciente permanece en hemodiálisis trisemanal, con proteinuria significativa a un año de evolución, planteandose nefrectomía médica mediante embolización para detener la proteinuria.

DISCUSIÓN: El SN es importante por la gran morbilidad consecuente a la falla renal y pérdida masiva de proteínas, resultando en estados de inmunosupresión, pro-trombótico y disfunción endotelial, entre otras cosas. En adultos con SN es relevante descartar etiologías paraneoplásicas por la posibilidad de revertir la glomerulopatía si se trata a tiempo la neoplasia subyacente. Esto no siempre es posible, como el presente caso, probablemente por la alta toxicidad.

PALABRAS CLAVE: *Carcinoma de células renales, síndrome nefrótico, síndrome paraneoplásico.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: REPORTE DE CASO: SINDROME NEFROTICO CON ANTICUERPO ANTI TROMBOSPONDINA POSITIVO EN EMBARAZO DE TERCER TRIMESTRE

Autores: Francisca Marín C. (1), Juan Fuentes F. (1), Nadia Peñailillo S. (1), Ximena Salas O. (1), Dr. Augusto Barrera Z. (2)

(1) Interno/a de Medicina de Séptimo año, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

(2) Becado de Cirugía Primer año, Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome nefrótico en la paciente embarazada tiene incidencia estimada de 8-10 cada 10.000 embarazos. Se debe diferenciar si corresponde a la manifestación de una preeclampsia o una glomerulopatía. Esta última, según etiología y grado de actividad, se relaciona con diferentes grados de morbilidad obstétrica, siendo fundamental su diagnóstico y manejo. Se presenta el caso de un debut de nefropatía membranosa (NM) con anticuerpos anti tromboespondina (THSD7A) positivos en una paciente embarazada.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 32 años sin antecedentes mórbidos, consulta a las 33 semanas de embarazo por edema bilateral simétrico. En estudio inicial destaca proteinuria de 4 g/día, creatininemia 0,4 mg/dl, albúmina 2,7 mg/dl y triglicéridos 317 mg/dl, diagnosticándose síndrome nefrótico. Se pospone tratamiento farmacológico de proteinuria dado embarazo e inicia trombopprofilaxis. Paciente evoluciona normotensa, sin alteraciones sugerentes de preeclampsia o sus complicaciones, con aumento de proteinuria hasta 10 g/día a las 37+3 semanas. Se inicia estudio etiológico: serología infecciosa negativas y ecografía renal que informa “cambios parenquimatosos renales bilaterales inespecíficos”. Anticuerpos anti-ENA y anti PLA2R negativos. Se estudia también con anticuerpos anti tromboespondina (THSD7A) que resultan positivos, por lo que se determina caso altamente sugerente de nefropatía membranosa primaria, sin necesidad de confirmación histológica. Se inicia manejo médico en el puerperio con buena respuesta y disminución progresiva de proteinuria sin deterioro de la función renal.

DISCUSIÓN: La NM corresponde a una glomerulopatía que se presenta frecuentemente como síndrome nefrótico. Se requiere del estudio serológico, imagenológico e histológico para determinar su etiología primaria o secundaria. De los casos primarios, el 70-80% tendrán anticuerpos anti-PLA2R positivos. De la fracción restante, el 5-10% de los casos serán positivos para anticuerpos anti-THSD7A, lo que constituye a este caso como una variante infrecuente de la NM primaria y contribuye en el estudio de este anticuerpo como herramienta diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Glomerulonefritis membranosa, Pre-Eclampsia, Síndrome Nefrótico.

CASO CLINICO

Título del trabajo: EMBOLIA PARADOJAL COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA: REPORTE DE UN CASO

Autores: HÉCTOR PAREDES B.(1); JOAQUÍN DÍAZ L.(1); MARILUNA CORVALÁN G. (1).; NATALIA CORTÉS B.(1), LUIS TORO C. (2) CRISTÓBAL GÓMEZ A. (3).

1 Interno de Medicina, Universidad de Chile.

2 Médico Internista, Hospital Clínico Universidad de Chile. 3. Médico becado medicina interna, Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La embolia paradójal corresponde al paso de un émbolo de circulación venosa a arterial o viceversa, por shunt intracardiaco. Esta produce un cuadro clínico de embolia contralateral al lado de la fuente embolígena. Puede tener múltiples etiologías, con fuentes embolígenas extracardiacas como trombosis venosa profunda, o intracardiacas como trombos intracavitarios o endocarditis infecciosa (EI), esta última causando embolia séptica hacia distal. La embolia paradójal por EI es un cuadro poco frecuente, con solo 9 casos reportados, utilizando como motor de búsqueda PubMed.

CASO CLÍNICO: Mujer de 40 años, con antecedentes de comunicación interventricular (CIV). Presentó 6 meses de baja de peso de 14 kilogramos, sudoración nocturna, fiebre y astenia, asociado a disnea, dolor torácico tipo puntada y tos productiva con expectoración mucopurulenta. Además, lesiones petequiales en extremidades inferiores, que ceden 2 semanas previo a la consulta. Ingresó taquicárdica, deshidratada y subfebril. Al examen físico destacó soplo sistólico V/VI en todos los focos. En el laboratorio presentó anemia normocítica normocrómica, parámetros inflamatorios elevados y hematuria microscópica. La tomografía computada de tórax mostró signos de infarto pulmonar y condensación en lóbulo medio derecho. El ecocardiograma transesofágico evidenció masa en velo mayor de válvula mitral de 6,7 milímetros y CIV de 5 milímetros con flujo de izquierda a derecha. Presentó 6 hemocultivos positivos para *Streptococcus sanguinis* multisensible.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de embolia paradójal por EI requiere de un alto índice de sospecha en contexto de patología cardíaca estructural y un cuadro consuntivo febril, asociado a manifestaciones clínicas embólicas de origen cardíaco izquierdo y derecho en concomitancia, siendo las últimas permitidas en este caso por un shunt de izquierda a derecha generado por una CIV. Se trata de un caso de interés dado el escaso reporte de casos en la literatura y por ende la poca experiencia clínica asociada a esta entidad.

PALABRAS CLAVE: Embolía paradójal; endocarditis infecciosa izquierda; endocarditis Infecciosa.

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME DE WÜNDERLICH POR ANGIOMIOLIPOMA RENAL EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Juan Carlos Solís G.(1), Ignacio Pozo M.(1), Diego Navarro B.(1), Christian Ortiz S.(1), Claudio Ubilla R.(2).

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

2 Medicina Interna, Hospital Barros Luco-Trudeau.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La esclerosis tuberosa (ET) es una entidad autosómica dominante de alta penetrancia, caracterizada por el crecimiento de tumores mesenquimatosos en diversos órganos. Con una prevalencia de 10-14 / 100.000 habitantes, en virtud del órgano afectado puede tener distintas manifestaciones, destacando compromiso de sistema nervioso central, cutáneo, renal y pulmonar. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 49 años con antecedentes de monorrena quirúrgica, enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis, hipertensión arterial, hipotiroidismo primario, angiomiolipomatosis hepática y renal, y esclerosis tuberosa. Consulta en Urgencia por cuadro de 12 horas de dolor súbito en flanco derecho magnitud 9/10 EVA, irradiado a fosa lumbar ipsilateral; asociado a vómitos y fiebre hasta 38,7° C. Se aprecia en regulares condiciones, taquicárdica, hipotensa, con puño percusión positiva a derecha y signos de irritación peritoneal. Laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, anemia severa y falla renal aguda prerrenal. TC de abdomen y pelvis con contraste informa lesión heterogénea de 19,7x10 cm en polo inferior de riñón derecho con signos de sangrado, asociado a hemoretroperitoneo moderado y hemoperitoneo leve. Se efectúan medidas de reanimación y es evaluada por cirugía con sospecha de síndrome de Wunderlich por angiomiolipoma sangrante, se realiza nefrectomía total derecha de urgencia. Postoperatorio paciente evoluciona favorablemente y mantiene hemodiálisis trisemanal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: El síndrome de Wunderlich (SW) describe el cuadro clínico de una hemorragia espontánea en región perirrenal, una complicación de baja incidencia y comúnmente en contexto de neoplasias renales, siendo las principales el angiomiolipoma renal (AR) y el carcinoma de células renales. Puede evolucionar desde lumbalgia inespecífica hasta abdomen agudo quirúrgico con shock hipovolémico, siendo imprescindible la TC con contraste para su evaluación y el inicio de medidas de reanimación. El caso presentado corresponde a un SW en contexto de AR en paciente con ET, un diagnóstico diferencial importante al considerar los antecedentes de la paciente.

PALABRAS CLAVE: angiomiolipoma renal, esclerosis tuberosa, síndrome de Wunderlich.

CASO CLINICO

Título del trabajo: DIAGNÓSTICO DE TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Fernanda Kara C. (1) , Matias Noguera H. (1), Hi-Ru Chang G. (2), Vicente Cunill D. (2), Manuel Barrera O. (3)

1. Estudiante Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

2. Estudiante Medicina Universidad de Chile

3. Residente Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La toxoplasmosis es la infección del sistema nervioso central más común en pacientes portadores de virus de inmunodeficiencia humana (PPVI). La sospecha diagnóstica es con un cuadro clínico compatible, asociado a serología positiva y una imagen característica con una o múltiples lesiones en ganglios basales con refuerzo en anillo, asociado a edema. Se prefiere la resonancia magnética cerebral (RM) dada su alta sensibilidad. La confirmación diagnóstica es mediante biopsia.

CASO CLÍNICO: Hombre de 37 años, con antecedentes de epilepsia desde la infancia y portador de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) desde el 2014 con mala adherencia a terapia anti retroviral. Presenta cuadro de 15 días caracterizado por cefalea, sensación febril y compromiso de conciencia cuantitativo. Al examen físico llega bradipsíquico, somnoliento, desorientado en tiempo y espacio, con hemiparesia braquiocrural derecha. En exámenes de laboratorio destacaba anemia, leucopenia y falla renal. Se realiza Resonancia nuclear magnética (RNM) de cerebro que muestra absceso talámico izquierdo de 14x13mm con áreas de restricción a la difusión, refuerzo anular periférico con efecto de masa caracterizado por compresión del tercer ventrículo, marginado por edema que se extiende al tálamo y estructuras adyacentes. Serología positiva para toxoplasma. Ante probable diagnóstico de toxoplasmosis se inicia terapia con cotrimoxazol endovenoso 10 mg/kg/día. Evoluciona con buena respuesta clínica desde el punto de vista neurológico y con disminución del tamaño de la lesión al control imagenológico. Se realiza traslape a terapia oral y se da de alta con control ambulatorio.

CONCLUSIONES: La toxoplasmosis cerebral es una enfermedad frecuente en PPVI que requiere diagnóstico precoz para lograr un tratamiento oportuno. El diagnóstico presuntivo se basa en un cuadro clínico asociado a serología e imagen cerebral. La RNM de cerebro es el examen imagenológico de elección dada su alta sensibilidad e imagen característica.

PALABRAS CLAVE: *Toxoplasmosis cerebral, Inmunodeficiencia adquirida, Toxoplasma*

CASO CLINICO

Título del trabajo: INSUFICIENCIA CARDIACA POR MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Natalia Cortes B.(1), Florencia De la Maza V.(1), Joaquín Díaz L.(1), Alejandro Domínguez B. (1), Roberto Brito A. (2).

(1) Interno de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

(2) Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome que se puede producir por diferentes enfermedades cardíacas. Una causa no común la representan las patologías congénitas, donde se encuentra la no compactación ventricular izquierda (NCVI). Se reporta un 3-4% de prevalencia de NCVI en IC. La patología puede ser esporádica o familiar y la presentación clínica va desde pacientes asintomáticos hasta la insuficiencia cardíaca.

CASO CLÍNICO: Paciente con antecedentes de hipotiroidismo y dislipidemia, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por aumento progresivo de disnea de esfuerzo y disminución de la capacidad funcional hasta IV. Asociado a esto, presenta ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores y episodios de palpitaciones ocasionales. En los exámenes de ingreso destaca; electrocardiograma en ritmo sinusal, hemibloqueo anterior izquierdo y extrasístoles supraventriculares frecuentes; Biomarcadores: Pro-BNP 10.400, Troponinas 0.06, Dimero D 2894. Se realiza angioTC de tórax sin signos de tromboembolismo pulmonar, derrame pleural bilateral moderado y cardiomegalia. Se realiza ecocardiograma con hallazgo de hipertrabeculación en región medioapical lateral y punta sugerente de miocardiopatía no compactada. Fracción de eyección 31%. Evoluciona con taquicardias supraventriculares por lo que se realiza Holter de ritmo que muestra ritmo sinusal, con extrasístoles ventriculares frecuente y taquicardia auricular con frecuencia hasta 162/min. Finalmente se complementa estudio con Cardiorresonancia magnética confirmando morfología de no compactación del ventrículo izquierdo.

DISCUSIÓN: La IC es una patología frecuente, la cual presenta múltiples etiologías siendo las más frecuentes la hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, las valvulopatías y las miocardiopatías. Es importante establecer la etiología porque orienta a pronóstico y manejo. En este caso, se presenta una Miocardiopatía no compactada ventricular izquierda como causa de una IC. Es clave este diagnóstico debido a las complicaciones que presentan estos pacientes; aumento de fenómenos trombóticos, arritmias y la asociación con patologías neuromusculares.

PALABRAS CLAVE: *Cardiomiopatía, Insuficiencia cardiaca, No compactación aislada del ventriculo izquierdo*

CASO CLINICO

Título del trabajo: POLICONDRITIS RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Alejandro Domínguez B. (1), Esteban Romero H. (1), Daniela Ulloa B. (1), Gonzalo Martínez L. (1), Valentin Lopez F. (2).

(1) Interno de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

(2) Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La policondritis recurrente es una rara enfermedad del tejido conectivo, autoinmune, caracterizada por episodios recurrentes de artritis de articulaciones, seguidos en algunos casos de degeneración y deformación del tejido cartilaginoso del pabellón auricular, nariz, lesión coclear y vestibular, laringe y el árbol traqueobronquial.

CASO CLÍNICO: Paciente de 72 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico secuelado, Epilepsia secundaria, Asma. Síndrome Vertiginoso de reciente diagnóstico. Usuario de Ácido valpróico, atorvastatina y ácido acetilsalicílico. Sin alergias. Previamente autovalente, consulta por cuadro de 1 año de evolución de poliartralgia simétrica con intensidad 5/10, no migratoria, localizada en manos: articulaciones metacarpo falángicas e interfalángicas proximales y distales; rodillas; hombros; y pies. Asociado a aumento de volumen articular en forma intermitente, impotencia funcional y rigidez matinal. Evolucionando con mayor impotencia funcional, compromiso del estado general y baja de peso cuantificada en 6 kilos en el último año. Dirigidamente, refiere ojo rojo y prurito bilateral, sin fotofobia, ni dolor, sin otros hallazgos de la esfera reumatológica. Al examen físico: estable hemodinámicamente, ojo rojo superficial bilateral, nariz en silla de montar. Pabellones auriculares con cartílago disminuido. Sin adenopatías, con tórax simétrico, sin uso de musculatura accesorio. Artritis de las articulaciones previamente comprometidas. Edema generalizado de pie bilateral y tono disminuido. Laboratorio destaca: Hb:10.2 Leucocitos: 8700 Plaquetas 418000 VHS:55 PCR:135 Factor Reumatoideo (-) ANA (+) patrón granular ANCA (+) 1:20 TAC de CPN: Se realiza informado con discretos signos de rinitis. Desviación del tabique nasal en S itálica. Se indica tratamiento, con Prednisona y se añaden profilaxis correspondientes. El paciente evoluciona estable con buena tolerancia a medicamentos, disminución progresiva del dolor y mejora de los rangos de movimiento articulares.

CONCLUSIÓN: El principal desafío es diagnóstico, debiendo diferenciarse de otras enfermedades del espectro reumatológico. Respondiendo al tratamiento corticoidal favorablemente.

PALABRAS CLAVE: Artritis, Corticoesteroides, Policondritis recurrente.

CASO CLINICO

Título del trabajo: ASOCIACIÓN ENTRE ANTÍGENO DE HISTOCOMPATIBILIDAD HLA-B51 Y ENFERMEDAD DE BEHCET. REPORTE DE UN CASO

Autores: Hi-Ru Chang G. (1), Vicente Cunill D. (1), Ignacio Burstein M. (1), Franco Bortolameolli V. (2)

1 Estudiante Medicina Universidad de Chile Sede Norte

2 Residente Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behcet (EB) corresponde a una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica y recurrente (1). Su diagnóstico clínico es difícil pues su presentación clínica es variable y no se cuentan con exámenes específicos para su detección. Su etiología es desconocida, sin embargo se atribuye a factores ambientales e infecciosos y se ha descrito su relación con la presencia del antígeno leucocitario humano HLA- B51.

CASO CLÍNICO: Paciente de 72 años, sexo femenino, con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de resolución espontánea a los 50 años. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por mialgias, poliartralgias de pequeñas y medianas articulaciones asociado a fiebre persistente, nódulos eritematosos periarticulares dolorosos y úlceras orales. Sin otros síntomas asociados.

En exámenes de ingreso destacaba anemia normocítica normocrómica, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación elevadas. Se realiza biopsia Punch en lesiones nodulares en donde se describe Dermohipodermatitis neutrofílica con vasculitis de vaso mediano y pequeño de celularidad mixta. Se decide hacer estudio de detección de antígeno de histocompatibilidad, resultando positivo para HLA-B51. Se configura el diagnóstico de EB. Se inicia corticoterapia y ciclofosfamida logrando resolución de la sintomatología.

CONCLUSIONES: La EB corresponde a un síndrome clínico de etiología desconocida, sin embargo la evidencia actual ha asociado la enfermedad a factores ambientales, infecciosos y genéticos, siendo el antígeno HLA-B51 uno de los más estudiados. Si bien el diagnóstico se basa en criterios clínicos, la detección de HLA- B51 en pacientes con presentación clínica atípica y alta sospecha diagnóstica podría ser beneficioso para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: *Enfermedad de Behcet, Paniculitis, Vasculitis*

CASO CLINICO

Título del trabajo: USO DE MIDOSTAURINA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA) FLT3 POSITIVO. REPORTE DE UN CASO.

Autores: Hi-Ru Chang G.(1), Vicente Cunill D (1)., Fuad Alamo A (1)., Fernanda Kara C (2), Sebastián Hidalgo (3).

1Estudiante Medicina Universidad de Chile Sede Norte.

2Estudiante Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

3Residente Hematooncología, Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La mutación de FLT3 en Leucemia Mieloide aguda (LMA) presente en el 30% de los casos de LMA, se asocia a mayor mortalidad y recidiva. Midostaurina es un inhibidor específico de FLT3 que se encuentra en ensayo clínico fase III (RATIFY). Utilizado en combinación con quimioterapia ha demostrado que mejora la supervivencia global de forma significativa (1) en comparación al tratamiento habitual.

CASO CLÍNICO: Paciente de 58 años, sexo masculino, previamente sano. Consulta en Hospital Clínico Universidad de Chile en Noviembre 2018 por cuadro de 2 semanas, caracterizado por astenia, fiebre hasta 39° c y epistaxis. Hemograma de ingreso: anemia, trombocitopenia, leucocitosis y blastos al frotis. Mielograma y citometría de flujo (CMF) compatible con LMA. Cariotipo normal y estudio molecular FLT3 ITD positivo. Se descarta compromiso en sistema nervioso central por CMF. Recibió quimioterapia de inducción con citarabina/daunorubicina. Como complicaciones cursó con mucositis oral y gastrointestinal, además de Neutropenia febril por *Enterococcus Faecium*. Adquiere remisión completa de la enfermedad. En enero 2019 recibe primer ciclo de consolidación con dosis altas de citarabina, iniciándose Midostaurina 50 mg cada 12 horas desde el día +8 al +21. Terapia bien tolerada y sin eventos adversos importantes. Recibe segundo ciclo de consolidación en febrero 2019 bajo el mismo protocolo. Dado de alta con mielograma y citometría de flujo con remisión completa de enfermedad.

En Abril 2019 se realiza trasplante alogénico de médula ósea, hasta la actualidad sin evidencia de recidiva de enfermedad.

CONCLUSIONES: El uso de Midostaurina, como terapia dirigida, ha mejorado la sobrevida global de forma significativa cuando se utiliza en LMA FLT3 (+) en conjunto con quimioterapia citotóxica (OS: 51 vs 44% a 4 años), siendo su uso bien tolerado y seguro. Es necesario extender el uso y estudio de nuevas terapias para LMA dado el mal pronóstico de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: *Leucemia mieloide aguda, oncogenes, pronóstico.*

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Título del trabajo: TUBERCULOSIS EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, REVISIÓN DEL ÚLTIMO AÑO

Autores: M. Gabriela Caballero Q. (1), Carla Almeida A. (1), Valeria Cortés B. (2), Simón Muñoz S. (2), Camila Valencia (3), Danette Guiñez (3), Sebastián Chávez (3).

(1) Interno séptimo año de medicina Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

(2) Alumno tercer año de medicina Universidad de Chile.

(3) Médico internista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) sigue siendo uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, reportándose una alta incidencia y mortalidad anual. En 2014 la OMS adopta estrategias con el fin de controlar la enfermedad, sin alcanzar los resultados esperados. En Chile en 2017 se invierte la curva de descenso hacia el ascenso de la incidencia. Si bien su manejo es predominantemente ambulatorio, pacientes que se hospitalizan conforman un grupo importante de los cuales existe poca información epidemiológica en nuestro país.

OBJETIVO: describir la situación epidemiológica de la tuberculosis en un hospital universitario en el último año.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados de TBC (pulmonar y extrapulmonar) en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile desde julio 2018 hasta julio 2019. De las fichas se recolectaron datos sobre: demografía (edad, sexo, nacionalidad); lugar de consulta (servicio de urgencia, ambulatorio); método de diagnóstico de TBC (baciloscopías y PCR); tipo de TBC (pulmonar y extrapulmonar); factores de riesgo (alcoholismo, drogas, tabaquismo e inmunosupresión); síntomas y signos de presentación. Se registraron los datos en tablas Excel, para proceder a comparar frecuencias de las variables cualitativas y calcular medidas de tendencia central de aquellas cuantitativas.

RESULTADOS: Se identificaron 20 paciente diagnosticados de TBC, principalmente hombres chilenos edad promedio 46 años, 2 VIH(+). En relación a síntomas y signos, los pacientes presentaron: baja de peso (40%), expectoración (25%), tos (25%), diaforesis nocturna (25%), entre otros de menor prevalencia. Se obtuvo una latencia diagnóstica promedio de 11 meses y 1 semana.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Los resultados preliminares obtenidos discrepan con la literatura existente sobre el hospital de Puerto Montt, en donde primaban los síntomas respiratorios en hospitalizados. Esto podría atribuirse a un acotado tiempo de observación o tamaño muestral. En conclusión, cabe repetir el estudio epidemiológico en otros centros hospitalarios.

PALABRAS CLAVE: *epidemiología, hospitalización, tuberculosis.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: HERNIA DIAFRAGMÁTICA Y MIASTENIA GRAVIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Vicente Cunill D. (1), Gonzalo Martínez L. (1), Enrique Cruz M. (3), Gabriel Sandoval S. (2) José Miguel Clavero R. (4).

(1) Interno Medicina 7mo año, Universidad de Chile.

(2) Residente Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(3) Alumno de Medicina 5to año, Universidad de Chile.

(4) Profesor titular, departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafrágicas (HD) se definen como la transposición de órganos abdominales a la cavidad torácica, a través de un defecto del músculo frénico. La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune caracterizada por fatiga y debilidad muscular localizada o generalizada. La MG puede comprometer en grado variable la musculatura respiratoria, siendo una de las causas de parálisis diafrágicas descritas, con ascenso diafrágico y en algunos casos hernias.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, con antecedente de parálisis frénica derecha persistente secundaria a MG la cual se manifiesta por historia de larga data de disnea en decúbito y de pequeños esfuerzos. Dentro de sus estudios ambulatorios cuenta con tomografía computada de tórax que evidencia marcado ascenso de la cúpula diafrágica derecha, la que alcanza el nivel del arco aórtico, determinando atelectasia de gran parte de los lóbulos medio e inferior derecho, con desplazamiento del corazón hacia el lado contralateral y compresión de la aurícula derecha (Figura N°1 y N°2). En este contexto se decide reparación quirúrgica electiva donde se realiza una hernioplastia diafragmática derecha por videotoracosopia más pleurostomía ipsilateral sin incidentes. El paciente es trasladado a sala de intermedio quirúrgico donde evoluciona favorablemente, es trasladado a sala común y dado de alta a los 3 días sin evidencia de complicación. El control imagenológico post-operatorio muestra disminución considerable del compromiso del hemitórax derecho, con descenso de la cúpula frénica derecha y corrección parcial del desplazamiento cardíaco (Figura N°3).

CONCLUSIONES: La HD en el adulto es un cuadro relativamente poco frecuente, donde como etiología debe plantearse el ascenso diafrágico por compromiso de la musculatura respiratoria secundaria a MG en paciente con este antecedente. La hernioplastia diafragmática por videotoracosopia aparece como una buena opción de tratamiento en pacientes que presenten síntomas respiratorios y cuenten con la condición clínica para someterse al procedimiento.

PALABRAS CLAVE: *Hernia diafragmática, miastenia gravis, hernioplastia diafragmática.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: QUISTE SUPRARRENAL GIGANTE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE QUISTE RETROPERITONEAL.

Autores: Francisca Marín C. (1), Juan Fuentes F. (1), Ximena Salas O. (1), Juan Poblete S. (1), Dr. Augusto Barrera Z. (2).

(1)Interno/a de Medicina de Séptimo año. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

(2)Becado de Cirugía Primer año, Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los tumores retroperitoneales son poco frecuentes, representando el 0.2 - 3% del total. Mientras que las lesiones quísticas suprarrenales se reportan entre un 0.064 - 0.18% de las biopsias. Por su infrecuencia y difícil diagnóstico, suelen ingresar a pabellón con diagnósticos errados.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina, 47 años, sin antecedentes, ingresa a servicio de cirugía por cuadro de un año de dolor en hipocondrio derecho, con ecografía abdominal que informa quiste dependiente del segmento hepático posterior de 14.4 x 11.2 cm. Se realiza TC de abdomen que corrobora extensa lesión quística hepática, de pared fina, con niveles líquido-líquido más denso en su porción declive, de 15.3x 11.8 x 18 cm, ejerciendo efecto de masa sobre parénquima hepático y renal derecho. Se sospecha quiste hepático hidatídico. Serología para hidatidosis resulta negativa, pero dada baja sensibilidad conocida se decide indicación de Albendazol preoperatorio. Se realiza cirugía mediante laparotomía que identifica gran quiste retroperitoneal, sin componente intrahepático. Se drena y explora contenido, sin identificar membranas ni vesículas que sugieran etiología hidatídica. Se resecta en forma completa, se envía pieza quirúrgica a estudio diferido. Posteriormente se rescata biopsia que informa quiste simple suprarrenal, sin requerir nuevas conductas terapéuticas.

DISCUSIÓN: El diagnóstico diferencial de una masa retroperitoneal, es dirigida según su ubicación y características radiológicas. En este caso, el diagnóstico diferencial se hizo con quiste hidatídico hepático, por su similar presentación. Los quistes suprarrenales de mayor tamaño se presentan de manera inespecífica, como dolor abdominal, síntomas gastrointestinales o masa palpable. No hay consenso en su manejo definitivo, aunque en su mayoría es quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: Abdominal, Quiste, Retroperitoneal

CASO CLINICO

Título del trabajo: ROTURA ESPONTÁNEA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN UN PACIENTE NO CIRRÓTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Sergio Narbona T.(1), Joaquín Aracena A.(1), Daniela Ulloa P.(1), Nadia Peñailillo Sepulveda.(1), Patricio Araya C.(2).

(1) Interno de Medicina Universidad de Chile.

(2) Medico-Cirujano Hospital de Villarica

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el cáncer primario hepático más frecuente. El 80% se desarrolla en hígados cirróticos, detectándose, generalmente, en imágenes de control. En pacientes no cirróticos (NC), generalmente se diagnostica en etapas avanzadas y sintomáticas. Los síntomas principales son dolor y distensión abdominal, baja de peso y anorexia. La ruptura espontánea del CHC (RECHC) es una presentación infrecuente que conlleva una mortalidad de hasta el 50%. Presentamos un caso de una RECHC en un paciente NC.

CASO CLÍNICO: Paciente, sexo masculino de 59 años, sin antecedentes de daño hepático crónico, consulta por cuadro de dolor epigástrico intenso, ictericia, diarrea y vómitos. Ingresa estable, afebril, destaca ictérico, epigastrio sensible a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Al laboratorio destaca anemia moderada, parámetros inflamatorios elevados, perfil hepático globalmente alterado e hiperlipasemia. Se realiza tomografía computada (TC) de abdomen y colangiorresonancia que objetivan hígado NC con masa hepática izquierda, compatible con hepatocarcinoma, asociado a sangrado y hemoperitoneo. Se decide segmentectomía lateral hepática, observándose en pabellón, hemoperitoneo y hematoma en relación a segmentos laterales por tumor ulcerado. Biopsia diferida informa hepatocarcinoma. El paciente evoluciona favorablemente, dándose el alta.

DISCUSIÓN: La RECHC se presenta en menos de 3% de los CHC en países occidentales. Los síntomas más frecuentes son dolor, distensión abdominal y shock hemorrágico. La TC puede objetivar un tumor periférico, protruyendo sobre margen hepático asociado a hematoma circundante y hemoperitoneo. El diagnóstico se realiza principalmente por TC y/o ecografía, sin embargo, hasta un 33% aún se diagnostica en pabellón. Dentro de las opciones de tratamiento se describe el manejo conservador, la embolización transarterial y la resección hepática.

CONCLUSIÓN: La RECHC es una manifestación infrecuente de abdomen agudo, especialmente en pacientes NC, sin embargo, presenta una elevada mortalidad, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno cobran especial relevancia.

PALABRAS CLAVE: *Carcinoma hepatocelular, Hígado no cirrótico, Ruptura espontanea.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SARCOMA RECURRENTE DISTANTE, METASTASIS RESECABLE. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Sergio Narbona T.(1), Joaquín Aracena A.(1), Daniela Ulloa P.(1), Nadia Peñailillo Sepulveda.(1), Patricio Araya C.(2)

(1) Interno de Medicina Universidad de Chile.

(2) Medico-Cirujano Hospital de Villarica

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los sarcomas de tejido conectivo son una entidad rara que se puede presentar en todos los sitios anatómicos del cuerpo, siendo lo más común extremidades, con posibilidad de diseminación a distancia. En las metástasis a distancia, las pulmonares son las únicas con posibilidad de cirugía curativa.

CASO CLÍNICO: Paciente con antecedente de sarcoma, diagnosticado el 2017. Resección en dos ocasiones en brazo derecho. El 2018 en imagen de control descubren hallazgo de nódulo pulmonar que corresponde a sarcoma según biopsia. Desde la fecha se ha sometido a 4 resecciones, sin embargo, por persistencia de patología se hospitaliza para resección de tumor. Al ingreso sin hallazgos relevantes al examen físico. En imágenes tomografía computada de Torax con contraste: masa hilar izquierda de aspecto neoplásico de 28x76x52mm, heterogénea al medio de contraste. Se realiza lobectomía superior izquierda, sin incidentes. Evoluciona de manera favorable.

DISCUSIÓN: Al cáncer se le llama recurrente cuando reaparece después del tratamiento. La recurrencia puede ser local o distante. En la diseminación a distancia lo más común es que sea hematógena, particularmente pulmonar. En este caso a diferencia de otras localizaciones es posible extirpar todas las áreas de propagación mediante cirugía a pesar de ser categorizado como etapa IV, que generalmente se asocia a un manejo paliativo.

CONCLUSIÓN: Los sarcomas de tejido blando son una entidad rara y maligna, con posibilidad de metástasis, sobre todo pulmonar en el caso de ser distantes. Cuando no hay enfermedad extratorácica, derrame pleural, adenopatías sospechosas, teniendo controlado el tumor primario, el paciente es candidato a una resección de metástasis.

PALABRAS CLAVE: *Metástasis, Neoplasia de tejido conjuntivo y blando, Sarcoma.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: PARO CARDIORRESPIRATORIO ASOCIADO A INDUCCIÓN ANESTÉSICA EN PACIENTE CON SÍNDROME URÉMICO E HIPERKALEMIA GRAVE: PRESENTACIÓN CATASTRÓFICA DE INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL.

Autores: Carla Almeida A. 1 ; Joaquín Aracena A. 1 ; Paula Almeida A. 2 ; Sergio Narbona T. A. 1, Luis Toro C. 3.

(1) Interno de Medicina, Universidad de Chile.

(2) Estudiante de Medicina, Universidad de Chile.

(3) Médico Internista, Doctor en Ciencias Médicas, Hospital Clínico Universidad de Chile, Universidad de Chile, FACP.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), presentan alteraciones hidroelectrolíticas que requieren terapia de reemplazo renal como hemodiálisis (HD). Estos pacientes tienen elevada tasa de morbilidad en procedimientos quirúrgicos y anestésicos, llegando a más de 100 veces respecto a población general. Este riesgo disminuye realizando HD 24 horas previas al procedimiento. En pacientes sin acceso vascular e indicación de cirugía de urgencia, se debe realizar el procedimiento sin preparación adecuada. Reportamos un caso de un paciente con ERCT sin posibilidad de HD, que presenta una complicación anestésica.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino, afroamericano, 46 años, con ERCT en HD, hipertensión, trombofilia primaria, múltiples trombosis venosas y agotamiento de capital vascular. Ingresa por disfunción de acceso vascular para hemodiálisis (prótesis femoral) y síndrome urémico con compromiso de conciencia. Exámenes: K: 7,5 BUN: 140 Pi: 11 Ca: 6,5 pH: 7,20. Se maneja con resina de intercambio, insulina/glucosa, bicarbonato de sodio, régimen cero, estable en exámenes y cuadro clínico. Se intenta colocar catéter de HD vía percutánea, frustrado dada múltiples vasos venosos trombosados. Ingres a pabellón de urgencia para instalación quirúrgica de catéter de hemodiálisis. Durante inducción anestésica cae en apnea con intubación difícil y desaturación, bradicardia extrema y actividad eléctrica sin pulso, manejado con adrenalina 2 mg, atropina 0.8 mg y maniobra de reanimación por 3 minutos. Paciente sale en ritmo sinusal, pulso detectable. Se instala catéter yugular izquierdo, trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos, logrando hemodiálisis exitosa, mejoría de parámetros de laboratorio y neurológicos.

DISCUSIÓN: Las consideraciones preoperatorias y optimización previa son cruciales en pacientes con ERCT. Presentan cambios farmacocinéticos por variaciones de pH, hipoproteinemia, y limitada eliminación renal. Es fundamental controlar el volumen, potasio y correcta aplicabilidad de técnicas depuradoras. Son factores difíciles de manejar en cirugías de urgencia, requiriendo monitorización intensiva con apoyo de unidad crítica en post-operatorio.

PALABRAS CLAVE: *Enfermedad renal crónica terminal, Inducción Anestésica, Paro cardiorrespiratorio intrahospitalario.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: INTUSUSCEPCIÓN COMO DEBUT DE CÁNCER DE COLON EN ADULTO, REPORTE DE CASO CLÍNICO

Autores: MANUEL JARAMILLO G. (1), FELIPE BARRÍA W. (1), LUCAS BARROS G. (1), SOFÍA RODRÍGUEZ F. (1), KAREN SCHÖNFFELDT G. (3), LEONARDO ESPÍNDOLA S. (4).

1. Autores; Interno sexto año Medicina - Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Co-autor; Interno sexto año Medicina - Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
3. Tutora; Becada Cirugía Coloproctológica - Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
4. Tutor; Cirujano coloproctólogo - Jefe Coloproctología Hospital Militar de Santiago, Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La intususcepción corresponde a la invaginación de un segmento de intestino dentro del segmento distal consiguiente. Se le atribuye la clásica triada clínica de dolor abdominal, diarrea sanguinolenta y masa abdominal palpable, entidad frecuente en pediatría. Sin embargo, en adultos, este diagnóstico es poco común, presentándose más frecuentemente con síntomas gastrointestinales inespecíficos. A continuación se presenta un caso clínico de intususcepción en paciente adulto, en el cual se cumple la triada descrita.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 46 años, antecedente familiar de hermano con cáncer de colon. Consulta por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda de cuatro días de evolución, asociado a deposiciones sanguinolentas. Al examen físico destaca dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, asociado a masa en flanco izquierdo. Dentro del estudio se realiza tomografía axial computada de abdomen y pelvis, en la cual se aprecia imagen sugerente de intususcepción colocolónica. Se decide hospitalización para estudio y tratamiento del cuadro. Colonoscopia posterior confirma presencia de gran tumor de aspecto polipoideo a 60 centímetros del margen anal, que actúa como cabeza invaginante. Se realiza hemicolectomía izquierda laparoscópica con anastomosis colo-rectal. En el intraoperatorio se confirman hallazgos descritos anteriormente; sin evidencia macroscópica de compromiso tumoral hacia estructuras adyacentes. Se realiza cirugía sin incidentes y la paciente es dada de alta.

CONCLUSIÓN: La triada clásica de intususcepción descrita en pediatría es muy inusual en adultos. Se ha descrito que un 86% de los pacientes adultos presentan dolor abdominal, no obstante rectorragia y masa abdominal palpable se observa en 27% y 9% respectivamente. La presentación clínica de un cáncer de colon en forma de intususcepción es excepcional.

PALABRAS CLAVE: *Adulto, Intususcepción, Neoplasias Colorrectales*

CASO CLINICO

Título del trabajo: CÁNCER GÁSTRICO Y CÁNCER DE COLON: DOS PRIMARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Daniela Ulloa B.(1), Joaquín Aracena A.(1), Néstor Abarzúa A.(1), Gabriel Sandoval S.(2), Ramón Gonzalo Cardemil (3).

(1) Interno de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Residente de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(3) Cirujano de Tórax, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los tumores múltiples primarios (TMP) descritos como cánceres con distinta histología excluyendo la metastásica, son poco frecuentes conformando el 0.7 a 11.7% de los cánceres y 5-11% de las autopsias. El estómago y el colon son los sitios más frecuentes de primarios sincrónicos, describiendo la incidencia de cáncer gástrico sincrónico en cáncer de colon en un 2% aproximadamente, siendo su presentación en el 80% de los casos como cánceres tempranos y presentándose con mayor frecuencia en hombres mayores de 65 años.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino, 71 años, sin antecedentes mórbidos, en controles de salud, se pesquisa anemia asintomática, donde se realiza estudio con TC de Abdomen y Pelvis con Contraste que muestra: Engrosamiento focal sésil de pared gástrica corporal anterior. Esteatosis hepática. Pequeña imagen con aspecto de quiste en lóbulo hepático derecho. Test Hemorragias oculta positivo y Colonoscopia con lesión elevada y ulcerada de colon ascendente proximal. Ingresa con hemoglobina de 7.3. Se decide resolución quirúrgica y realiza el día hemicolectomía Derecha + Ileo-Transverso Anastomosis termino-terminal Manual + Resección de Pared Total de GIST de Cuerpo Gástrico. Se rescatan biopsias, que evidencian cáncer de colon derecho con tipo histológico correspondiente a adenocarcinoma tubular poco diferenciado y cáncer Gástrico Incipiente con tipo histológico correspondiente a adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Se decide en comité oncológico completar cirugía con criterio oncológico.

DISCUSIÓN: La presencia de dos tumores primarios sincrónicos es una patología de baja incidencia, sin embargo, el caso previo se condice con la epidemiología de presentación descrita en la literatura. Es fundamental conocer esta presentación en este tipo de pacientes y realizar un diagnóstico adecuado, dado que el pronóstico y tratamiento es individualizado y variable según la localización y estadio tumoral de los cánceres presentes.

PALABRAS CLAVE:. *Cáncer gástrico, Cáncer de colon, Tumor primario múltiple.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA IATROGÉNICA POST NEFRECTOMÍA

Autores: Natalia Cortés B. (1), Florencia De La Maza V. (1), Joaquín Díaz L. (1), Alejandro Domínguez B. (1), Figueroa Giralt M.(2)

1. Estudiante de Medicina Universidad de Chile

2 Médico cirujano, Cirugía Digestiva Hospital Clínico Universidad de Chile, Profesor Asistente Facultad de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas se definen como la protrusión de contenido abdominal en la cavidad torácica por un defecto en el diafragma. Se clasifican en congénitas o adquiridas. Las congénitas son las de Bochdalek (95%) y Morgagni (2%). Las adquiridas corresponden a las hernias hiatales, traumáticas o iatrogénicas, que pueden ser secundarias principalmente a cirugías torácicas, digestivas altas o nefrectomías.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 81 años hipertenso, cardiópata coronario, en tratamiento paliativo por cáncer nasal y monorreno izquierdo por cáncer renal desde hace 3 años. Consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, distensión abdominal progresiva y constipación, a lo que se agrega dificultad respiratoria. En urgencias evoluciona con insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva, decidiéndose intubación orotraqueal. Post intubación el paciente presenta un paro cardiorrespiratorio recuperado. Se realizan exámenes de laboratorio donde destaca pH 6,95, falla renal y trastorno de coagulación. En la tomografía se evidencia dilatación patológica de asas de intestino delgado y colon, con punto de obstrucción en el colon transverso en relación a una hernia diafragmática anterior derecha.

Se realiza una laparotomía abierta de urgencia donde se evidencia la hernia diafragmática anterolateral derecha con contenido de epiplón y colon transverso necrótico. Además, se observa ciego, colon ascendente e íleon distal necróticos. Se realiza reducción de hernia, hemicolectomía derecha ampliada, aseo y laparostomía. En el post operatorio evoluciona con falla multiorgánica falleciendo a las 48 horas post cirugía.

DISCUSIÓN: Las hernias diafragmáticas con obstrucción intestinal son muy raras, sobretodo en el lado derecho por la protección que otorga el hígado. En este caso se interpretó como una hernia diafragmática iatrogénica post nefrectomía, ya que el paciente no tiene antecedentes de trauma abdominal, no existen estigmas clínicos de una hernia congénita y solo tiene el antecedente quirúrgico de la nefrectomía por laparotomía subcostal derecha.

PALABRAS CLAVE: *hernia diafragmática, obstrucción intestinal, nefrectomía*

CASO CLINICO

Título del trabajo: PARO CARDIORESPIRATORIO COMO COMPLICACIÓN SECUNDARIA EN PACIENTE CON ESTENOSIS TRAQUEAL POR SÍNDROME DE BOERHAAVE, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Daniela Ulloa B.(1), Joaquín Aracena A.(1), Antonia Nuñez V.(1), Néstor Abarzúa A.(1), Gabriel Sandoval S.(2), José Miguel Clavero R.(3).

(1) Interno de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Residente de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(3) Cirujano de Tórax, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La rotura esofágica espontánea (Sd. Boerhaave), es una entidad poco común producida por un aumento súbito de la presión intraesofágica, asociado a un 10-50% de mortalidad. Generalmente los pacientes requieren de una traqueostomía prolongada, desarrollándose una estenosis traqueal en un 5-20% de los casos, la cual, se presenta en un 1% como una disfunción respiratoria severa.

CASO CLÍNICO: Mujer de 71 años, con antecedentes de LES en tratamiento y hospitalización prolongada en UPC por Sd. de Boerhaave, complicada con mediastinitis, esofagectomía con esofagostoma cervical. Posteriormente con faringoesofagostoma, fístula traqueo-mediastínica con prótesis traqueal, yeyunostomía y traqueostomía, dándose de alta decanulada. Evoluciona con cuadro de 3 días de disnea progresiva y episodio convulsivo. Ingresando a urgencia donde se evalúa con TC cerebro, que descarta causa isquémica, impresiona episodio convulsivo secundario a hipoxia aguda. Ingresa a Intermedio, se realiza TC Tórax que informa estenosis supraprotésica de 7 mm, prótesis traqueal permeable, distancia glotis - estenosis aprox 2 cm. Se evalúa por cirugía mediante broncoscopia flexible, realizándose resección de Estenosis con láser diodo y balonplastía, logrando lumen permeable del 70% de diámetro traqueal. Posteriormente se traslada a sala donde presenta paro cardio respiratorio de etiología hipóxica, En TC de control con estenosis traqueal torácica. requiriendo IOT. Se realiza fibrobroncoscopia donde se evidencia estenosis residual la que se resecciona y balonplastía, logrando diámetro traqueal de 90%, con resección de endoprótesis. Posteriormente con evolución favorable, siendo decanulada y dada de alta.

DISCUSIÓN: Para cualquier médico que maneje la vía aérea resulta fundamental la sospecha y el diagnóstico de este tipo de enfermedades, por las complicaciones y el riesgo que conllevan. Cuando nos enfrentemos a una estenosis traqueal tras intubación resulta fundamental una adecuada historia clínica y grado de alerta de aparición de síntomas de alarma para lograr opciones terapéuticas efectivas, individualizadas para cada caso.

PALABRAS CLAVE: *Estenosis Traqueal, Paro cardiorespiratorio, Síndrome de Boerhaave.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MELANOMA PRIMARIO DE PARÓTIDA Y PRIMARIO DESCONOCIDO COMO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES, REPORTE DE UN CASO.

Autores: MANUEL JARAMILLO G. (1), FELIPE BARRÍA W. (1), LUCAS BARROS G. (1), SOFÍA RODRÍGUEZ F. (1), JOSEFINA CAVIEDES M. (2).

1. Autores: Interno Medicina, Universidad de los Andes

2. Tutora: Becada Cirugía General, Universidad de los Andes

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los melanomas que afectan la glándula parótida corresponden en su mayoría a metástasis de lesiones de otro sitio, siendo infrecuentes los casos en que no es posible identificar un tumor primario. Esta entidad se explica por una regresión de la lesión primaria o por un melanoma primario de parótida. Para su correcta diferenciación es necesario un estudio exhaustivo en búsqueda del tumor primario y un análisis anatomopatológico detallado del tumor de parótida. En ambos casos la literatura no es clara acerca del pronóstico, pero se ha descrito que un diagnóstico precoz y tratamiento agresivo mejorarían la sobrevida.

CASO CLÍNICO: Paciente de 76 años, sin antecedentes relevantes, consulta por nódulo retroauricular izquierdo de 2 meses de evolución. Se realiza biopsia excisional que informa hallazgos compatibles con infiltración nodular por melanoma con márgenes positivos. Se realiza estudio completo en búsqueda de primario, sin mayores resultados. Resonancia Nuclear Magnética de cuello muestra nódulo sólido localizado en región posterior de la parótida izquierda. En Tomografía Axial Computarizada de cuello se evidencia lesión nodular hipodensa en la región inferior de parótida izquierda. Se realiza PET-CT donde solo destaca adenopatía hipermetabólica intraparotidea izquierda. Al no haber más hallazgos o indicios de la lesión primaria se programa cirugía.

Se realiza parotidectomía izquierda con disección cervical de grupos ganglionares I, II y III izquierdos. Resultado de biopsia informa melanoma primario de parótida. Paciente a la espera de recibir radioterapia e inmunoterapia, sin evidencias de otro primario conocido.

CONCLUSIÓN: Los melanomas primarios de parótida corresponden a una entidad documentada pero no completamente estudiada. Ante el enfrentamiento de un melanoma en parótida se debe considerar como una opción, pero primero es necesario descartar la presencia de otras lesiones concomitantes que puedan corresponder al tumor primario. Su diagnóstico es controversial siendo necesario el apoyo de anatomía patológica.

PALABRAS CLAVE: *Glándula Parótida, Neoplasias, Neoplasias Primarias Desconocidas.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: HERNIA DE RITCHER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Daniela Ulloa B(1), Sofía Montecinos N(1), José Ruiz M(1), Héctor Paredes B(1), Gabriel Sandoval S(2).

1. Interno de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.
2. Residente de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La Hernia de Richter es la protrusión de solo una parte de la circunferencia del borde anti-mesentérico de un asa intestinal a través de un defecto de la pared abdominal, que suele ser pequeño y rígido, siendo su localización más frecuente el canal femoral. Si bien puede presentarse a cualquier edad, es más frecuente en adultos mayores, principalmente de sexo femenino. Corresponde a una entidad rara dentro de las hernias, aunque su incidencia ha aumentado con la introducción de la cirugía laparoscópica.

CASO CLÍNICO: Paciente femenino, 77 años, con antecedente de Fibrilación Auricular, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Consulta por cuadro de obstrucción intestinal alta con signos imagenológicos de obstrucción y necrosis intestinal secundaria a hernia inguinal. Ingres a pabellón de urgencia, durante inducción anestésica presenta fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida e inestabilidad hemodinámica que requiere cardioversión eléctrica. Se realiza laparotomía exploradora, hallazgo intraoperatorio de obstrucción Intestinal por hernia de Richter femoral derecha con perforación de borde antimesentérico de íleon. Se realiza resección intestinal de íleon necrótico, anastomosis término-terminal manual y drenaje a anastomosis, dado inestabilidad hemodinámica se realiza hernioplastia femoral en un segundo tiempo quirúrgico. Tras 27 días de hospitalización se da de alta.

CONCLUSIONES: Es preciso conocer esta enfermedad y su presentación clínica, ya que se asocia a elevada tasa de complicaciones, fundamentalmente obstrucción intestinal y estrangulación. Esto le otorga mayor mortalidad en comparación a otras hernias abdominales, lo que se hace fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Para su diagnóstico se requiere del examen físico y de imágenes como tomografía computada o ecografía, aunque estas tienen una importante tasa de falsos negativos. La técnica quirúrgica utilizada para su reparación depende de la localización y de la vitalidad del segmento de intestino comprometido.

PALABRAS CLAVE: *Hernia de Richter, obstrucción intestinal, hernioplastia.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: NEUMOPERITONEO EN AUSENCIA DE PERFORACIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: CAMILA OPAZO P.(1), NICOLÁS LOPEZ C.(1), MIGUEL TAPIA L.(1), MARÍA PEÑAILILLO C.(1), GERARDO MONTENEGRO U.(2)

(1) Autores: Interno Medicina. Universidad Mayor, Santiago.

(2) Tutor: Médico Cirujano. Hospital Fuerza Aérea de Chile, Santiago

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El neumoperitoneo suele ser emergencia médica, 90% corresponde a perforación visceral. La causa más frecuente corresponde a la perforación de úlcera péptica. La mayoría de los casos requiere intervención quirúrgica de urgencia. Sin embargo, existen casos poco frecuentes donde la causa está relacionada con procesos intratorácicos, intraabdominales, ginecológicos, iatrogénicos, en los cuales no hay perforación visceral, cuya causa más frecuente es la Neumatosis quística intestinal. Este cuadro tiene un curso benigno y puede ser manejado de manera conservadora.

CASO CLÍNICO: Hombre 87 años, fumador (IPA 120), HTA y colecistectomizado, consulta en urgencia por dolor abdominal posterior a ingesta de alimentos grasos, tipo cólico, vómitos alimentarios y diarrea. Refiere dolor abdominal postprandial y baja de peso en el último mes. Examen físico destaca deshidratación leve, abdomen distendido, timpánico, pérdida de matidez hepática, doloroso, con ruidos hidroaéreos aumentados, sin irritación peritoneal. Parámetros inflamatorios levemente elevados. AngioTAC abdomen y pelvis: gas portal, neumatosis intestinal y neumoperitoneo. Ante sospecha de trombosis venosa mesentérica con compromiso de asa y perforación intestinal, se realiza laparotomía exploradora. Hallazgos intraoperatorios: líquido libre escaso, turbio y neumatosis de asas de yeyuno a 120 cm de ángulo de Treitz, no perforada. Se realiza aseo y laparostomía contenida. Ingresa a UCI anticoagulado con BIC de heparina. A las 48 horas es reintervenido evidenciando asas vitales, sin neumatosis, peristaltismo y curva pletismográfica adecuada, se realiza aseo y laparorrafia. Evoluciona favorablemente dándose alta con anticoagulación oral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Con la presentación del caso y la revisión bibliográfica de la asociación de neumoperitoneo y neumatosis intestinal, se quiere destacar que si bien estos hallazgos radiológicos orientan a perforación e isquemia intestinal, esto puede atribuirse a otras etiologías, cuya evolución es benigna y no requieren intervención quirúrgica como herramienta terapéutica.

PALABRAS CLAVE: *neumoperitoneo, vena porta, perforación intestinal*

CASO CLINICO

Título del trabajo: NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO BILATERAL, A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: Rodrigo Sanhueza E.(1) , Diego Alonso F.(1) , Francisco Sepúlveda R.(1), Macarena González S.(1), Carlos Álvarez Z.(2).

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

(2) Cirujano de Tórax, Jefe de Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento Cirugía Sur. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El Neumotórax Espontáneo (NE) ocurre en ausencia de factores iatrogénicos o traumáticos. El Neumotórax Espontáneo Primario es secundario a la ruptura de bullas apicales subpleurales en los pulmones de personas sin enfermedad pulmonar. Afecta principalmente a hombres jóvenes y delgados con una incidencia de 7.4/100,000. La manifestación bilateral simultánea es una condición rara y forma solo el 1.3% de todos los NE. La presentación clínica puede ser variable desde disnea a insuficiencia respiratoria severa, por lo que el diagnóstico y el tratamiento temprano con drenaje pleural son obligatorios para evitar eventos potencialmente fatales como el neumotórax a tensión. El tratamiento definitivo es de resorte quirúrgico.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 15 años, hiperlaxo, consulta en servicio de urgencia por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por dolor torácico tipo puntada, de inicio súbito en relación a esfuerzo físico, asociado a disnea moderada. Niega otra sintomatología asociada. Se realiza radiografía de tórax que evidencia neumotórax bilateral mayor a derecha posteriormente confirmado con tomografía computada de tórax. Inicialmente se maneja con instalación de pleurostomías aspirativas bilaterales, logrando estabilizar al paciente por lo que se traslada a hospital de mayor complejidad para continuar estudio y manejo. Finalmente el paciente es sometido a videotoracoscopia con apicectomía más pleurodesis bilaterales en dos tiempos. Evoluciona en buenas condiciones generales logrando expansión pulmonar completa, se retiran los drenajes aspirativos y se da de alta con estudio ambulatorio de posible Síndrome de Marfan asociado.

CONCLUSIÓN: A propósito de un caso clínico se puede apreciar la manifestación clínica habitual de una patología poco frecuente que forma parte de un espectro más amplio como lo es el NE. La sospecha, manejo inicial y derivación oportuna del NE es competencia del médico general, quien deberá actuar oportunamente para así evitar consecuencias graves incluso fatales en los pacientes.

PALABRAS CLAVE: *Drenaje Pleural, Neumotórax Espontáneo, Pleurodesis.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO PRESENTACIÓN DE TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Autores: FLORENCIA DE LA MAZA V. (1), GABRIELA CABALLERO Q.(1), ALEJANDRO DOMÍNGUEZ B.(1) , RODRIGO SANHUEZA E.(1), BENJAMÍN ORTÍZ F. (2)

1. Estudiante 7mo año de Medicina Universidad de Chile

2. Residente Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico en Chile es la primera causa de muerte por cáncer en hombres y la tercera en mujeres. El tumor estromal gastrointestinal (GIST) representa menos del 3 % de las neoplasias gastrointestinales; sin embargo, es el tumor mesenquimático más frecuente del tracto digestivo. El 70% de los GIST se localizan en el estómago y un 70-80% presentan comportamiento benigno.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 73 años consulta en Servicio de urgencias por hematemesis masiva, sin otros síntomas acompañantes. Ingresa, hemodinámicamente estable, destaca al examen físico tacto rectal positivo para melena y dentro de sus exámenes de laboratorio una hemoglobina en 10,5 gr/dl. Se realiza endoscopia digestiva alta destacando importante contenido hemático en fondo gástrico y se visualiza enorme varix del fondo, sin lograr visualizar punto exacto de sangrado. Se complementa estudio con tomografía computarizada de abdomen y pelvis que evidencia una masa neoplásica subcardial exofítica, con características de GIST la que presenta comunicación ulcerada con el lumen gástrico. Se decide tratamiento quirúrgico con gastrectomía total, destaca en el intraoperatorio una lesión gástrica de aproximadamente 20 cm de diámetro mayor localizada en fondo y cuerpo gástrico. La biopsia confirma la sospecha diagnóstica.

CONCLUSIÓN: Dada la alta prevalencia del cáncer gástrico en nuestro país, debemos tener un importante índice de sospecha clínica ante manifestaciones del tubo digestivo. Si bien las manifestaciones iniciales del cáncer gástrico son inespecíficas, podemos sospechar una neoplasia tipo GIST en mayores de 50 años con hemorragia digestiva ya sea melena o hematoquezia, dolor abdominal, masa palpable, baja de peso, náuseas y vómitos. Relevante destacar que hasta en un 50% ocurre ulceración, lo que explica la manifestación como hemorragia digestiva, como ocurrió en este caso. El tratamiento es la resección quirúrgica y tienen un buen pronóstico dado el porcentaje de benignidad.

PALABRAS CLAVE: Hematemesis masiva, hemorragia digestiva, tumor estromal gastrointestinal.

CASO CLINICO

Título del trabajo: ISQUEMIA MESENTÉRICA POR BEZOAR EN PACIENTE DIABÉTICO TIPO 2

Autores: Consuelo Martínez- Conde S.(1), Luis Vásquez G.(1), Karina Ramírez C.(1), Constanza Mohor C.(1), Esteban Sepúlveda C.(2).

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago.
2. Médico Cirujano, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Bezoar es una concreción de material no-digerible que se acumula en el tubo digestivo. Son poco frecuentes (incidencia estimada por endoscopia digestiva alta: 0,3%). Clínicamente, la mayoría de los casos, se presenta como obstrucción intestinal.

CASO CLÍNICO: Hombre de 52 años, antecedentes de Diabetes Mellitus 2, de larga data, mal control metabólico y tabaquismo activo. Consulta por cuadro de 2 horas de evolución caracterizado por dolor epigástrico, iniciado en reposo, de manera súbita postprandial. Al examen físico destaca hipotenso, sin dentadura, abdomen sin signos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio destacan, falla renal aguda y ácido láctico aumentado. Scanner de abdomen presenta signos de isquemia mesentérica en yeyuno y hallazgos compatibles con microperforación. No responde a hidratación endovenosa, por lo que, es manejado con drogas vasoactivas en altas dosis. Posteriormente se realiza laparotomía exploradora, identificándose cuerpo intraluminal (limón) a 150 centímetros de la válvula ileocecal de 5x4cm, asa dilatada hacia proximal con paredes necróticas. Se realiza resección de 80cm de yeyuno con anastomosis latero-lateral.

CONCLUSIÓN: La isquemia mesentérica secundaria a bezoar es rara, pudiendo presentarse solo como shock asociado a dolor abdominal. Por eso es relevante sospecharlo en pacientes con cuadro sugerente y antecedentes de patologías que puedan alterar la motilidad intestinal o alteraciones anatómicas que dificulten la masticación. Este paciente presenta al menos dos factores que contribuyen a la formación de bezoar (Diabetes-falta de dentadura). Se recalca la importancia del diagnóstico temprano e intervención oportuna para evitar complicaciones y mejorar la sobrevida.

PALABRAS CLAVE: *Bezoar, Isquemia Mesentérica, Obstrucción intestinal.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MANEJO DE MEDIASTINITIS DESCENDENTE SECUNDARIO A ABSCESO RETROFARÍNGEO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Autores: JOAQUÍN DÍAZ L. (1); MARILUNA CORVALÁN G(1).; HÉCTOR PAREDES B.(1); NATALIA CORTÉS B. (1), DANIEL RAPPOPORT W. (2); GONZALO CARDEMIL H. (3).

1: Interno/a HCUCH/Universidad de Chile.

2: Tutor, Profesor asistente Cirujano de Cabeza y Cuello y Cuello Maxilofacial HCUCH/Universidad de Chile

3: Tutor, Profesor asociado Cirujano de Tórax HCUCH/Universidad de Chile

4: Co-Autor, Becado de Cirugía HCUCH/Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La mediastinitis descendente corresponde a una complicación severa y gran letalidad, generalmente secundaria a la disecciones profundas cervicales, como por ejemplo una infección de espacios profundos retrofaríngeos, foco odontogénico o cervical, desde donde se disemina rápidamente hacia la cavidad torácica. Actualmente el protocolo óptimo de manejo es controversial y hasta la fecha no se han desarrollado guías clínicas que dirijan la conducta.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino y 58 años. Sin antecedentes de relevancia. Consulta por cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por tos seca y odinofagia progresiva, a la cual se agregan disfonía, sialorrea y dificultad respiratoria. Al examen físico destaca estridor, faringe congestiva, amígdalas grado I sin placas y adenopatías cervicales bilaterales dolorosas. Ingresa hemodinámicamente estable y afebril. Estudio evidencia parámetros inflamatorios elevados e imagen de flegmón faríngeo. Cursa con evolución tórpida, donde se decide controlar con TC, que muestra imagen de absceso retrofaríngeo, por lo que realiza exploración cervical y drenaje de absceso. Se identifica bacteriología polimicrobiana. Manejado con corticoides y antibioterapia, con buena respuesta inicial. Nuevamente evoluciona de forma tórpida, y se re controla con TC de Tórax, que evidencia Mediastinitis descendente. Se realizan dos intervenciones mediante videotoracoscopías con decorticación pleuropulmonar y drenaje de colecciones en dos nuevas ocasiones, mediante cervicotomía exploradora y traqueostomía. Tras 40 días de hospitalización, se realiza estudio endoscópico, que no evidencia neoplasias ni perforaciones asociadas, y es dado de alta en buenas condiciones.

DISCUSIÓN: La era de antibioterapia moderna ha permitido un descenso de la mortalidad asociada a un 18%, sin embargo, continúa siendo una condición altamente letal. Se ha generado también un cambio etiológico, siendo reemplazado el origen dental por el faríngeo; proponiendo otro desafío para la estandarización del manejo estándar de estos pacientes.

CONCLUSIONES: La necesidad de integración de un equipo multidisciplinario para el manejo es imperante, considerando manejo de vía aérea, antibioterapia de amplio espectro e intervenciones quirúrgicas, para evitar las letales complicaciones sépticas de este cuadro.

PALABRAS CLAVE: *Mediastinitis descendente; absceso retrofaríngeo; mediastinitis.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MAXILECTOMÍA RADICAL CON EXANTERACIÓN ORBITARIA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE MICROQUIRÚRGICO EN CONTEXTO ONCOLÓGICO: EXPERIENCIA A PARTIR DE 2 CASOS

Autores: JOAQUÍN DÍAZ L.(1); MARÍA MEDINA C.(1); GONZALO MARTINEZ L.(1); ALEJANDRO DOMÍNGUEZ B.(1), DANIEL RAPPOPORT W. (2); GUILLERMO MARTINEZ S. (3).

1: Interno/a HCUCH/Universidad de Chile.

2: Tutor, Profesor asistente Cirujano de Cabeza y Cuello y Cuello Maxilofacial HCUCH/Universidad de Chile

3: Tutor, Becado de Cirugía HCUCH/Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los tumores de senos maxilares son infrecuentes y agresivos, cuyo tratamiento implica la resección del hueso maxilar, que cumple un importante rol en la masticación, fonación, deglución y estética. Se ha visto que defectos extensos pueden reconstruirse con colgajos libres miocutáneos, sin embargo, aún son escasos los reportes dada su baja incidencia.

OBJETIVO: Dar a conocer dos casos de carcinoma escamoso de seno maxilar avanzados con resección y reconstrucción satisfactorias.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de dos casos clínicos en modalidad poster. Datos obtenidos de fichas clínicas.

RESULTADOS: Caso 1: Hombre de 77 años, con antecedente de diabetes mellitus y tabaquismo, refiere cuadro de 3 meses de disminución de agudeza visual, diplopía y rinorrea serosa izquierda, con septodesviación obstructiva homolateral. En imágenes se constata masa infiltrante en el seno maxilar izquierdo con extensión hacia cavidad nasal, orbitaria y fosa infratemporal, con adenopatías cervicales homolaterales, y biopsia incisional que informa carcinoma escamoso (Ct4An2Bm0). Caso 2: Mujer de 60 años, con antecedente de tabaquismo, refiere historia de 4 meses de aumento de volumen malar derecho, observándose una mucosa oral abombada del pliegue gingivolabial superior homolateral. En imágenes se constata una masa en el seno maxilar derecho que compromete la pared anterior, medial y superior, con compromiso de la grasa periorbitaria y masetero, y biopsia incisional que informa carcinoma escamoso (Ct4An0M0). En ambos pacientes se realizó maxilectomía radical, exanteración orbitaria y disección cervical modificada izquierda y derecha, respectivamente, constatándose resección R0 y linfonodos sin neoplasia, con posterior cobertura con colgajo libre microquirúrgico miocutáneo de recto abdominal. Evolucionaron favorablemente, de alta a los 11 días, con buen resultado funcional y permitiendo posterior inicio de radioterapia.

CONCLUSIÓN: La reparación de defectos extensos posterior a maxilectomía radical en contexto oncológico es importante en la rehabilitación funcional y estética, además de brindar cobertura previa a la radioterapia.

PALABRAS CLAVE: *Maxilectomía radical; carcinoma escamoso; exateración orbitaria.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DEL PÁNCREAS MALIGNIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Vicente Cunill D. (1), Hi-Ru Chang G.(1), Gonzalo Martínez L.(1), Enrique Blanco E.(1), Gabriel Sandoval S. (2), Gonzalo Cardemil H (3).

1 Estudiante Medicina Universidad de Chile Sede Norte

2 Residente Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile.

3 Profesor titular, departamento Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) corresponde a un tumor productor de mucina que se localiza en el conducto pancreático principal o en sus ramas. En el 70% de los casos se localiza en la cabeza del páncreas. Se considera una lesión premaligna que progresa potencialmente a adenocarcinoma. El examen de elección para su diagnóstico presuntivo es controversial, sin embargo, el diagnóstico de certeza es anatomopatológico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 71 años, sexo masculino, previamente sano. Consulta por cuadro de 1 mes caracterizado por ictericia progresiva, acolia y coluria asociada a baja de peso significativa. Durante estudio ambulatorio se realiza resonancia nuclear magnética (RNM) de abdomen y colangiografía que evidencia tumor hipovascular de cabeza de páncreas consistente con lesión primaria tipo adenocarcinoma de 17 mm asociado a focos de IPMN en ramas secundarias del proceso uncinado del páncreas y obstrucción del colédoco intrapancreático, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, sin criterios de irresecabilidad.

Se decide resolución quirúrgica: Se realiza pancreatoduodenectomía y colecistectomía con las anastomosis respectivas. Como complicaciones post quirúrgicas cursa con fístula pancreática tipo A y fístula enterocutánea que se maneja con antibióticos con buena respuesta. Se rescata resultado de biopsia intraoperatoria de páncreas y duodeno que informa adenocarcinoma ductal pancreático infiltrante con áreas de diferenciación mucinosa, desarrollado en IPMN. Linfonodos y márgenes quirúrgicos negativos (R0).

Se presenta en comité oncológico para quimioterapia adyuvante. **CONCLUSIÓN:** La IPMN es una neoplasia con alto potencial de malignización. Su sospecha diagnóstica es difícil ya que carece de características clínicas patognomónicas. El estudio mediante imágenes es crucial en el diagnóstico presuntivo dado que tiene características que hacen sospecharla. La indicación quirúrgica en IPMN benignas sigue siendo materia de discusión. En el caso de progresión a adenocarcinoma su pronóstico es mejor en comparación a la ausencia de IPMN previa.

PALABRAS CLAVE: *Neoplasia mucinosa papilar intraductal, páncreas, pancreatoduodenectomía*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MEDIASTINITIS SECUNDARIA A PERFORACIÓN ESOFÁGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Vicente Cunill D.(1), Gonzalo Martínez L.(1), Nicolás Hernández M.(1), Saul Muñoz C.(1), Gabriel Sandoval S.(2), Gonzalo Cardemil H.(3)

(1) Interno Medicina 7° año, Universidad de Chile.

(2) Residente Cirugía General, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(3) Profesor titular, departamento de Cirugía Hospital Clínico Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La mediastinitis es un diagnóstico infrecuente de alta mortalidad (hasta 50%) dada principalmente por el retraso en el diagnóstico y resolución quirúrgica. Su etiología es por contaminación directa (perforación esofágica), infección descendente, extensión desde el pulmón o post quirúrgica. La evaluación general del paciente, el tiempo de evolución y la etiología son fundamentales para elegir el manejo adecuado según cada caso. La perforación esofágica constituye una emergencia médica. Su pronóstico dependerá de una alta sospecha diagnóstica, un juicio clínico excelente y gran habilidad quirúrgica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 44 años, con antecedente Trisomía 21, consulta por persistencia de fiebre y tos con expectoración purulenta de 8 días de evolución diagnosticado inicialmente como neumonía adquirida en la comunidad y tratado con azitromicina por 7 días. Al ingreso destaca paciente taquicárdico, febril, normotenso, frecuencia respiratoria 40 ventilaciones/minuto, saturando 90% ambiental, uso de musculatura accesorio, mal perfundido y diaforético. Se inicia manejo por sepsis de foco respiratorio con estudio imagenológico por tomografía computada de tórax que evidencia extensa mediastinitis secundaria a probable perforación esofágica con colecciones paraesofágicas asociadas. Se decide resolución quirúrgica de urgencia con toracotomía derecha con drenaje de colección mediastínica, liberación de tercio medio esofágico y pleurostomía derecha, además de pleurostomía izquierda, laparotomía media supraumbilical con esofagectomía distal y gastrostomía, por último cervicotomía con esofagectomía proximal y esofagostoma (Figura N°1 y N°2). El paciente es trasladado a unidad de paciente crítico con buena evolución y traslado posterior a hospital de referencia.

CONCLUSIONES: La mediastinitis es un cuadro de alta mortalidad. La sobrevida está dada por la premura en la intervención quirúrgica y el del foco infeccioso mediastínico siendo este el gold standard en el tratamiento junto la antibioticoterapia. En el postoperatorio se debe controlar la evolución de la infección con estudios de imágenes y aseo quirúrgico hasta obtener la limpieza completa del mediastino.

PALABRAS CLAVE: Mediastinitis, perforación del esófago, esofagectomía

CASO CLINICO

Título del trabajo: SCHWANNOMA VESTIBULAR DERECHO PRESENTÁNDOSE COMO HIPOACUSIA SÚBITA, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Antonia Núñez V. (1), Sofía Montecinos N.(1), Valentina Lucchini W. (1), Luis Barahona A. (2).

1. Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
2. Residente de Otorrinolaringología, Universidad de Chile, Santiago.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El schwannoma vestibular (SV) es un tumor benigno derivado de las células de Schwann del nervio vestibular, ubicado en el conducto auditivo interno (CAI) y que puede presentar un crecimiento extracanalicular hacia el ángulo pontocerebeloso, representando el 85% de los tumores de esta localización. Se presenta más frecuentemente entre los 50 y 55 años, 90% unilateral. Los síntomas se derivan de la compresión directa de las estructuras del CAI y fosa posterior. Los síntomas claves son la hipoacusia, tinnitus persistente, vértigo, otros menos comunes como; parestesia facial, cefalea, alteraciones visuales, otalgia. La hipoacusia es generalmente progresiva, de predominio de frecuencias agudas, asociado a menor discriminación al habla. La hipoacusia súbita puede ocurrir en cerca del 15% de los casos, y, dependiendo de la serie, un 2-11% de las hipoacusias súbitas se deben a SV, predominantemente en tumores poco voluminosos.

CASO CLÍNICO: hombre de 59 años, sin comorbilidades, que consulta por cuadro de 3 días de evolución de percepción de hipoacusia de instalación súbita en oído derecho, asociado a tinnitus persistente ipsilateral, no asociado a vértigo. Se solicita audiometría que evidencia hipoacusia neurosensorial derecha severa, siendo manejado con curso breve de corticoides orales, persistiendo con dicha severidad de hipoacusia en audiometría de control. Consulta a los 3 meses por una segunda opinión, y se realiza un curso de 3 dosis de dexametasona intratimpánico, evidenciando hipoacusia neurosensorial derecha profunda al finalizar esquema. Se solicita RMN de cerebro con contraste que informa proceso expansivo extraaxial en el APC derecho, compatible con SV derecho.

CONCLUSIÓN: la hipoacusia súbita es una hipoacusia neurosensorial habitualmente unilateral, usualmente de causa desconocida, pero que puede deberse hasta en un 11% a un SV, por lo que es imprescindible su estudio etiológico con RMN de cerebro con gadolinio para descartar de manera oportuna este diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: *Células de Schwann, hipoacusia, enfermedades cerebelosas.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: HEMANGIOMA CAVERNOSO CERVICAL POSTERIOR. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Roberto Baigorri J.1, Ignacio Pozo M.1, Diego Navarro B.1, Juan Carlos Solis G.1, Miguel Cancino C.2.

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

2 Otorrinolaringología, Hospital Barros Luco-Trudeau.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los hemangiomas son un tipo de tumor vascular benigno¹. La mayoría de las veces asintomático y de crecimiento lento². Las causas exactas aún no están claras. Su presentación intramuscular es menos frecuente correspondiendo a un 0,8% del total de los hemangiomas, presentándose con mayor frecuencia en el tronco, extremidades y sólo un 14-21% en cabeza y cuello. En el siguiente trabajo se reporta un caso de hemangioma cavernoso en lugar poco frecuente de paciente adulta femenina.

CASO CLÍNICO: Mujer de 60 años con antecedentes de esclerodermia, EPOC y parálisis cocleovestibular oído derecho. Presenta cuadro de 5 años de evolución de aumento de volumen cervical posterior izquierdo gomoso, móvil, sensible, de crecimiento lento y sin adenopatías. En la RM destaca lesión expansiva en planos musculares de aproximadamente 4.5cm en su diámetro mayor. Se realizó PAAF negativa para células neoplásicas. Posteriormente se lleva a cabo resección de tumor sin incidentes, cuya biopsia informó Hemangioma cavernoso.

DISCUSIÓN: Los hemangiomas están descritos como asintomáticos y de crecimiento lento, presentando un aumento de volumen durante las mañanas y disminución durante la tarde², clave para su sospecha. Su presentación intramuscular es rara; siendo común que aparezcan en tronco y extremidades y en menor medida en cabeza y cuello. El estudio de elección es la RM, caracterizando detalladamente este tipo de tumor^{2,3}. El tratamiento es la resección completa del tumor. Su complicación más frecuente es el sangrado por lo que se sugiere realizar angiografía preoperatoria para optar por la embolización y resección completa del tumor².

CONCLUSIÓN: Pese a la clínica limitada de este tipo de tumor, existen elementos clínicos característicos, como su evolución durante el día y lugares más frecuentes que nos deben hacer sospecharlo. Su estudio a elección siempre será la RM, permitiendo definir conducta y necesidad de estudios complementarios previos a la cirugía para evitar su complicación.

PALABRAS CLAVE: *cervical posterior, hemanqioma cavernoso, músculos.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MELANOMA MUCOSO EN FOSA NASAL DERECHA.

Autores: Diego Navarro B.1, Ignacio Pozo M.1, Roberto Baigorri J.1, Christian Ortiz S.1, Miguel Cancino C.2

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

2 Medicina Interna, Hospital Barros Luco-Trudeau.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El melanoma mucoso es un subtipo de melanoma que difiere del melanoma cutáneo en su biología, clínica y manejo². Aunque raros, presentan comportamiento agresivo y peor pronóstico¹.

Se presenta un caso de melanoma mucoso en fosa nasal derecha de paciente adulta.

CASO CLÍNICO: Mujer, 82 años con antecedentes de HTA y asma. Historia de 5 meses de evolución de obstrucción nasal derecha, cefalea frontal, epistaxis intermitente FND y epífora de ojo derecho. Examen físico evidencia masa en FND friable, cubierta de fibrina, se realiza biopsia: necrosis e inflamación. TC: lesión en FND que se extiende hasta etmoides, esfenoides, receso olfatorio, realce heterogéneo con contraste, sin destrucción ósea. Nueva biopsia incisional informa melanoma. PET-CT: masa hipermetabólica infiltrante centrada en FND, compromiso de base de cráneo, órbita derecha y seno maxilar ipsilateral, compatible con neoplasia primaria. Se efectúa cirugía endoscópica nasal con resección tumoral, evidenciándose compromiso orbitario derecho y dehiscencia del tegmen etmoidal, sin compromiso de meninges, imposibilidad de márgenes oncológico, presentándose para radioterapia adyuvante.

DISCUSIÓN: Los melanomas mucosos corresponden al 0,8-3,7% de los melanomas, son agresivos y de peor pronóstico que los melanomas superficiales^{1,3}. Esto podría deberse a un diagnóstico tardío o sitio anatómico de difícil acceso³. La edad promedio de diagnóstico es 70 años, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Se pueden encontrar en tracto respiratorio, gastrointestinal o genitourinario. De los melanomas mucosos sinonasal la mayoría son de cavidad nasal. Los síntomas son epistaxis y obstrucción nasal. Al diagnóstico un 6-25% presenta infiltración de linfonodos y un 6% metástasis a pulmones, hígado, huesos y cerebro.

CONCLUSIÓN: Patología de mal pronóstico. Cirugía es el tratamiento de elección en caso de enfermedad localizada¹. La radioterapia se puede emplear como tratamiento adyuvante². A pesar del desarrollo de terapias la sobrevida a 5 años es de 0-31%, siendo más ominoso los melanomas de senos paranasales.

PALABRAS CLAVE: *epistaxis, melanoma mucoso, obstrucción nasal.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MICETOMA DE SENO MAXILAR EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR Y PROPTOSIS

Autores: Michelle Alborno P.1, Esteban Araneda F.1, Gabriela Ochoa C.1, Marco Montero A.1, Dr. Rodrigo Pineda D.2.

(1) Interno de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

(2) Médico becado de Otorrinolaringología, Universidad de Chile. Hospital Barros Luco Trudeau.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El *Aspergillus fumigatus* es un hongo responsable de infecciones de tipo oportunistas fundamentalmente en pacientes inmunosuprimidos. Suele afectar de forma primaria en orden de frecuencia a tracto respiratorio: pulmonar, fosas nasales y senos paranasales, destacando como la principal causa de sinusitis fúngica, que se caracteriza por ser un cuadro poco frecuente. Entre sus complicaciones se encuentra la aspergilosis invasiva que es infrecuente en pacientes inmunocompetentes, pero puede ser mortal. El diagnóstico se realiza de forma imagenológica y microbiológica. Entre las opciones de manejo destaca la resección quirúrgica, drenaje, ventilación y la cirugía endoscópica funcional complementando con terapia farmacológica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 83 años, con antecedentes de hipertensión arterial, consulta por cuadro caracterizado por dolor facial a nivel maxilar izquierdo de aproximadamente 3 meses de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico, destaca proptosis moderada ipsilateral, sin alteración de agudeza o campo visual ni diplopía. Se realiza tomografía computada de cavidades paranasales que evidencia lesión de aspecto tumoral y dehiscencia de pared inferior orbitaria. Se solicita resonancia magnética para profundizar estudio que informa lesión de aspecto neoplásico, de 33 mm, heterogénea, centrada en piso orbitario izquierdo con afectación maxilar y orbitaria, sin afectación de globo ocular. Se realiza biopsia endoscópica más antrostomía con análisis histológico y microbiológico compatibles con aspergiloma de seno maxilar. En este contexto, se realiza además estudio que descarta inmunosupresión concomitante. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, realizándose remoción quirúrgica sin necesidad de otro tipo de tratamiento coadyuvante.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Esta entidad, al ser poco frecuente, requiere un alto índice de sospecha y la evaluación precoz diferencial debido a las características imagenológicas que pueden simular una neoplasia, además de poder evolucionar de forma agresiva provocando la muerte. Se presenta generalmente en pacientes inmunosuprimidos, lo que puede también dificultar el diagnóstico en inmunocompetentes.

PALABRAS CLAVE: *Micetoma, Seno maxilar, Proptosis.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL EN PACIENTE DIABÉTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: Francisca Marín C. (1), Javier Moreno R. (1), Natalia Lara V. (1), Juan Fuentes F. (1), Dr. Augusto Barrera Z. (2)

(1) Interno de Medicina de Séptimo año, Universidad de Chile, Santiago. (2) Becado de Cirugía Primer año, Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La mucormicosis es una infección micótica infrecuente. Su clínica es de rápida progresión, fulminante, con mortalidad de 52% en inmunosuprimidos y 93% en la forma diseminada. El diagnóstico es histopatológico. Son factores de riesgo (FR): Diabetes Mellitus (DM) de mal control metabólico, cetoacidosis diabética, inmunosupresión, neutropenia y sobrecarga de hierro. La forma rino-órbito-cerebral en la presentación más frecuente.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 58 años, nacionalidad boliviana, residente en Chile, con antecedente de DM2 sin control en los últimos 2 años. Inicia tratamiento ambulatorio con Penicilina por aumento de volumen facial doloroso de 1 mes de evolución. Por persistencia, consulta en servicio de urgencia; se realiza Tomografía Axial Computarizada que informa celulitis facial derecha, sinusitis etmoidomaxilar y esfenoidal ipsilateral. Se hospitaliza y se inicia Ceftriaxona y Clindamicina. Evoluciona con oclusión de hendidura palpebral y proptosis del ojo derecho, escalando a Piperacilina/Tazobactam y Anfotericina deoxicolato ante sospecha de Mucor spp. Se realiza aseo quirúrgico con cultivo óseo que resulta positivo para Mucor spp, Streptococcus haemolyticus, Escherichia coli β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) y Candida sp, cambiando esquema a Vancomicina, Meropenem y Anfotericina. Se realiza maxilectomía radical. Posterior a múltiples aseos quirúrgicos, se suspende tratamiento por biopsia ósea negativa para infección tras cerca de 120 días de manejo. Paciente evoluciona de forma favorable, sin embargo, evaluación oftalmológica determina perforación corneal fuera de manejo conservador, realizándose evisceración ocular.

DISCUSIÓN: La mucormicosis es un cuadro potencialmente letal. Requiere una pesquisa dirigida en pacientes con FR, como en este caso con DM2 descompensada, que presentan clínica nasal u ocular unilateral de curso agudo o crónico, considerando que su forma rino-órbito-cerebral constituye 34% de las formas de presentación. El manejo quirúrgico es particularmente útil en estos casos y fundamental junto a anfotericina para mejorar la sobrevida.

PALABRAS CLAVE: *Celulitis, Inmunosupresión, Mucormicosis*

CASO CLINICO

Título del trabajo: GLAUCOMA NORMOTENSIVO DE ÁNGULO ABIERTO: DESAFÍO TERAPÉUTICO EN PACIENTE JOVEN

Autores: VALENTINA CARVAJAL F. (1), MATÍAS ZAMORA G. (1), PAULA CERNA B. (1), GABRIEL BRICEÑO R. (1), PATRICIO VILLASECA G. (2)

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

2 Oftalmólogo. Hospital Base Valdivia.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) es un síndrome de daño del nervio óptico. Se caracteriza por alteraciones campimétricas típicas al diagnóstico, en general en edad adulta. A pesar que la presión intraocular (PIO) elevada es el factor de riesgo más asociado en su fisiopatología, hasta 35% de los pacientes con GPAA se presenta con PIO normal o baja. En éstos el tratamiento y su costo-efectividad es incierta, especialmente en pacientes jóvenes con daño incipiente, y el seguimiento se perfila como el gold standard.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 25 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta el 2015 por control de astigmatismo. Se realiza fondo de ojo rutinario pesquizando papila excavada bilateral, con ángulo no obstruido a la gonioscopía. Se solicitan exámenes; curva diurna de PIO normal, campimetría computarizada con alteración leve en borde inferior del campo visual izquierdo, y en tomografía de coherencia óptica (OCT) alteración del grosor de la capa de fibras nerviosas en cuadrantes superior y nasal izquierdo. Se diagnostica GPAA normotensivo e inicia tratamiento con Latanoprost. En seguimiento por 4 años presenta reducción 30-40% de PIO, campimetría normal, y sin progresión de daño en OCT. Secundario a tratamiento presenta xeroftalmia moderada y pigmentación de párpados y pestañas.

CONCLUSIÓN: La alteración inicial y luego normalización en campimetría se interpreta secundaria a curva de aprendizaje de la paciente, con diagnóstico actual de GPAA preperimétrico normotensivo. En estudios poblacionales los pacientes con GPAA normotensivo con campo alterado presentan menor progresión al disminuir la PIO. Por otro lado, estudios prospectivos sobre el tratamiento de los GPAA preperimétricos están en curso. Resulta un desafío terapéutico en ausencia de evidencia que oriente su manejo. Se sugiere extrapolar e individualizar el manejo, sopesando la progresión de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, especialmente en una paciente joven.

PALABRAS CLAVE: Glaucoma de ángulo abierto, presión intraocular, tomografía de coherencia óptica

CASO CLINICO

Título del trabajo: QUERATITIS FÚNGICA EN HABITANTE DE ISLA DE PASCUA: UN DESAFÍO CLÍNICO Y GEOGRÁFICO

Autores: PRATO PACHECO L(1), COLLAO SOTO E (1), MOREIRA CALDERON J (1)1, DE AMESTI FUENTES F (2), DUKES SUWALSKY N (3)3, ASTETE RÍOS M (4).

1. Internos de Medicina, Universidad de Chile, Santiago
2. Interna de Medicina, Universidad Católica, Santiago
3. Residente de Oftalmología, Universidad de Chile, Hospital del Salvador
4. Oftalmóloga, Hospital del Salvador

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: A nivel mundial, la queratitis infecciosa continúa siendo una causa importante de ceguera no reversible, según datos de la OMS. Dentro de sus causas, la de origen micótico son menos frecuentes que las bacterianas pero se asocian a peor pronóstico visual, representando un importante desafío clínico debido a su difícil diagnóstico y manejo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años de sexo masculino, sin antecedentes mórbidos conocidos, trabajador agrícola y oriundo de Isla de Pascua, presenta historia de 3 semanas de evolución de dolor ocular derecho, disminución de agudeza visual y ojo rojo. Mala respuesta a tratamiento con tobramicina y dexametasona tópica. No refiere trauma o uso de lente de contacto (LDC). Evaluado en Hospital del Salvador, con agudeza visual 20/100 en ojo derecho y 20/20 en ojo izquierdo, reflejo fotomotor conservado bilateralmente, consensuado, sin defecto pupilar aferente relativo, motilidad ocular normal. En biomicroscopía se evidencia infiltrado corneal con ulceración central. Se toman cultivos de superficie que resultan negativos, por lo que se realiza cultivo y lavado de cámara anterior, que informa presencia de *Acremonium* spp. Se maneja con voriconazol, moxifloxacino y avance conjuntival, logrando recuperar agudeza visual 20/20 en el ojo afectado a los 2 meses.

DISCUSIÓN: La queratitis fúngica tiene una prevalencia de 6 a 60% dependiendo de la región geográfica, siendo más frecuente en zonas tropicales y rurales, asociada mayormente a trauma vegetal en países en desarrollo y a lentes de contacto en países desarrollados. Los hongos filamentosos (*Aspergillus* y *Fusarium*) son los más frecuentes, asociados a trauma vegetal. Levaduras como *Candida* se asocian a corticoides tópicos. *Acremonium* es una causa infrecuente de queratitis, siendo vinculado con mayor frecuencia a onicomiosis. En un contexto de dificultad diagnóstica, la lejanía geográfica se posiciona como un factor más a considerar en el pronóstico visual.

PALABRAS CLAVE: *keratitis, eye infection, fungal, easter island*

CASO CLINICO

Título del trabajo: QUERATITIS INTERSTICIAL POR ROSÁCEA OCULAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Autores: COLLAO SOTO E (1), PRATO PACHECO L(1), VARGAS SALAS C (2), DE AMESTI FUENTES F(3), MERCADO MARTÍNEZ Y (4).

1. Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.
2. Interna de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago
3. Interna de Medicina, Universidad Católica, Santiago
4. Residente de Oftalmología, Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las queratitis intersticiales son una patología infrecuente, definidas como una inflamación de la capa corneal intermedia, de causas mayoritariamente infecciosas y presentación aguda. Sin embargo, dentro de sus etiologías destaca la rosácea como causa inflamatoria autoinmune, patología conocida por su compromiso dermatológico. La afección ocular de la rosácea se presenta en más del 50% de pacientes con rosácea, causando desde fotosensibilidad e inyección conjuntival hasta queratitis intersticial con perforación corneal. El manejo de este cuadro es principalmente higiene palpebral y lubricación ocular, logrando efectivamente prevenir su progresión, sin embargo casos más graves requerirán manejo por especialista.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 45 años, diabética insulino dependiente, sin antecedentes oftalmológicos, relata cuadro de ojo rojo y pérdida de agudeza visual en su ojo derecho (OD) progresiva a lo largo de 1 año, con múltiples tratamientos en APS con cloranfenicol colirio, sin respuesta. Al ingreso en el Hospital del Salvador se constata en OD agudeza visual (AV) 20/200 que mejora a 20/60 con agujero estenopeico (CAE), ojo rojo profundo, infiltrado intersticial corneal blanco que compromete eje visual, con vasos estromales, una lesión de 3x3 cm tipo úlcera corneal y telangiectasias palpebrales. En OI AV 20/30 que no mejora CAE y sin lesiones. Además, otofimia y eritema facial simétrico periorbitario. Se inicia moxifloxacino tópico y se toma cultivo, resultando negativo. Con sospecha de rosácea ocular se inicia tratamiento con tetraciclina, y posteriormente doxiciclina vía oral con buena respuesta, recuperando AV hasta 20/30.

DISCUSIÓN: Si bien la rosácea representa una patología común para el médico general, su afección ocular tiende a ser subvalorada y subdiagnosticada, pudiendo llegar a tener consecuencias graves para la visión. Además, su manejo es accesible y fácilmente utilizable por el médico general, logrando evitar efectivamente las complicaciones, resaltando aún más la importancia de su reconocimiento precoz.

PALABRAS CLAVE: *rosacea, ocular, keratitis*

CASO CLINICO

Título del trabajo: LINFOMA ORBITARIO SECUNDARIO. REPORTE DE UN CASO.

Autores: María Vargas M. (1), Tamara Varela H. (1), Sebastián Vega G. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Especialista en Oftalmología, Servicio de Oftalmología, Hospital San Borja Arriarán (HSBA).

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El linfoma orbitario forma parte de los linfomas de anexos oculares (órbita, músculos extraoculares, glándula lagrimal, conjuntiva, párpados y carúncula). Los de anexos oculares son menos del 10% de los linfomas extraganglionares. En general son en pacientes adultos sobre los 50 años, unilaterales, 50% órbita, 20% conjuntiva, 15% glándula lagrimal, 20% párpados, y menos del 1% carúncula. Predominan los linfomas no Hodgkin, y dentro de las características inmunofenotípicas e histológicas el más frecuente es el de células B. A continuación, presentamos un caso de una recidiva de linfoma sistémico que comprometió la órbita.

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, tratado por linfoma previamente. En sus controles se pesquiza en una tomografía de emisión de positrones un aumento de la actividad a nivel del músculo recto lateral derecho. Al llegar al servicio de oftalmología se observa quemosis, erosión corneal superficial por lagofalmo secundario a proptosis, alteración de la oculomotilidad generalizado, reflejos normales, agudeza visual 20/20. Se realiza biopsia urgente para inicio de quimioterapia intratecal como parte del protocolo de linfoma recidivado con metástasis. El resultado de la biopsia dio metástasis a nivel de musculo extraocular por linfoma tipo B. Se inició quimioterapia intratecal que produce aplasia medular, además de una mala respuesta posterior, presentando compromiso con extensión a seno cavernoso y focos hepáticos. Dado el pronóstico reservado se deriva a cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN: El linfoma orbitario recidivado tiene un pronóstico sombrío, con mayor probabilidad de complicaciones y una mala evolución pese al tratamiento, es por esto que debe ser seguido de cerca para pesquisar posibles recidivas y un tratamiento oportuno con el objetivo de mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: *Linfoma orbitario, metástasis, oculoplástica.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: NEUMONÍA ATÍPICA EN EL RECIÉN NACIDO, REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Autores: Enrique Cruz M. (1), María José Bruera S. (2), Vicente Cunill D. (3), Matías Echeverría C.(4).

Gonzalo Martínez L (3).

1. Estudiante medicina, Universidad de Chile
2. Interna Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
3. Interno Medicina, Universidad de Chile
4. Residente pediatría, Hospital Roberto del Río

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La infección por *Chlamydia Trachomatis* es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más prevalente a nivel mundial. Los recién nacidos por vía vaginal de madres infectadas están en riesgo de adquirir la infección y de presentarla en forma clínica como conjuntivitis neonatal o neumonía durante los primeros tres meses de vida. El diagnóstico se realiza con la reacción de polimerasa en cadena (PCR) como Gold Standard y el tratamiento es frecuentemente empírico, con Azitromicina.

CASO CLÍNICO: Paciente sexo masculino de 29 días, embarazo controlado, con antecedente de conjuntivitis neonatal tratada con Cloranfenicol sin cultivo. Es traído por sus padres a consultar con motivo de fatiga alimentaria. Al ingreso afebril, hemodinámicamente estable y sin foco infeccioso. En exámenes de laboratorio destaca Leucocitosis de 20.700 y panel viral negativo. Se solicita Radiografía de Tórax que informa: compromiso intersticial bilateral con presencia de opacidades intersticiales retículo-nodulares bilaterales. Es evaluado por equipo de Infectología y se solicita PCR para *Chlamydia Trachomatis*. Se hospitaliza para estudio. Al segundo día de hospitalización, paciente presenta desaturación hasta 89% con FiO₂ ambiental y al examen físico pulmonar destaca aparición de crépitos bibasales y estertores difusos. Se inicia oxigenoterapia con 0,5 lt/min por naricera con buena respuesta. Es reevaluado por Infectología y se decide en conjunto con broncopulmonar iniciar tratamiento empírico con Azitromicina 10 mg/Kg/día. Se obtiene resultado de PCR positivo para *C. Trachomatis*. Evoluciona con buena respuesta clínica y sin requerimientos de oxígeno por lo que se decide alta médica y tratamiento oral a completar por 5 días. Se extiende tratamiento a los padres.

CONCLUSIÓN: La pesquisa oportuna de ITS en embarazadas es importante para prevenir el traspaso de la infección a los recién nacidos evitando así patologías neonatales como la neumonía de los primeros 3 meses por *C. Trachomatis*.

PALABRAS CLAVE: Neonatal, *Chlamydia Trachomatis*, *Pneumonia*

CASO CLINICO

Título del trabajo: TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO ASOCIADO A MUTACIÓN DE PROTEÍNA ACTIVADORA DE FOSFOLIPASA A2. REPORTE DE CASO

Autores: Christian Ortiz S. (1), César Pinilla F. (1), Ignacio Pozo M.(1), Mario Ortega S. (1), Gabriela González C.(2).

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

(2) Médica, Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de Dios, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La proteína activadora de fosfolipasa A2 (PLAA) interviene en la regulación de la respuesta inflamatoria a través de la activación de fosfolipasa A2 catalizando la liberación de ácido araquidónico. Tiene un rol en la degradación de proteínas vía proteosoma y en la clasificación de proteínas de membrana desde el endosoma, jugando un papel fundamental en el recambio de proteínas de membrana sináptica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 11 meses de edad nacido a las 38 semanas por cicatriz de cesárea anterior, pequeño para edad gestacional, peso 2380 g, talla 46 cm, circunferencia craneana 34 cm, APGAR 9-9, con macrocefalia, fontanelas amplias y comunicadas, hipospadias y enterocolitis necrotizante en periodo neonatal con manejo médico. Estudio ecográfico demuestra disgenesia/hipoplasia de cuerpo calloso e imágenes de quistes subependimarios y quistes complejos del plexo carotídeo. Electroencefalograma con ocasional actividad epileptiforme interictal focal temporal derecha. Estudio de TORCH negativo. Estudios complementarios muestran síndrome hipotónico central, retardo de la maduración ósea, subosificación craneana, riñón en herradura, gastroparesia, desnutrición crónica descompensada. El estudio genético identifica variante de significado incierto en homocigosis en el gen PLAA. La variante detectada en el paciente sustituye el aminoácido aspartato a glicina. Presenta historia de múltiples hospitalizaciones prolongadas por afecciones respiratorias. Ingresa por cuadro de neumonía viral sobre infectada con evolución tórpida requiriendo ventilación mecánica invasiva.

DISCUSIÓN: El trastorno del neurodesarrollo con microcefalia, espasticidad y anomalías cerebral (NDMSBA) es una rara condición genética autosómica recesiva asociada con la mutación PLAA. Se caracteriza por hipotonía central, aumento del tono de extremidades y dificultad en la alimentación, con rasgos faciales levemente dismórficos e hirsutismo. Desarrollan espasticidad progresiva de extremidades, microcefalia y atrofia óptica durante el primer año. Los niños afectados mueren de apnea y neumonía recurrente en un rango de 12 días a 6 años.

PALABRAS CLAVE: *Hipotonía Muscular, Neumonía, Receptores de Fosfolipasa A2*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Sofía Montecinos N.(1), Antonia Núñez V. (1), José Ruiz M (1), Benjamín Pizarro G. (1), Katherine Barahona T. (2).

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

(2) Médica Becaria Pediatría Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Encefalopatía Posterior reversible (PRES) es un síndrome clínico-radiológico secundario a edema vasogénico cerebral agudo. Su fisiopatología no está dilucidada, pero los principales factores implicados son hipertensión arterial severa y disfunción endotelial directa por citoquinas o tóxicos, llevando a falla en la autoregulación de la presión cerebral. Es más frecuente en niños con Glomerulonefritis, Leucemia aguda y Púrpura de Schönlein-Henoch. Los síntomas neurológicos se desarrollan de manera aguda/subaguda en horas o días. Destacan la presión elevada, encefalopatía, convulsiones tónico-clónicas generalizadas y cefalea progresiva. La presencia de estos síntomas en un contexto clínico sugerente debe hacer sospechar el diagnóstico. Se puede apoyar el diagnóstico mediante resonancia magnética cerebral y el uso del score PEWS. Las imágenes suelen mostrar edema vasogénico heterogéneo en la región parieto-occipital en ambos hemisferios, además de afectación de la sustancia blanca subcortical.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino de 14 años, con diagnóstico de leucemia linfática aguda en quimioterapia, hospitalizada en contexto de un shock séptico de foco abdominal resuelto, presenta cuadro de instalación súbita de náuseas y cefalea pulsátil biparietal, PA: 145/95 mmHg. Cuatro horas después evoluciona con compromiso de conciencia cualitativo asociado a convulsión tónico-clónica generalizada, que cede con lorazepam, quedando en estado post-ictal. Se descartan causas tóxico metabólicas, se realiza scanner cerebral que resulta normal. Se sospecha PRES por lo que se solicita resonancia de cerebro, que resulta compatible.

CONCLUSIÓN: PRES es una patología que genera importante morbimortalidad, con un 10-20% secuelas neurológicas, 3-6% muerte y 5-10% recurrencia. En este contexto, es fundamental prevenirlo mediante un alto nivel de sospecha y el uso de score PEWS en pacientes con factores de riesgo e hipertensión arterial. Su manejo es inespecífico e incluye bajar la presión arterial en un 25% en las primeras horas, suspensión del gatillante y uso de anticonvulsivantes.

PALABRAS CLAVE: *encefalopatía, quimioterapia, síntomas neurológicos*

CASO CLINICO

Título del trabajo: DIAGNÓSTICO PRECOZ Y SOSPECHA CLÍNICA DE RABDOMIOSARCOMA GENITOURINARIO EN PRESCOLAR CON SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS: A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO.

Autores: Constanza Malverde S. (1), Vicente Jerez Muñoz (1), Ignacio Cruz T. (2), Ana Mariela Pedraza H. (3).

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

(2) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

(3) Pediatra, Servicio de Pediatría, Clínica Dávila

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El rabdomiosarcoma (RMS) es un tumor de células del mesénquima embrionario que se diferencian en células musculares. Es el tumor de tejidos blandos más frecuente en pediatría (2-3%), la ubicación más frecuente es la genitourinaria (20%) y el tipo histológico más común, el embrionario.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 4 años 8 meses, con antecedentes de Circuncisión por Fimosis el 07/2018. Desde 12/2018 presenta progresivamente aumento de frecuencia y urgencia miccional, poliaquiuria, pujo, tenesmo, chorro débil, micción entrecortada. Urología diagnóstica Estenosis del Meato y se realiza (sin imágenes previas) Meatostomía el 01/2019. Evoluciona con disuria, dolor abdominal al pujo, llanto al orinar. El 02/2019 se agrega incontinencia urinaria, enuresis nocturna. Se realiza Ecografía renal (89 cc volumen premiccional y 44.7 postmiccional) y testicular (sin alteraciones). Se diagnostica patología psiquiátrica. El 07/03/2019 se realiza Uretrocistografía incompleta (paciente no logra orinar) que informa vaciamiento parcial intermitente por goteo.

El 13/03/2019 consulta al Servicio de Urgencia del Hospital Clínico Universidad de Chile por anuria de 48 horas, distensión epigástrica, dolor abdominal difuso. Se diagnostica Retención Urinaria, se sondea y hay evacuación de 400 ml de orina. Se traslada a Clínica Dávila para hospitalización para estudio y manejo. Se realiza cistoscopia que evidencia masa tumoral en racimo de uva en pared vesical que afecta uretra prostática hasta cuello vesical. Se toman muestras para biopsia que informa RMS vesical tipo embrionario subtipo botroide. Se deriva a Clínica Bicentenario para tratamiento.

CONCLUSIÓN: Cuadro raro pero importante sospechar y diagnosticar precoz y adecuadamente por el alto riesgo de diseminación hematogena temprana. Ante un paciente preescolar con control de esfínter que presenta síntomas de tracto urinario bajo progresivos, siempre descartar patología obstructiva con Uretrocistografía.

PALABRAS CLAVE: *Rabdomiosarcoma. pediatría, vejiga.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: ORQUIEPIDIDIMITIS COMO COMPLICACIÓN DE PÚRPURA SCHÖNLEIN HENOCH

Autores: Felipe Calderón A.1, Beatriz Lobos P.1, Alina Riquelme C.1, Katia Witt G.1, Jonathan Vergara R. (2).

1 Interno medicina, Universidad de Santiago de Chile

2 Médico-Cirujano, Docente universidad de Santiago de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la población pediátrica y afecta a los vasos pequeños. Su etiología persiste desconocida, sin embargo la patogenia de esta enfermedad se basa principalmente en los depósitos de IgA sobre los órganos afectados. Tiene un curso autolimitado, benigno que afecta a niños entre 3 a 15 años. Sus manifestaciones clínicas se caracterizan principalmente por presentar la tétrada clásica de púrpura palpable, artritis/artralgias, dolor abdominal y compromiso renal, no obstante, la presentación clínica puede ser variable, pueden haber otras manifestaciones menos frecuentes como el compromiso testicular (2-38%).

CASO CLÍNICO: Escolar de 8 años sin antecedentes. Consulta por púrpura extremidades inferiores y artralgia, sin alteración renal o evidencia de complicaciones; se indica manejo ambulatorio habitual en contexto de diagnóstico de PSH. 48 horas después presenta aumento volumen doloroso de escroto izquierdo, aumento temperatura local y eritema, con lesión eritemato-violácea en cuadrante superior-izquierdo. Sin alteración escroto contralateral y pene. Ecotomografía testicular evidencia engrosamiento cordón espermático izquierdo irregular sugere de torsión pero con vascularización conservada y presencia de epididimitis izquierda. Cirujano infantil determina hospitalizar para analgesia con diagnóstico de torsión parcial y orquiepididimitis, sin indicación quirúrgica.

Se maneja con prednisona 40 mg/día y analgésicos con buena respuesta clínica, sin complicaciones, función renal conservada y disminución del dolor, por lo que se decide alta.

CONCLUSIÓN: El PSH puede afectar el sistema genitourinario, pudiéndose manifestar como un cuadro de escroto agudo. El compromiso escrotal se ha reportado entre un 2 % - 38 % de los casos, incluyendo hematomas, inflamación y dolor.¹ La manifestación como orquitis es menos frecuente. El diagnóstico correcto con ecotomografía doppler puede aclarar el diagnóstico y evitar una intervención quirúrgica innecesaria, en contexto de la evolución autolimitada de esta con buen pronóstico reproductivo, siendo controversial la indicación de corticoides sistémicos.

PALABRAS CLAVE: *Complicaciones, Orquiepididimitis, Púrpura de schonlein henoch*

CASO CLINICO

Título del trabajo: HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPEREMESIS DEL LACTANTE.

Autores: Matías Zamora G. (1), Valentina Carvajal F. (1), Catalina Díaz de Valdés R. (1), Carolina Cabello T. (1), Ignacio Zamora G.(2).

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

2 Médico Cirujano. Hospital de Constitución, Servicio de Salud del Maule

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El vómito en el lactante es motivo de consulta y síntoma de diversas patologías. Una anamnesis detallada orienta su estudio y manejo. La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es un defecto embriogénico presente cada 2.500 a 3.000 nacidos vivos. Su diagnóstico es antenatal hasta un 60%, 15 a 35% en los primeros 28 días de vida, y posteriormente, denominada presentación tardía, en 5% a 25% de los casos. Las HDC que se presentan posterior al mes de vida implican un desafío diagnóstico por su sintomatología diversa e inespecífica.

CASO CLÍNICO: Lactante masculino de 10 meses, sin antecedentes mórbidos. Presenta 4 meses de vómitos alimentarios bisemanales progresivos hasta diarios, asociado a baja de peso de 1 kilogramo en 7 días previo a consulta. Se hospitaliza para estudio, en exámenes de laboratorio destacaba hipokalemia e hiponatremia, se realizó ecografía abdominal sin hallazgos patológicos, y en radiografías toracoabdominales se evidenció ascenso gástrico y de asas intestinales en hemitórax izquierdo. Se diagnostica HDC, se corrigen trastornos electrolíticos y se realiza herniorrafia diafragmática abierta con hallazgo de HDC izquierda tipo Bochdalek. En 12 meses de seguimiento se mantiene asintomático.

CONCLUSIÓN: La hiperemesis del lactante presenta diversas etiologías y su patrón orienta la sospecha. El espectro de sintomatología y temporalidad en HDC dificulta su diagnóstico, especialmente después del período neonatal. Los vómitos como único síntoma son una infrecuente pero importante forma de presentación.

PALABRAS CLAVE: *Hernia diafragmática congénita, Lactante, Vómitos*

CASO CLINICO

Título del trabajo: EXPOSICIÓN DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS POR LEVADURAS, REPORTE DE UN CASO.

Autores: Loreto von Marées M.1, Claudia Díaz E.1, Daniela Reyes H.1, Gabriela Sánchez R.2, Macarena Cáceres G.2, Álvaro Herrera A.3

1 Interna de Medicina, Universidad de Chile.

2 Médica becada de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile.

3 Ginecólogo-Obstetra. Docente Universidad de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La corioamnionitis se define como la inflamación de las membranas corioamnióticas. Su prevalencia alcanza 3 a 5% en embarazos de término. Los microorganismos más comúnmente aislados son Ureaplasma, Fusobacterium y Mycoplasma. Candida albicans, si bien coloniza la vagina en un 10 a 25%, se ha pesquisado infrecuentemente (0,8%).

CASO CLÍNICO: Una mujer de 35 años, cursando embarazo de 18+6 semanas, con antecedentes de cono leep por carcinoma in situ y 5 abortos previos (3 provocados), acude a Servicio de Urgencia por cuadro de aproximadamente 30 días de evolución de dolor hipogástrico constante¹. Al examen físico destaca leucorrea sugerente de vulvovaginitis micótica y se evidencia orificio cervical externo dilatado 1 cm con exposición de membranas ovulares. Se obtiene mediante amniocentesis 10 cc de líquido amniótico de aspecto citrino, Glucosa < 5, leucocitos 30 -60% polimorfonucleares, eritrocitos 10, levaduras (++) , “hifas abundantes”. Cultivo informa desarrollo de Cándida Albicans. Reacción Polimerasa en Cadena patógenos de transmisión sexual (-).

CONCLUSIÓN: La alta prevalencia en cuanto colonización y baja frecuencia pero alta letalidad como protagonista de cuadros de IIA, hacen a la Candida Albicans un microorganismo fascinante. Arista importante de abordar son los factores de riesgo descritos para la patología en cuestión. Presencia de cuerpos extraños intrauterinos durante el embarazo, rotura prolongada de membranas, embarazo ectópico o aborto previo son algunos. Por otro lado, no existe consenso en la literatura sobre la necesidad de tratar a pacientes asintomáticos con colonización por cándida durante el embarazo. Tampoco existe evidencia suficiente que señale el tratamiento apropiado en corioamnionitis por cándida.

Se requieren estudios de calidad técnica que permitan evidenciar eventuales asociaciones entre variables durante el embarazo y las distintas presentaciones clínicas del patógeno referido para poder desarrollar políticas de pesquisa precoz y tratamientos más eficaces.

PALABRAS CLAVE: candidiasis, corioamnionitis, amniocentesis.

CASO CLINICO

Título del trabajo: MESOTELIOMA MALIGNO PERITONEAL, PRESENTACIÓN EN PACIENTE JOVEN, REPORTE DE UN CASO

Autores: Joaquín Aracena A. (1), Carla Almeida A.(1), Daniela Ulloa B.(1), Sergio Narbona T.(1), Lucero Herrera Q.(2), Alfredo San Martín G. (3).

(1) Interno de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Residente Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(3) Ginecólogo, Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma maligno es una neoplasia de alta letalidad de distintas membranas serosas, principalmente pleura, peritoneo y pericardio. El mesotelioma maligno peritoneal corresponde al 10% de todos los mesoteliomas, siendo el segundo en importancia. A pesar de lo anterior es una patología poco prevalente donde su edad de presentación es entre los 51 a 59 años. Como factor de riesgo principal está la relación con la exposición a asbesto, también se ha estudiado su relación con otros minerales y la radioterapia. Incluso se ha asociado a distintas alteraciones genéticas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos ni familiares relevantes. Consulta de manera ambulatoria por control ginecológico anual. Al examen físico sin hallazgos relevantes. Se solicitan exámenes generales y ecografía transvaginal en donde se informa útero y ovarios de aspecto normal, destacando la presencia de abundante líquido libre con implantes peritoneales, sin otros hallazgos. Se complementa con TAC de abdomen y pelvis que muestra ascitis en moderada cantidad y lesiones sugerentes de carcinomatosis peritoneal. Marcadores tumorales: Negativos.

Con los antecedentes se realiza laparoscopia exploradora en donde se visualizan múltiples nódulos peritoneales de 1-2 mm en superficie diafragmática y moderada cantidad de líquido libre. Se toma biopsia de las lesiones y citología peritoneal que informan células neoplásicas compatibles con mesotelioma maligno.

DISCUSIÓN: El mesotelioma maligno es una entidad patológica infrecuente. Aún más lo es su localización a nivel peritoneal. La presentación clínica de esta patología se observa en pacientes adultos, que refieren historia de exposición previa a asbesto u algún otro metal. Por lo tanto, su presentación en edades más tempranas como la adultez joven, niñez o adolescencia siguen siendo criterios de discusión, donde sólo se han reportados algunos casos durante la niñez.

PALABRAS CLAVE: *Ascitis, Mesotelioma, Mesotelioma Peritoneal*

CASO CLINICO

Título del trabajo: PANCREATITIS AGUDA EN EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: DANIELA ULLOA B,(1); JOAQUÍN ARACENA A. (1), BERNARDITA ELICER (2)(3).

1. INTERNO DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.

2. MÉDICO CIRUJANO, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

3. RESIDENTE GINECOLOGÍA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El mesotelioma maligno es una neoplasia de alta letalidad de distintas membranas serosas, principalmente pleura, peritoneo y pericardio. El mesotelioma maligno peritoneal corresponde al 10% de todos los mesoteliomas, siendo el segundo en importancia. A pesar de lo anterior es una patología poco prevalente donde su edad de presentación es entre los 51 a 59 años. Como factor de riesgo principal está la relación con la exposición a asbesto, también se ha estudiado su relación con otros minerales y la radioterapia. Incluso se ha asociado a distintas alteraciones genéticas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos ni familiares relevantes. Consulta de manera ambulatoria por control ginecológico anual. Al examen físico sin hallazgos relevantes. Se solicitan exámenes generales y ecografía transvaginal en donde se informa útero y ovarios de aspecto normal, destacando la presencia de abundante líquido libre con implantes peritoneales, sin otros hallazgos. Se complementa con TAC de abdomen y pelvis que muestra ascitis en moderada cantidad y lesiones sugerentes de carcinomatosis peritoneal. Marcadores tumorales: Negativos.

Con los antecedentes se realiza laparoscopia exploradora en donde se visualizan múltiples nódulos peritoneales de 1-2 mm en superficie diafragmática y moderada cantidad de líquido libre. Se toma biopsia de las lesiones y citología peritoneal que informan células neoplásicas compatibles con mesotelioma maligno.

DISCUSIÓN: El mesotelioma maligno es una entidad patológica infrecuente. Aún más lo es su localización a nivel peritoneal. La presentación clínica de esta patología se observa en pacientes adultos, que refieren historia de exposición previa a asbesto u algún otro metal. Por lo tanto, su presentación en edades más tempranas como la adultez joven, niñez o adolescencia siguen siendo criterios de discusión, donde sólo se han reportados algunos casos durante la niñez.

PALABRAS CLAVE: *Ascitis, Mesotelioma, Mesotelioma Peritoneal*

CASO CLINICO

Título del trabajo: EMBARAZADA PORTADORA DE GEN DE DEFICIENCIA DE ORNITINA TRANSCARBAMILASA, CAUSANTE DE HIPERAMONEMIA NEONATAL SEVERA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Jaime Fuentes F.(1), Gabriel Briceño R.(1), Paula Cerna B.(1), Catalina Díaz de Valdés R.(1), Álvaro Herrera A.(2).

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

(2) Equipo de Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

RESUMEN

CUERPO

DEL

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La deficiencia de ornitina transcarbamilasa (DOTC) es un trastorno metabólico de herencia recesiva ligada al cromosoma X, infrecuente en la población general (prevalencia de 1/30.000-1/77.000), que altera el ciclo de la urea y la detoxificación del amonio, presentándose como hiperamonemia grave de inicio neonatal con una alta morbimortalidad, especialmente en sexo masculino.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, multípara de 1, con antecedentes de mortineonato de 2 semanas por hiperamonemia (2013), con estudio positivo para portación del gen DOTC. Cursando embarazo de 40+1 semanas. Hospitalizada en servicio de alto riesgo obstétrico para interrupción del embarazo en coordinación con equipo de neonatología dada posibilidad de patología neonatal severa. El 10/09/19 se realiza cesárea electiva, sin incidentes. Se obtiene recién nacido vivo de sexo masculino de 3.160 gr, APGAR 9-10, que se hospitaliza en servicio de neonatología para, monitorización y limitación de la ingesta proteica. Evolución materna favorable, con alta al tercer día posquirúrgico. Hasta dicho momento recién nacido no había presentado hallazgos clínicos ni sugerentes de hiperamonemia.

DISCUSIÓN: Los trastornos del ciclo de la urea suponen hasta el 60% de las hiperamoniemias neonatales. OTC es una de las 6 enzimas que descomponen y eliminan el nitrógeno del cuerpo. La deficiencia de esta enzima provoca la acumulación de amoníaco en circulación, lo que finalmente resulta en encefalopatía. Los síntomas iniciales generalmente aparecen desde el nacimiento e incluyen rechazo alimentario, vómitos, letargo progresivo e irritabilidad. Puede progresar rápidamente a convulsiones, hipotonía, edema cerebral, hepatomegalia, anomalías respiratorias y mortalidad (12.5%). De las mujeres portadoras, solo el 20% presenta síntomas. El tratamiento es principalmente de soporte y el pronóstico depende de la detección precoz y el manejo temprano, por lo que es una entidad que debe ser conocida y sospechada antecedentes de hiperamonemia neonatal.

PALABRAS CLAVE: *Enfermedades Genéticas Ligadas al Cromosoma X, Enfermedad por Deficiencia de Ornitina Carbamoiltransferasa, Hiperamonemia.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: *Catalina Leal S.(1), Erick Gamboa G.1, Ignacio Ortiz F.1, Dominique Litvak M D(1); Nicolás Guiloff (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.

RESUMEN**CUERPO DEL RESUMEN:**

INTRODUCCIÓN: Un embarazo ectópico ocurre cuando el saco gestacional se implanta en un sitio distinto a la cavidad uterina. En aproximadamente 3% se produce la implantación a nivel del cuerno uterino. En esta región anatómica existe una gran vascularización y capacidad de distensión miometrial, lo que permite mayor desarrollo y una ruptura más tardía. La importancia radica en que su mortalidad puede llegar a ser hasta 3 veces mayor que en el de implantación tubárica.

CASO CLÍNICO: Paciente 33 años, multipara de 1. Última regla: 18/04/2019, consulta el día 19/06/2019 por cuadro de dolor abdominal hipogástrico asociado a genitorragia. Refiere antecedente de consulta hace 2 días, donde se realizó el diagnóstico de embarazo ectópico cornual derecho, no complicado, el cual fue manejado con Metotrexato 90 miligramos. Al ingreso: hemodinamia estable, abdomen blando, depresible, doloroso en hipogastrio, sin signos peritoneales. Especuloscopia: cuello sano, sangrado activo por orificio cervical externo. Tacto vaginal: cuello posterior, cerrado, duro.

Ecografía transvaginal: Embarazo cornual derecho de 31x29mm, saco gestacional 19x12mm, embrión 9.8mm, Latidos cardiofetales (+).

Gonadotropina coriónica humana: 11.255 mUI/ml
Se decide manejo quirúrgico abordaje laparoscópico.

Resumen de intervención: Se observa lesión en relación a cuerno derecho de 4 cm aproximadamente comprometiendo parcialmente trompa ipsilateral. Se realiza apertura bilateral de ambas hojas de ligamento ancho, sellado de arterias uterinas a ambos lados a nivel del istmo con punto intracorporeo de vicryl 2-0. Se realiza resección en cuña más salpingectomía en bloque extrayendo completamente la lesión. Procedimiento sin incidentes.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico cornual es infrecuente, pero presenta una mortalidad elevada y su manejo, un gran desafío. En caso de decidirse un manejo médico, adquiere gran importancia informar a la paciente respecto a los riesgos y posibles complicaciones. Frente a contraindicaciones a manejo médico o falla del mismo, debe plantearse manejo quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo ectópico, Embarazo cornual, Laparoscopia.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE MOLA HIDATIDIFORME EN MUJER JOVEN QUE CONSULTA POR CEFALEA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Constanza Malverde S. (1), Vicente Jerez Muñoz (1), Fernanda Pérez M. (2), Valeria Bawarshi Y. (3).

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

(2) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

(3) Médico Cirujano, Becado Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes, Servicio de Ginecología, Hospital Parroquial de San Bernardo.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La mola hidatidiforme (MH) consiste en un embarazo patológico a partir de una fecundación aberrante, que produce una degeneración hidrópica de las vellocidades coriales junto con hiperplasia del trofoblasto. Cuadro poco frecuente, pero que debe ser considerado frente a metrorragia del primer trimestre.

CASO CLÍNICO: Mujer de 22 años, nulípara, sana, test de embarazo positivo de 4 semanas, consulta sábado 3/08/19 por cefalea frontal opresiva EVA 7/10, sin otros síntomas acompañantes. Al examen físico se constata: especuloscopia sin sangrado ni leucorrea, tacto vaginal cuello posterior, largo, cerrado, útero aumentado de tamaño como de 20 semanas. A la ecografía transvaginal se evidencia lesión intracavitaria tipo panal de abeja de 13x9x9 cm con flujo Doppler positivo sin ecos embrionarios en su interior, ovarios de aspecto sano, sin líquido libre. Con diagnóstico de mola hidatidiforme, se ingresa para aspiración, legrado y exámenes complementarios. Se realiza aspiración en pabellón, luego de maduración cervical con misoprostol, dando salida a 700cc de contenido vesicular y trofoblástico, con posterior legrado y retractor uterino. Perfil hepático y radiografía de tórax no muestran alteraciones evidentes. Evoluciona en buenas condiciones, sin dolor ni sangrado genital, se decide el alta.

DISCUSIÓN: La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de enfermedades benignas y malignas producidas por una fecundación aberrante. La MH forma parte de la presentación benigna de la ETG, la cual, según sus hallazgos histopatológicos y citogenéticos, se clasifica en completa (MHC) o parcial (MHP): la MHP se presenta como aborto espontáneo de primer trimestre y la MHC como metrorragia del primer trimestre, dolor en hemiabdomen inferior y útero aumentado de tamaño. La edad materna es el factor de riesgo más importante: sobre 40 años y adolescentes. Se trata por aspiración cuidadosa del contenido uterino con posterior legrado suave. Su correcto y precoz diagnóstico es importante debido a su progresión a enfermedad maligna.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, mola hidatidiforme, sangrado genital.

CASO CLINICO

Título del trabajo: PREECLAMPSIA, CRISIS HIPERTENSIVAS QUE CEDEN ANTE ADMINISTRACIÓN DE BENZODIAZEPINAS, AL RESPECTO DE UN CASO.

Autores: Gabriel Briceño R.(1), Paula Cerna B.(1), Catalina Díaz de Valdés R.(1), Jaime Fuentes F.(1), Catalina Larraín S.(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.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) constituye una patología de alta prevalencia y mortalidad. La preeclampsia (PE), SHE asociado a proteinuria que se presenta posterior a la segunda mitad del embarazo, es responsable del 20% de la mortalidad materna en Chile. Requiere hospitalización, monitorización clínica, de laboratorio, manejo de presión arterial (PA) e interrupción pertinente del embarazo.

CASO CLÍNICO: Nulípara de 34 años, antecedente de aborto espontáneo en primer trimestre, miomatosis uterina y trastorno de ánimo imprecisado. Cursando embarazo de 31 semanas es hospitalizada en Alto Riesgo Obstétrico del Hospital San Juan de Dios por PE moderada y restricción del crecimiento fetal tipo 2 (Peso fetal estimado <P3, arteria umbilical con flujo cero en diástole, Ductus venoso normal). Al ingreso se inicia maduración pulmonar con betametasona. A partir del tercer día presenta alza de PA rango de crisis durante 3 días consecutivos, manejada con labetalol en bolo y metildopa por horarios. Screening de severidad negativo y Doppler fetal sin cambios. Se plantea interrupción ante nueva crisis. Debido a labilidad emocional de paciente, se inicia clonazepam. Tras iniciar benzodiazepinas, PA se mantiene normal por lo que se mantiene conducta expectante hasta semana 34. Se realiza interrupción vía alta sin incidentes. Recién nacido masculino, 1310 grs, APGAR 6-8 hospitalizado en neonatología. Puerperio sin conflicto iniciando enalapril con buena respuesta. Dada estabilidad clínica se decide alta al tercer día.

CONCLUSIÓN: Existe evidencia respecto al efecto hipotensor de benzodiazepinas, así como de la existencia de receptores periféricos con efectos no completamente dilucidados. Es conocida también la asociación entre cuadros ansiosos y alza en la presión arterial, sin embargo, no se encontró experiencia respecto a su uso en control de PA en contexto de PE. Al respecto del caso es relevante considerar efecto farmacológico directo versus concomitancia con etiología ansiosa de alzas tensionales.

PALABRAS CLAVE: *Preeclampsia, Hipertensión Inducida en el Embarazo, Benzodiazepinas*

CASO CLINICO

Título del trabajo: DEBUT DE ENFERMEDAD POR CAMBIOS MÍNIMOS EN EMBARAZO DE PRIMER TRIMESTRE CON MALA RESPUESTA A CORTICOIDES.

Autores: Katia Witt G.(1), Beatriz Lobos P.(1), Alina Riquelme C.(1), Felipe Calderón A.(1), Valeria Tona C. (2).

(1) Internos de Medicina, Servicio de Ginecología y obstetricia, Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.

(2) Médico-Cirujano, Residente Ginecología-Obstetricia, Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome nefrótico (SN) se caracteriza por asociación de proteinuria masiva, hipoalbuminemia y edema¹. En el embarazo tiene una incidencia baja (0,01-0,02%)² y debe diferenciarse de Preeclampsia. La enfermedad por cambios mínimos (ECM) es causa frecuente de SN, mas su debut durante el embarazo es excepcional³, existiendo solo 4 casos reportados tratados con corticoides, de los cuales 2 terminaron en parto prematuro.^{2,4,5} Las severas complicaciones materno fetales derivadas de la proteinuria masiva determinan la importancia del éxito de la terapia corticoidal y de ser necesario inmunosupresora.

CASO CLÍNICO: Mujer, 24 años, sin antecedentes mórbidos; primigesta, cursando embarazo de 14 semanas, asintomática. Se pesquisa proteinuria aislada de 100 mg/dl y posteriormente proteinuria 24hrs 5.5 gr/24hr; Albumina 2.89mg/dl. Diagnosticado SN inicia corticoesteroides a dosis bajas, lográndose proteinuria 1.7gr/24hr. Al mes presenta exacerbación (Proteinuria 5.3 gr/24hr) y se hospitaliza. Estudio destaca ecotomografía renal, anticuerpos y complemento normal. Biopsia renal evidencia ECM. Mala respuesta a prednisona 70mg/día con proteinuria 9.6 gr/24hr. Se inicia Tacrolimus disminuyendo a 4gr/24hr en una semana. Evoluciona favorablemente, con celulitis de pierna como única complicación; sin signos de sufrimiento fetal. Se programa parto a las 37 semanas, sin complicaciones y recién nacido sano. Actualmente continúa tratamiento con tacrolimus.

DISCUSIÓN: Para evitar complicaciones materno fetales, como la preeclampsia, falla renal, aborto espontáneo, la restricción del crecimiento, la prematuridad y el bajo peso al nacer derivados de la proteinuria masiva y la hipoalbuminemia en glomerulopatías primarias, sobretudo en etapas tempranas, es importante el inicio precoz de tratamiento de primera línea con corticoesteroides por su gran eficacia en SN. Ante recaídas o fracaso de tratamiento, el uso de inmusosupresores como el Tacrolimus es aparentemente seguro en el embarazo y lactancia ^{6,7,8}.

PALABRAS CLAVE: *Complicaciones del embarazo, enfermedad de cambio mínimo, síndrome nefrótico.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME DE HIPOMIELINIZACIÓN Y CATARATA CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Nadia Peñailillo S.(1),Jonan Valenzuela A.(1),Sergio Narbona T.(1),Francisca Marín C.(1), Dra. Mónica Troncoso.(2).

(1) Interno de Medicina Universidad de Chile, Independencia, Santiago, Chile. (2) Neuróloga Infantil, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

(2) Neuróloga Infantil, Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome de hipomielinización y catarata congénita (HCC) se caracteriza por la deficiencia permanente de mielina y aparición de cataratas al nacimiento o antes de los dos primeros meses. Asociado a retraso del desarrollo psicomotor (RDSM) y déficit intelectual moderado. Se presenta el caso de un paciente que padece este síndrome extremadamente poco frecuente.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 18 años. Hijo de padres sanos no consanguíneos, gestado en embarazo controlado, con antecedente de colestasia intrahepática en el tercer trimestre. Nace de 38 semanas de edad gestacional con: Peso: 3600 gr y Talla: 51.5 cm. A los 3 meses se detecta catarata congénita bilateral por lo que es intervenido a los 4 meses. Evoluciona con RDSM. Ingresa a los 8 meses a Teletón, y es derivado a los 2 años al servicio de neurología infantil del Hospital de Puerto Montt donde es diagnosticado con Síndrome hipotónico, sin continuar estudio etiológico. A los 6 años ingresa para estudio en el Hospital San Borja Arriarán, se realiza Electroencefalograma que resulta normal y TAC cerebral que muestra hipodensidad global de sustancia blanca. Continúa estudio con Resonancia magnética que evidencia lesiones bilaterales de sustancia blanca y electromiografía que concluye polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante severa. Según sospecha clínica se realiza estudio genético del gen FAM126A, resultando positivo para la variante patogénica de forma homocigota, confirmándose la presencia de mutación para HCC.

CONCLUSIÓN: HCC es una enfermedad rara, sin estudios epidemiológicos disponibles. Existe variabilidad clínica, sin embargo los cambios observables en resonancia magnética asociado a la presencia de catarata y/o RDSM deben orientar a sospechar el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: *Catarata congénita, Hipomielinización, Retraso del desarrollo psicomotor.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: TUBERCULOSIS MENÍNGEA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Autores: Camila Gutiérrez N. (1), Josefina Izurieta C. (1), José Jara A. (1), Paula Rivas L. (1), Dra. Dominique Lister C. (2), Dra. Dafne Yuretic M. (2).

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

2. Médico de Servicio de Neurología, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago de Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La Tuberculosis (TBC) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Se estima que 1.700 millones de personas (25% de la población mundial) están infectadas con *Mycobacterium tuberculosis*, su agente causal. Hasta un 25% de los casos de TBC presentan afectación extrapulmonar. La afectación meníngea representa 1% de los casos.

CASO CLÍNICO: Masculino, 63 años. Antecedentes de TBC pulmonar tratada en la infancia y meningitis tuberculosa tratada (2016). Sin evidencia de inmunocompromiso adquirido. Presenta cuadro de cefalea intensa, baja de peso y paresia del VI nervio craneal izquierdo y signos meníngeos. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) demuestra líquido incoloro, leucocitos 130/mm³, 100% mononucleares, proteínas 1,43 gr/L, glucosa 60 mg/dl, ADA <2 UI/L, tinción Ziehl-Neelsen y PCR para *M. tuberculosis* negativos. *Cryptococcus neoformans*, estudio de virus, cultivo de hongos y pruebas no treponémicas en LCR negativas. Dos baciloscopías, cultivo de Koch y PCR para TBC en expectoración negativas. La resonancia magnética (RNM) de cerebro con contraste evidenció extenso compromiso paquimeníngeo del tentorio izquierdo. Se inició tratamiento con antituberculosos y corticoterapia por 12 meses. En controles ambulatorios evidencia remisión completa de la sintomatología.

CONCLUSIÓN: La presentación clínica de Meningitis tuberculosa tiene un inicio subagudo e insidioso, caracterizada por cefalea, fiebre, alteración de nervios craneales, compromiso de conciencia y muerte. El mejor método diagnóstico es la tinción y cultivo de LCR. Ciertos métodos han tomado relevancia: IGRA (Interferon G Release Assay), ELISPOT (Enzyme linked immunospot assay) y Quantiferon-GIT (Gold in tube test). Ninguna 100% certera. El estudio imagenológico de elección es la RNM cerebral, pero hasta un tercio de los pacientes pueden no presentar alteraciones. Su reconocimiento temprano es de suma importancia. El retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento implica importante morbimortalidad. Hasta un 25% de los pacientes tratados adecuadamente pueden tener secuelas neurológicas.

PALABRAS CLAVE: *Tuberculosis, Tuberculosis extrapulmonar, Tuberculosis meníngea.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: CEFALEA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HERPES ZOSTER OFTÁLMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Antonia Núñez V. (1), Sofía Montecinos N. (1), Valentina Lucchini W. (1) Constanza Toledo C. (2).

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

2. Médico cirujano, EDF Servicio de Salud Aconcagua

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

El herpes zoster (HZ) es causado por la reactivación del virus varicela-zoster latente en el ganglio neurosensorial, siendo sus factores desencadenantes la edad, mala nutrición, inmunodeficiencias, entre otros (1). Típicamente presenta pródromo de 48-72 horas, caracterizado por dolor urente moderado a severo, en algunos casos adormecimiento, asociado a fiebre, cefalea, malestar general seguido por desarrollo de lesiones unilaterales eritematosas, rash maculopapular en dermatoma el cual evoluciona a vesículas (2). Los dermatomas adyacentes al ganglio neurosensorial más frecuentemente comprometidos en orden decreciente son torácico (50–60%), cervical (10–20%), y trigeminal (10–20%). Del nervio trigémino, la rama más frecuentemente afectada es la oftálmica. Un estudio retrospectivo analizó las características clínicas de la cefalea que precede al HZ donde describen el dolor frecuentemente como punzante, unilateral, moderado a severo, con despertar nocturno y sin ser previamente experimentado (3).

En este análisis se presenta a paciente femenino de 57 años con cuadro de 3 días de evolución de cefalea frontal derecha de tipo punzante-urente, sin irradiación, insidiosa, que alcanza intensidad máxima y se mantiene, sin episodio previo, que cede escasamente con uso de analgésicos provocando despertar nocturno. Dado examen físico sin hallazgos se realiza scanner de cerebro que resulta normal. Evoluciona al cuarto día con lesión eritematosa supraciliar derecha de 2 cm de diámetro, asociado a edema palpebral derecho y ojo rojo profundo agregándole vesículas en zona supraciliar con lo que se diagnóstica herpes zoster oftálmico complicado con uveítis, iniciando tratamiento con aciclovir oral y metilprednisolona oftálmica.

En conclusión, dado que el HZ oftálmico posee un cuadro clínico característico, y es causa importante de morbilidad ocular, es necesario considerarlo como diagnóstico diferencial en la consulta por cefalea, para pesquisarlo y tratarlo a tiempo para evitar daño ocular en el futuro.

PALABRAS CLAVE: *Cefalea, herpes zoster, nervio trigémino.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: REPORTE DE CASO: DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB EN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DEFECTUAL

Autores: Saul Muñoz C. (1), Nicolás Hernández M. (1), Gonzalo Martínez L. (1), Vicente Cunill D. (1), Ximena Donoso V. (2).

1. Estudiante de Medicina, 7° año, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2. Médico Cirujano, Especialista en Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT).

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una enfermedad neurodegenerativa de curso invariablemente fatal, producida por la proteína prión resistente a proteasas (Pr-PRES). La incidencia a nivel mundial de la ECJ es de 1 caso por millón de habitantes por año, siendo en Chile 3,5 veces más frecuente, predominando la forma esporádica (85%). El cuadro clínico corresponde a una demencia rápidamente progresiva (DRP), al cabo de semanas a meses, que al progresar aparecen signos piramidales y extrapiramidales, mioclonías marcadas seguidas de mutismo aquinético y la muerte, típicamente antes del año desde el inicio de la enfermedad.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 60 años, con antecedente de esquizofrenia con mala adherencia a tratamiento, previamente autovalente. Es traído por familiar al Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) por disminución de funcionalidad y autovalencia de 5 meses de evolución. Refieren inicio del cuadro con alteración de memoria inmediata y de corto plazo, a lo que se agrega disartria, marcha lenta lateralizada, con desequilibrio y caídas frecuentes. Evoluciona con lenguaje incoherente y alucinaciones visuales. Actualmente paciente en silla de ruedas, sin posibilidad de deambular sin asistencia por trastorno de la marcha.

DISCUSIÓN: Si bien la ECJ es una patología extremadamente poco frecuente, es de especial importancia el conocimiento de ésta por parte de los profesionales para considerarla en el diagnóstico diferencial de las demencias rápidamente progresivas, dado la mayor incidencia que presenta ésta en nuestro país y debido a la existencia de patologías potencialmente reversibles en comparación al pronóstico ominoso de la ECJ.

PALABRAS CLAVE: *Creutzfeldt-Jakob, Demencia, Demencias rápidamente progresivas*

CASO CLINICO

Título del trabajo: ENCEFALOPATIA DE HASHIMOTO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autores: Roberto Baigorri J. 1 , Ignacio Pozo M. 1 , Diego Navarro B. 1 , Juan Carlos Solis G. 1, Macarena Luco V. 2.

1 Interno de Medicina Universidad de Chile, Hospital Barros Luco-Trudeau.

2 Medicina Interna, Hospital Barros Luco-Trudeau.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Encefalopatía de Hashimoto, enfermedad infrecuente asociada a tiroiditis de Hashimoto, de presentación variable. Presenta confusión subaguda con alteración del nivel de conciencia, convulsiones y mioclonías. Se cree que es un desorden inmunomediado. Se presenta caso con esta patología como principal sospecha diagnóstica.

CASO CLÍNICO: Hombre 70 años, antecedente de tabaquismo IPA 26 y alcoholismo importante, suspendido hace un año. Cuadro de 2 años con fallas de memoria y episodios de confusión ictal recurrentes y progresivos. Hospitalizado en varias ocasiones por cefalea, síndrome confusional agudo y episodio de compromiso de conciencia con movimientos tónicoclónicos bilaterales. Por actividad epileptiforme en EEG, se hospitaliza 23/05/19 para estudio. En RM cerebral: realce paquimeningeo; AntiTPO elevado (1438). Persiste sintomático, consulta a SU HBLT (06/11/2019), donde residente describe alteración de memoria anterógrada, con fabulaciones, sin déficit focal. Es hospitalizado con diagnóstico de cefalea secundaria a hipotensión liguoral y probable encefalitis de Hashimoto. En estudio destaca AntiTPO 1498, hipocomplementemia, plaquetopenia (71000), sin otras alteraciones y RM sin paquimeningitis; se inicia corticoides con buena respuesta. Por alta voluntaria se completará estudio ambulatorio.

DISCUSIÓN: La Encefalopatía de Hashimoto posee dos patrones de presentación solapables: uno Stroke-like (episodios agudos o subagudos de déficit neurológico focal) y un patrón difuso progresivo (aparición lenta de déficit cognitivos con demencia, confusión, alucinaciones, somnolencia), patrón más cercano a este caso. En muchos casos se presentan episodios convulsivos. Los síntomas neurológicos pueden ocurrir sin diagnóstico previo de tiroiditis de Hashimoto. La buena respuesta al tratamiento corticoidal y presencia de serología positiva son elementos que orientan a este diagnóstico.

CONCLUSIÓN: La encefalopatía de Hashimoto corresponde a una patología neurológica rara, su variada clínica y progresión larvada, dificultan el diagnóstico. De pronóstico generalmente bueno, presenta respuesta favorable a tratamiento corticoidal, con deterioro cognitivo en algunos casos. Un adecuado diagnóstico nos permite un tratamiento oportuno, evitando secuelas.

PALABRAS CLAVE: *Convulsión, Encefalopatía de Hashimoto, Tiroiditis de Hashimoto.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME DE RAMSAY HUNT Y ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: APROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Sofía Larrondo B.(1), Nicoletta Campodonico O.(1), Josefina Izurieta C. (1), Josefa Becker U. (1), Rocío Sanchez G. (2).

1: Internas de Medicina Universidad Mayor. 2: Médico Cirujano Universidad de los Andes.

2: Médico Cirujano Universidad de los Andes.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Ramsay Hunt (SRH) es producido por la reactivación del virus varicela- zóster (VVZ), afectando el VII par y frecuentemente el VIII. La parálisis facial aparece posterior a las vesículas e implica un peor pronóstico. Factores de mal pronóstico son el grado de afectación del nervio facial, retraso del tratamiento, edad avanzada y comorbilidades. Presentamos un caso de SRH con afectación polineuropática y encefalitis en paciente inmunocompetente.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 81 años con antecedentes de diabetes mellitus no insulino requirente, insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial. Consulta por cuadro de 5 días de otalgia e hipoacusia ipsilateral, vértigo y vómitos, destacando vesículas y costras con hiperestesia en pabellón auricular, conducto auditivo externo (CAE) y dermatomas de V2 y V3 izquierdas. Tomografía (TAC) cerebral informa ocupación de CAE izquierdo posiblemente en contexto de otitis externa (OE) por lo que ingresa a servicio de otorrinolaringología donde se administra metilprednisolona y se inicia tratamiento antibiótico endovenoso (EV) por sospecha de OE maligna, evoluciona con parálisis facial periférica dolorosa y aumento de vértigo, punción lumbar con PCR para VVZ positivo, se diagnostica encefalitis por VVZ y SRH iniciándose tratamiento con aciclovir EV. Se logra manejo del dolor y vértigo pero persiste parálisis facial durante toda la hospitalización. Actualmente está terminando tratamiento y se evaluará alta según evolución clínica.

CONCLUSIÓN: El SRH puede tener variados síntomas, siendo la afectación del facial prácticamente constante. La afectación neurológica es más frecuente en inmunodeprimidos y ancianos por inmunosenescencia. Es de vital importancia tener alta sospecha diagnóstica para iniciar tratamiento precoz en los primeros 3 días de síntomas y disminuir las complicaciones y secuelas. En este caso fue retrasado el tratamiento por las dificultades para llegar al diagnóstico, lo que determinó un peor pronóstico funcional, junto a la edad avanzada y comorbilidades de la paciente.

PALABRAS CLAVE: *Encefalitis por Varicella Zoster, Parálisis facial, Ramsay Hunt.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: ROMBOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Yenni Guerra P. (1), Luis Vásquez G. (1), Beatriz Lobos P. (1), Juan Moreno Ch.(2).

1 Interno(a) de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

2 Medico Cirujano, Hospital San José.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: *Listeria monocytogenes* es un cocobacilo grampositivo, que puede ser aislado desde diversos ambientes, incluyendo tierra, agua estancada, alimentos procesados, entre otros. La *listeria* puede comprometer diferentes órganos, teniendo predilección por el sistema nervioso central, manifestándose como meningitis en el 97% de los casos. En pacientes inmunocompetentes generalmente se manifiesta como una gastroenteritis aguda febril, siendo excepcional el compromiso del tronco cerebral y cerebelo.

CASO CLÍNICO: Hombre de 48 años sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de 28 días de evolución caracterizado inicialmente por náuseas, vómitos, diarrea y compromiso del estado general. Posteriormente se agrega cefalea holocránea intensa, vértigo, marcha inestable, debilidad muscular, dolor a la movilización cervical y sensación febril. Se realiza Punción lumbar: Líquido cefalorraquídeo (LCR) de aspecto turbio, predominio mononuclear. Cultivo de LCR positivo para *listeria monocytogenes*. Tinción de Gram y hemocultivos negativos. Resonancia magnética (RM): hiperintensidad en T2 de pedúnculo cerebeloso medio derecho en zona medial, sin fenómeno restrictivo o realce, sin carácter expansivo. Se diagnostica romboencefalitis por *listeria* y se trata con Ampicilina más Gentamicina. Paciente evoluciona favorablemente, con remisión de los síntomas.

CONCLUSIÓN: Los hallazgos clínicos y estudio de LCR de romboencefalitis por *Listeria monocytogenes* son inespecíficos, pudiendo confundirse con cuadros como una gastroenteritis aguda, tuberculosis, enfermedades micóticas, entre otros, lo que retrasa el diagnóstico y ensombrece el pronóstico debido al compromiso troncoencefálico que puede terminar en falla respiratoria y muerte. La RM presenta lesiones características, por lo que muchas veces los hallazgos encontrados ésta sumado al cuadro clínico suelen ser la base del diagnóstico, debiendo confirmarse posteriormente con estudios bacteriológicos, lo que permite iniciar un tratamiento precoz y evitar complicaciones futuras. El tratamiento de elección es ampicilina asociada o no a un aminoglicósido por una duración de dos a tres semanas.

PALABRAS CLAVE: *listeria monocytogenes*, romboencefalitis, tronco cerebral.

CASO CLINICO

Título del trabajo: MÚLTIPLES PLACAS ERITEMATODESCAMATIVAS EN CUERO CABELLUDO: REPORTE DE UN CASO DE TINEA CAPITIS POR TRICHOPHYTON TONSURANS

Autores: Jorge Klagges T. 1 , José Luis Villarroel C. 1 , Fernando Parraguez A. 1 , Esteban Araneda F. 1, Tutor: Dr. Francisco Chávez R. 2.

(1) Interno de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

(2) Dermatólogo, Universidad de Santiago de Chile - Hospital El Pino.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Tinea capitis es una infección de cuero cabelludo, casi exclusivamente de pacientes pediátricos. Se presenta habitualmente como una placa eritematodescamativa y alopésica, clásicamente con pelos quebradizos. En Chile el agente etiológico más frecuente es *Microsporum canis*, un dermatofito presente en animales domésticos. El objetivo del presente trabajo es mostrar la evolución de un caso atípico de Tinea capitis, causado por un microorganismo emergente en el país.

CASO CLÍNICO: Escolar de 5 años edad, masculino, afrodescendiente, es derivado al Servicio de Dermatología del Hospital el Pino por presentar desde hace 4 días aproximadamente 7 placas eritematosas, descamativas, alopésicas y muy pruriginosas en cuero cabelludo. Al examen físico destacan signos de grataje y una lesión de centro pálido y borde eritematoso de 3 cm x 3 cm en brazo izquierdo. Con diagnóstico de Tinea capitis se indican antifúngicos orales y se solicitan exámenes de sangre y cultivo de hongos en agar Sabouraud-dextrosa 2%. Los resultados muestran hemograma normal, VIH (-), y cultivo positivo para *Trichophyton tonsurans*. El tratamiento antifúngico se mantuvo por tres meses, con mejora progresiva de las lesiones y remisión total, incluyendo la lesión en brazo izquierdo.

CONCLUSIÓN: La Tinea capitis es una afectación frecuente en edad pediátrica, con presentaciones diversas determinadas en general por la localización geográfica del paciente. Está descrito el aumento de casos de Tinea capitis por *T. tonsurans* en Chile, asociado principalmente a la inmigración. En este caso confluyen dos particularidades: un agente infrecuente y una clínica agresiva, frente al desconcierto que esto puede generar, el cultivo de hongos permite confirmar al microorganismo causal y definir la conducta terapéutica.

PALABRAS CLAVE: *Tinea capitis*, *Trichophyton infection*, *Dermatomycoses*

CASO CLINICO

Título del trabajo: ENFERMEDAD DE FAVRE-RACOUCHOT: REPORTE DE UN CASO

Autores: David Barrientos R (1), Belén Corvalán A (2), Gabriel Dávila C (2), Felipe Cortés R (1), Gabriel Aedo Inostroza (3).

(1) Interno(a) Universidad Andrés Bello sede Viña del Mar

(2) Interno(a) Universidad de Santiago de Chile

(3) Médico Cirujano, Universidad de Chile

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Favre-Racouchot (EFR) consiste en comedones agrupados, elastosis nodular y quistes que aparecen en la piel dañada por el sol de personas ancianas. Es una enfermedad relativamente común pero infra diagnosticada, se estima que ocurre en el 1.4% de la población general. Reportamos el caso de un paciente masculino de 63 años con antecedente de exposición solar ocupacional durante 20 años.

CASO CLÍNICO: Paciente consulta por aparición desde hace 3 meses de múltiples lesiones lobuladas con tinte amarillento sobre placa eritematosa, de 0.5-1 cm cada una, en área cigomática bilateral las cuales confluyen en placa. Se diagnostican como quistes de retención con sospecha de hiperplasia sebácea y se indica biopsia para estudio. La histopatología reveló elastosis solar con quistes y comedones. Considerando clínica y resultado histológico se diagnostica EFR. **Discusión:** Se debe considerar la EFR como diagnóstico diferencial en pacientes con lesiones comedonianas bilaterales en contexto de antecedente de fotoexposición. El caso actual corresponde a un paciente de edad madura, con antecedentes de tabaquismo y exposición solar crónica. El estudio histológico revela la presencia de elastosis solar con quistes y comedones, hallazgos sugerentes de EFR. Dada la escasa sintomatología asociada, el objetivo del tratamiento corresponde a la corrección del factor cosmético, asociado a la toma de medidas preventivas de progresión de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: La EFR es una dermatosis asociada a la fotoexposición solar crónica. Se caracteriza por comedones distribuidos simétrica y bilateralmente en áreas fotoexpuestas. El diagnóstico es eminentemente clínico. Su conocimiento es relevante, puesto que corresponde a una enfermedad limitada a la piel, a diferencia de la patología cutánea maligna asociada a la exposición solar. No existe un tratamiento standard, sin embargo las estrategias terapéuticas más frecuentes son la aplicación de retinoides tópicos y los tratamientos con láser de CO₂.

PALABRAS CLAVE: *Enfermedad de Favre-Racouchot (EFR), exposición solar, comedones, quistes.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SARCOMA DE KAPOSI MAL TRATADO COMO ANGIOEDEMA FACIAL: LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN ORAL

Autores: Gonzalo Mellado F. (1), Daniela Alfaro S. (1), Isabel Ogueta C. (2), Pablo Del Barrio D. (2), Cristian Vera K. (2).

(1) Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

(2) Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina Pontificia Universidad

Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular de origen endotelial que compromete la piel y mucosas en pacientes VIH seropositivos. Se ha descrito en la literatura aparición concomitante de linfedema facial. Se presenta el caso de un paciente con SK en paladar duro, cuyo debut fue un linfedema periorbitario.

CASO CLÍNICO: Paciente hombre de 24 años, VIH (+), usuario de HAART y Cotrimoxazol (CTX), con historia de cuadros reiterativos de edema periorbitario y facial de más de 24 horas que fueron atribuidos al uso de CTX. A pesar del uso de corticoides orales, bilastina y a la suspensión de CTX, el edema persiste, por lo que es derivado a nuestro servicio. Al examen físico destaca edema periocular y facial anaranjado, asociado a dos máculas violáceas en paladar duro y placas violáceas en extremidades. Se sospecha SK y se realiza estudio: CV 4010, CD4 169, Hb 12.5 Leucocitos 7100 Creatinina 0.81 Triptasa sérica 5.8 ANA (-), Anti-DNA (-), C1q inhibidor 303, IgE 21. TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis muestra adenopatías abdominales, yugulares, cervicales posteriores y axilares bilaterales. Estudio histológico de lesiones cutáneas y adenopatía yugular con hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con SK-HHV8 (+). Tras siete ciclos de quimioterapia, paciente evoluciona favorablemente con reducción de compromiso facial y de adenopatías supra e infradiaphragmáticas en TAC de control.

CONCLUSIÓN: El linfedema facial en pacientes con SK y VIH+ es una manifestación poco común. El edema puede ser pronunciado, afectando extremidades inferiores y región periorbitaria. En un estudio retrospectivo de Khammissa et al. (1) se obtuvo una prevalencia de 24% de linfedema facial concomitante en pacientes VIH+ con SK oral. Es importante reconocer este signo precozmente para así establecer un diagnóstico y manejo oportunos.

PALABRAS CLAVE: *linfedema, Sarcoma de Kaposi, VIH.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: VASCULITIS INDUCIDA POR COCAÍNA ADULTERADA CON LEVAMISOL

Autores: Catalina Jahr A. (1), Mariana Silva A. (1), Isidora Chahuán A. (2), Agustín Cruz B. (2), Claudia Quiroz P. (3), Fernando Valenzuela A. (3).

(1) Residente de Dermatología. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

(2) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile

(3) Médico especialista en Dermatología. Departamento de Dermatología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La cocaína es una droga ilícita en Chile cuyo grado de pureza es variable, encontrándose gran cantidad de compuestos agregados a esta, destacando el levamisol, por el marcado aumento en su uso. El levamisol es un antihelmíntico con propiedades inmunomoduladoras que se retiró del mercado por sus efectos adversos, se utiliza para adulterar cocaína por aumentar la vida media y potenciar su efecto euforizante. La cocaína adulterada con levamisol se correlaciona con distintos efectos adversos, pudiendo inducir un síndrome caracterizado por neutropenia, anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA) positivo y vasculitis cutánea. La biopsia típicamente evidencia vasculitis trombótica o leucocitoclástica con o sin oclusión vascular, pero no es patognomónica, siendo diagnóstico de exclusión.

CASO CLÍNICO: Hombre de 27 años sano, con antecedente de consumo de cocaína semanal. Consulta por cuadro de 3 días de lesiones dolorosas en muslos, asociado a fiebre de 39°C. Presenta úlceras en sacabocado de tamaño variable, con centro necrótico, borde eritematoso e induradas en muslos. Pliegues inguinales con eritema, aumento de volumen y sensibilidad a la palpación. Al laboratorio destaca: leucopenia (280/uL), Proteína C Reactiva 355 mg/L, panel viral y bacteriano en sangre negativos, ANCA positivo por inmunofluorescencia indirecta con patrón atípico. Mielograma, ecografía de partes blandas y tomografía computada tórax, abdomen y pelvis evidenciaron sólo cambios reactivos. Cultivo de tejido informa *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, iniciándose cefazolina. Biopsia de piel muestra vasculitis trombótica con numerosos eosinófilos; tinción Gram, Schiff y Ziehl-Neelsen negativas. Se diagnostica vasculitis por levamisol, manteniéndose con terapia de soporte, evolucionando con resolución del cuadro en 3 semanas.

CONCLUSIÓN: Se debe sospechar la exposición a cocaína contaminada con levamisol en pacientes con neutropenia inexplicada, anomalías hematológicas y lesiones cutáneas necróticas. Es importante reconocerla por ser potencialmente letal y porque la suspensión del consumo es la clave para la resolución del proceso.

PALABRAS CLAVE: *Cocaína, Levamisol, Vasculitis.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: QUERATODERMIA ACUAGÉNICA PALMAR ASOCIADA A DOXICICLINA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Irene Araya B. (1), Nicolás Moya G. (1), Emilia Neves J. (2).

1 Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2 Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La queratodermia acuagénica (QA) es una enfermedad dermatológica rara cuya patogenia es desconocida. Se han reportados casos en la literatura asociados a la ingesta de ciertos fármacos, principalmente inhibidores de la enzima ciclooxigenasa 2 (COX-2) y aspirina.

CASO CLÍNICO: Mujer de 18 años. Consulta en dermatología por 1 semana de aparición de múltiples pápulas blanquecinas de 3-5 mm de diámetro, levemente dolorosas, en superficie distal de pulpejos y región tenar e hipotenar de ambas manos. Éstas aparecían luego de exponer las manos al agua durante al menos 3 minutos y desaparecían 30 minutos después del secado. Al interrogatorio refiere únicamente uso de doxiciclina vía oral hace 1 mes por quiste epidérmico axilar inflamado, prescrito por dermatólogo. Al momento de la consulta el examen físico era normal, por lo que se realiza prueba de exposición al agua, constatándose el fenómeno descrito. Se diagnostica QA palmar bilateral asociado a doxiciclina, por lo que se indica manejo conservador con suspensión del fármaco, presentando cese de las lesiones luego de 7 días.

CONCLUSIÓN: Teorías sobre la fisiopatología de la QA plantean que se produciría como resultado de un aumento de captación de sodio por los queratinocitos, provocando edema celular y con ello un aspecto macerado de la piel. Esto explicaría la asociación con algunos medicamentos, como los inhibidores de la COX-2 y aspirina. Sin embargo, existen reportes de medicamentos cuyo mecanismo no es del todo comprendido, como gabapentina, tobramicina, paracetamol, claritromicina y gentamicina. En la literatura actual, no se han reportado casos de QA asociados al uso de doxiciclina, antibiótico usado ampliamente en dermatología por sus propiedades antiinflamatorias. Presentamos el primer reporte publicado en la literatura sobre la probable asociación entre el uso de doxiciclina y la QA palmar, siendo necesario más estudios y reportes para confirmar nuestra observación.

PALABRAS CLAVE: *Acrodermatitis, palmoplantar, queratodermia.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: SÍNDROME DE SÉZARY COMO DIAGNOSTICO EN UN PACIENTE CON ERITRODERMIA, REPORTE DE UN CASO

Autores: María Bascuñán J.(1), Natalia Cabezas A.(2), Valentina Galindo M.(3), Lucas Ferrer Nappe.(4), Juan Moreno C.(5).

(1) Interna séptimo año Universidad de Santiago de Chile, (2) Interna séptimo año Universidad de Santiago de Chile, (3) Interna séptimo año Universidad de Santiago de Chile, (4) Interno séptimo año Universidad de Santiago de Chile. (5) Tutor médico cirujano, becado primer año cirugía Universidad de Santiago de Chile campus Hospital San José.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Sézary constituye la fase leucémica de la micosis fungoide, caracterizado por eritrodermia, poliadenopatías superficiales; y un elevado número de linfocitos atípicos en sangre periférica. Predomina en hombres, principalmente entre 60 y 70 años. Su forma clásica, suele comenzar de novo o precedido de alguna dermatosis inespecífica. Su causa no se ha precisado, se considera una enfermedad rara, aunque se ha visto un aumento en su incidencia en los últimos años.

CASO CLÍNICO: masculino de 66 años con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento. Consulta por un cuadro de aproximadamente 3 semanas de evolución, caracterizado por la aparición de placas eritematosas, simétricas, no confluentes, pruriginosas y levemente descamativas en todo el cuerpo, durante los siguientes días las lesiones aumentaron de tamaño e intensidad de prurito, siendo los últimos días que generalizan en todo el cuerpo, además de asociarse a fiebre y adenopatías cervicales por lo cual asiste al servicio de urgencia. Al examen físico se constata eritrodermia rojiza generalizada, con adenopatías cervicales, axilares y esplenomegalia. Se realiza pruebas de laboratorio en los que destaca hemograma con linfocitosis atípica, se solicita evaluación a equipo de hematología y dermatología en donde se decide la realización de biopsia de piel, la cual se informa infiltración nodal casi total, por linfocitos neoplásicos grandes y medianos de contorno irregular con mitosis frecuente, dado los hallazgos se diagnostica un síndrome de Sezary por lo que se inicia con quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina y prednisona.

DISCUSIÓN: el síndrome de Sézary es una entidad infrecuente, se presenta en sus etapas iniciales de manera inespecífica que al evolucionar compromete gravemente la calidad de vida del paciente, requiriendo una alta sospecha al enfrentarse un paciente con eritrodermia y adenopatías, lo que requiere una derivación temprana dado que un inicio rápido del tratamiento puede disminuir considerablemente la mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Eritrodermia, micosis fungoide, síndrome de Sezary

CASO CLINICO

Título del trabajo: TUMOR EXTRAGONADAL PRIMARIO DE CÉLULAS GERMINALES: REPORTE DE UN SEMINOMA RETROPERITONEAL

Autores: Felipe Barría W (1)., Sarita Echeverría V (1)., María Herrera M (1)., Javiera Huidobro N (1), Daniel Coria G. (2).

(1). Estudiante de pregrado de Medicina Universidad de los Andes

(2). Medico Cirujano Hospital Parroquial de San Bernardo

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El seminoma retroperitoneal primario es poco frecuente y ocurre sin presencia de una lesión maligna primaria en los testículos. La clínica de los tumores primarios extragonadales de células germinales (TECG) es inespecífica y variable. El estudio imagenológico y anatomopatológico es fundamental ante sospecha.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años consulta por dolor en flanco y fosa iliaca derecha, asociado a baja de peso y compromiso del estado general. Se realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis que informa masa retroperitoneal con extensión paraaórtica derecha de 17,7cm e invasión a vena cava inferior, glándula suprarrenal derecha y nódulo metastásico pulmonar. Ecografía Doppler testicular descarta lesión focal. Biopsia incisional de masa retroperitoneal presenta hallazgos compatibles con seminoma clásico; inmunohistoquímica (IHQ) PLAP (+), CKAE1/AE3 (-), CD30(-) y B-hCG (-). Posteriormente, nueva ecografía testicular evidencia área hipoecoica en rete testi derecha con alteración estructural de 12x5mm. Por sospecha de lesión tumoral se realiza orquiectomía radical derecha. Biopsia testicular informa fibrosis rete testi, hipoesmermatogénesis con detención de maduración en 10% de los túbulos y solamente células de Sertoli con maduración completa en el 70%. Dado diagnóstico se realiza 6 ciclos de quimioterapia (QMT) de primera línea. Post QMT se controla con TAC evidenciando regresión de masa retroperitoneal de 17 a 7cm y carcelación de estructuras vasculares, sin evidencia de nódulo pulmonar. Ante la masa residual mayor de 3cm se realiza PT-CT FDG que identifica dos áreas metabólicas en su interior compatibles con tejido tumoral viable. Se decide QMT de 2da línea.

CONCLUSIONES: Los seminomas retroperitoneales son una entidad rara representando el 2 a 5% de todos los seminomas. Tienen un buen pronóstico con un manejo adecuado. Estos deben considerarse en el diagnóstico diferencial ante una masa de partes blandas en retroperitoneo, incluso con testículos normales.

PALABRAS CLAVE: *Seminoma, neoplasias retroperitoneales, neoplasias de células germinales.*

CASO CLINICO

Título del trabajo: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE: LITIASIS URETRAL EN SÍNDROME DE SHWACHMAN-DIAMOND.

Autores: ORTEGA SADE M, ORTIZ SARA VIA C, PALOMINOS LANDEROS F, PINILLA FERNÁNDEZ C. (1), LÓPEZ ROJAS DANIEL (2).

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO – TRUDEAU, SEDE SUR, UNIVERSIDAD DE CHILE.

(2) COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO TRUDEAU, SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR, MÉDICO BECADO SERVICIO DE UROLOGÍA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE.

RESUMEN

CUERPO DEL RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Shwachman – Diamond (SSD) es una afectación multisistémica autosómica recesiva que consta de la tríada clásica de insuficiencia pancreática exocrina, disfunción medular y condrodisplasia metafisiaria, afectando además el sistema neurológico, auditivo, urinario, entre otros. El diagnóstico se realiza mediante características fenotípicas sugerentes descartando posibles causas de insuficiencia pancreática y alteración medular, apoyando el diagnóstico la asociación con alteraciones esqueléticas características, recomendándose estudio de la mutación del gen Shwachman-Bodian-Diamond-Syndrome (SBDS) para confirmarlo.

CASO CLÍNICO: Hombre de 20 años, con antecedentes de sospecha de genopatía SSD mediante mielograma con mielodisplasia sin mutaciones leucemoides, pulgar hipoplásico bilateral e hipoacusia de conducción bilateral por agenesia del conducto auditivo, consulta al servicio de urgencia por 3 días de hipogastralgia y oliguria progresiva. PieloTC muestra cálculo hiperdenso en uretra prostática de 4 mm de diámetro, instalándose cistostomía con buena evolución. Se solicitan exámenes mostrando función renal, electrolitos plasmáticos, albúmina, calcio, fósforo y magnesio sin alteración, enzimas pancreáticas y pruebas hepáticas normales. En hemograma destaca hemoglobina 13.5 gr/dl, VCM 103.8 fl, CHCM 34.3 gr/dl, leucopenia 2.700/mm³ sin alteración en fórmula diferencial y trombocitopenia 60.000/mm³. Se realiza cistoscopia mostrando restos de cálculo, no pudiéndose realizar estudio de composición. Posteriormente se solicitan exámenes de orina, encontrándose hipercalciuria 257.2 mg/dl y creatinuria de 1224 mg en 24 horas.

CONCLUSIÓN: El SSD es una rara enfermedad autosómica recesiva con presentación fenotípica variada, siendo la litiasis urinaria una presentación muy poco frecuente. La fisiopatología aún se desconoce, sin embargo, existe una relación entre malabsorción de grasas aumentando la oxalaturia además de hipercalciuria, predisponiendo litiasis. El tratamiento consta de factores de crecimiento celular, enzimas pancreáticas e intervenciones quirúrgicas en casos seleccionados. La mortalidad y morbilidad en la infancia está relacionada con malabsorción e infecciones, y en edad adulta con complicaciones hematológicas, teniendo un promedio de sobrevida de 35 años.

PALABRAS CLAVE: *Síndrome Shwachman – Diamond, aplasia medular, litiasis urinaria.*

*El verdadero tesoro del Hombre es el tesoro de
sus errores*

José Ortega y Gasset



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA - RCEM
ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA UCH