



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

OCTUBRE 2025, VOL N°15, SUPL 2.

LIBRO DE RESÚMENES I° JORNADA CIENTÍFICA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

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

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



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Octubre 2025, Vol N° 15, supl 2.

SOBRE LA REVISTA

La Revista Chilena de Estudiantes de Medicina (RCEM) es una revista estudiantil fundada el año 2001. Corresponde a una revista de carácter científico y académico, cuya misión es promover el desarrollo de la investigación en el área de la salud y las ciencias biomédicas a través de la promulgación de conocimiento científico, por medio de la edición anual de Artículos Originales, Reportes de Casos, Revisiones Bibliográficas y Cartas al Editor.

La Revista tiene por objetivo asegurar la rigurosidad científica de las publicaciones, a través de la revisión de los manuscritos por un Comité Revisor, integrado por especialistas en el área de la salud y las ciencias biomédicas.

La RCEM está dirigida a estudiantes, profesionales y académicos de disciplinas afines al área de las ciencias de la salud, tanto de la Universidad de Chile como de otras universidades, dentro y fuera de Chile, que deseen contribuir a la divulgación de nuevo conocimiento científico.

Editada en Santiago de Chile por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile, Avenida Independencia 1027, Programa de Anatomía del Desarrollo, Block A, Oficina 1, Comuna de Independencia, Santiago de Chile.

rcem.uchile.cl

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

Rev Chil Estud Med.

En línea ISSN 0718-672X.

Impreso ISSN 0718-6711.

EQUIPO EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Diego Aller Acuña.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

EDITOR EJECUTIVO

Constanza Rojas Mella.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

EDITORES ASOCIADOS

Archibald Chester Obreque.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Camila Gómez Parraguez.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Catalina Erices Castillo.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Daniel Durán Alvarado.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

María Ignacia Concha Vera.

Interna de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Nicolás Quiroz Ramos.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Sophia Álvarez Salazar.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Vanessa Uberuaga Gutiérrez.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

Vicente Tagle Terrazas.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

EDITORES ASESORES

Dr. Abraham Gajardo Cortez

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Ph.D. en Ciencias Médicas, U. de Chile.

Residente Subespecialidad de Cardiología, Clínica Alemana de Santiago-UDD.

Diplomado en Metodología de la Investigación Clínica, MEDICHI, U. de Chile.

Diplomado en Bioestadística Avanzada, Pontificia U. Católica de Chile.

Certificado por el Programa Europeo de Educación en Epidemiología (EEPE).

Residente Intermedio Coronario, Clínica Alemana de Santiago.

Jefe Laboratorio Cardiología Traslacional, Programa de Fisiología, Biofísica y Fisiopatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, U. de Chile.

Profesor Asistente (Carrera Ordinaria), Facultad de Medicina, U. de Chile.

Dr. Iván Solís Opazo

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Subespecialista en Endocrinología, CONACEM.

Profesor Asociado, Facultad de Medicina de la U. de Chile.

Departamento de Medicina Norte, Hospital Clínico de la U. de Chile.

Unidad de Endocrinología, Departamento de Medicina Interna de Clínica Las Condes.

Editor Asociado de Revista Médica de Chile.

Fellow del American College of Physicians.

JEFA DE COMUNICACIONES & RR.SS

Catalina Monardes Silva.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

SUBJEFE DE COMUNICACIONES & RR.SS

Nicolás Cholaky Mejía.

Interno de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

DISEÑO & DIAGRAMACIÓN

Camila Palma Soto.

Diseñador titulada de la U. de Chile, Santiago.

EDITORES CIENTÍFICOS

Dr. Abraham Gajardo Cortez

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Ph.D. en Ciencias Médicas, U. de Chile.

Residente Subespecialidad de Cardiología, Clínica Alemana de Santiago-UDD

Diplomado en Metodología de la Investigación Clínica, MEDICHI, U. de Chile.

Diplomado en Bioestadística Avanzada, Pontificia U. Católica de Chile.

Certificado por el Programa Europeo de Educación en Epidemiología (EEPE).

Residente Intermedio Coronario, Clínica Alemana de Santiago.

Jefe Laboratorio Cardiología Traslacional, Programa de Fisiología, Biofísica y Fisiopatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, U. de Chile

Profesor Asistente (Carrera Ordinaria), Facultad de Medicina, U. de Chile.

Dra. Alicia Sciaraffia Rubio

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Inmunología Clínica, U. de Chile.

Magíster en Ciencia Biomédicas mención Inmunología, U. de Chile.

Profesor Asistente, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Servicio de Inmunología, VIH y Alergias, Hospital Clínico de la U. de Chile.

Dr. Alfredo Parra Lucares

Médico cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Doctor en Ciencias Médicas, U. de Chile.

Residente de Cardiología, Hospital Clínico de la U. de Chile.

Curso Docencia Efectiva XXIX versión, DECSA, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Diplomado de Metodología de la Investigación Clínica, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Perfeccionamiento en Buenas Prácticas Clínicas en Investigación con Seres Humanos, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, U. de Chile.

Coordinador de la Unidad de Investigación Cardiológica, Departamento Cardiovascular, Facultad de Medicina – Hospital Clínico de la U. de Chile.

Vicepresidente del Comité Ético Científico, Sociedad Chilena de Nefrología, 2023 a la fecha.

Socio Afiliado de la Sociedad Chilena de Ciencias Fisiológicas (SchCF), 2022 a la fecha.

Profesor Participante, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Profesor Participante, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, U. de Chile.

Profesor Asistente, Departamento Cardiovascular, Facultad de Medicina – Hospital Clínico de la U. de Chile.

Examinador Pretítulo Internado Medicina Interna, Departamento de Medicina, Hospital Clínico U. de Chile.

Dr. Aníbal Hurtado Pinochet

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Dermatología, CONACEM.

Dra. Carolina Heresi Venegas

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Neurología Pediátrica, U. de Chile.

Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, U. de Chile.

Master en Neuroinmunología, U. Autónoma de Barcelona.

Profesora encargada del Programa de Título de Especialistas de Neurología pediátrica, Campus Norte.

Presidente del Comité Académico del Programa de Título de Especialistas de Neurología Pediátrica.

Profesor Asistente, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Editora asociada Andes Pediátrica, ex Revista Chilena de Pediatría.

Vicepresidente Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia (SOPNIA), 2024 a la fecha.

Dra. Consuelo Arroyo Schumacher

Médico cirujano, U. de Concepción.

Especialidad en Medicina Interna, U. de Chile.

Residente 2º año, Programa Título de Especialidad en Reumatología, Hospital Del Salvador, U. de Chile.

Dr. Cristián González Alarcón

Médico Cirujano, U. de Chile.

Bachiller con Mención en Ciencias Naturales y Exactas, U. de Chile.

Diploma Historia de la Salud y de las Ciencias Biomédicas, Facultad de Odontología, U. de Chile.

Magíster en Salud Pública, U. de Chile.

Dra. Daniela Ávila Smirnow

Médico Cirujano, Pontificia U. Católica de Chile.

Especialista en Neurología Pediátrica, CONACEM, U. de Chile.

Diplôme Interuniversitaire en Myologie, U. Pierre et Marie Curie/Sorbonne Universités, Francia.

Attestation de Formation Spécialisée Approfondie de Neurologie, U. Paris Sud, Francia.

Magíster de Ciencias y Tecnología mención Biología Molecular y Celular. Especialidad Genética. Université Pierre et Marie Curie/Sorbonne Universités, Francia.

Diplôme Universitaire en Explorations Neurophysiologiques Cliniques, U. Pierre et Marie Curie/Sorbonne Universités, Francia.

Profesor Asistente, Escuela de Medicina, Pontificia U. Católica de Chile.

Jefa de Sección de Neurología Pediátrica, Escuela de Medicina, Pontificia U. Católica de Chile.

Miembro del Programa Enfermedades Neuromusculares, Unidad de Neurodesarrollo, Red de Salud UC-CHRISTUS.

Unidad de Neurología Infantil, Hospital Dr. Sótero del Río.

Dra. Elizabeth Hellman Sepúlveda

Médico Cirujano, U. de la Frontera.

Especialista en Medicina Interna, U. de la Frontera.

Subespecialista en Nefrología, CONACEM, Pontificia U. Católica de Chile.

Profesor Asociado Adjunto, Escuela de Medicina, U. de Valparaíso.

Docencia de Post-Título Patología Alta Complejidad en Matronería, U. de Valparaíso, 2021 a la fecha.

Miembro asociado de la Sociedad Chilena de Nefrología, 2007 a la fecha.

Miembro asociado de la Sociedad Chilena de Trasplante, 2018 a la fecha.

Referente Biomédico en Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio, 2021 a la fecha.

Miembro del Comité Científico de la Sociedad Chilena de Nefrología, 2022 a la fecha.

Unidad de Nefrología y Trasplante, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Dr. Erico Segovia Ruiz

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialidad en Medicina Interna, Hospital Clínico de la U. de Chile.

Subespecialidad en Nefrología, CONACEM.

Profesor Asociado, Departamento de Medicina Norte, Hospital Clínico de la U. de Chile.

Dra. Francisca Bozan Pérez

Licenciada de Bachillerato en Ciencias, Facultad de Ciencias, U. de Chile.

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Subespecialista en Reumatología, U. de Chile.

Research Fellow Miositis, U. de Manchester, UK.

Magíster en Epidemiología, U. de Los Andes.

Staff Servicio de Reumatología, Hospital Clínico de la U. de Chile.

Profesora Asistente, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Staff Reumatología Centro Internacional de Estudios Clínicos.

Staff Reumatología Clínica Santa María.

Dra. Margot Acuña San Martín

Médico Cirujano, U. de la Frontera.

Especialidad en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.

Diplomado en Epidemiología Clínica e Investigación en Salud, CIGES, U. de la Frontera.

Magíster en Epidemiología Clínica, U. de la Frontera, Temuco.

Diplomado Innovación de la Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud, U. de la Frontera.

Diplomado Desarrollo Habilidades Directivas y Liderazgo, U. Mayor de Temuco.

Diplomado en Coaching Ontológico U. de la Frontera, Temuco.

Past President del Directorio de la Sociedad Chilena Climaterio (SOCHICLIM), 2014 a la fecha.

Miembro Directorio Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica (ALEG), 2020 a la fecha

Coordinadora Especialidades Clínicas, Post-grado, Facultad de Medicina, U. de la Frontera.

Directora Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, U. de la Frontera, Temuco, Chile, 2019 a la fecha.

Médico Artículo 44 Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

Miembro del Consejo Consultivo del AUGE,. Noviembre 2020 - Noviembre 2023, en representación de las Facultades de Medicina de las Universidades reconocidas oficialmente en Chile. Resolución exenta: 963 del 11 Noviembre 2020.

Miembro Directorio corporación autónoma de certificación de especialidades médicas (CONACEM) en representación de Asociación de las Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), Enero 2022 a la fecha.

Reelecta en 2° periodo como Consejera del Consejo Consultivo del AUGE, Ministerio de Salud de Chile. Período 2023-2026, Resolución Exenta 1439 del 30 Octubre 2023.

Dra. María Teresa Muñoz Quezada

Título profesional de Psicología, U. de La Serena.

Magíster en Psicología mención Psicología Educacional, Pontificia U. Católica de Chile.

Doctora en Salud Pública, U. de Chile.

Profesora Asociada, Programa de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Dra. Olivia Horna Campos

Licenciada en Enfermería, U. Nacional de Cajamarca.

Diplomado de Estudios Avanzados en Medicina Preventiva y Salud Pública, U. Autónoma de Barcelona.

Magíster en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica, U. Autónoma de Barcelona.

Doctorado en Salud Pública e Investigación Biomédica, U. Autónoma de Barcelona.

Profesora Asistente, Escuela de Salud Pública, U. de Chile.

Dr. Pablo Sepúlveda Varela

Médico cirujano, U. de Chile.

Especialidad en Medicina Interna, U. de Chile.

Subespecialidad en Cardiología, CONACEM, Hospital San Juan de Dios.

Subespecialidad en Cardiología Intervencional, Clinique Saint Jean, Bruselas, Bélgica.

Profesor Asistente, Pontificia U. Católica de Chile.

Dr. Paulo Mulsow Barrientos

Médico Cirujano, U. Austral de Chile.

Especialista en Genética Clínica, U. de Chile.

Magíster en Salud Pública (c), U. de Chile.

Médico Genetista Clínico, Hospital San Juan de Dios.

Coordinador Policlínico de Oncogenética, Hospital San Juan de Dios.

Dr. René Asenjo González

Médico cirujano, U. Austral de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. Austral de Chile.

Subespecialista en Cardiología, Hospital Clínico Pontificia U. Católica de Chile.

Formación en electrofisiología, Marshfield Clinic, Wisconsin, Estados Unidos.

Dr. Rodrigo Casals Aguirre

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialidad Cirugía Pediátrica, U. de Chile.

Subespecialidad Cirugía Neonatal y Fetal, Cincinnati Children's Hospital Medical Center y Hospital Vall d'Hebron Barcelona.

Diplomado en Educación en Ciencias Médicas, Departamento de Educación en Ciencias de la Salud.

Diplomado en Gestión y Administración de Instituciones de Salud, U. de los Andes.

Profesor asistente, Departamento de Pediatría y Cirugía pediátrica Campus Norte, U. de Chile.

Miembro de la Sociedad Chilena de Cirujanos Pediatras (SChCP).

Miembro de la International Pediatric Endosurgery Group (IPEG).

Dra. Verónica Iglesias Álamos

Médico Veterinario, U. de Concepción.

Diplomado en Liderazgo y Gestión de Equipos, Facultad de Economía y Negocios, U. de Chile.

Magíster en Ciencias Biológicas, mención Ciencias Ambientales, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Doctorado en Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Profesora Asociada Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.

Jefa del Programa de Epidemiología y Coordinadora de Postgrado Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.

LIBRO DE RESÚMENES



I° JORNADA CIENTÍFICA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

17 de Octubre, 2025

JORNADA REALIZADA EN CAMPUS OCCIDENTE,
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE



ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.
COMITÉ DE GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

CONTENIDOS

10	COMITÉ ORGANIZADOR	
11	COMITÉ DOCENTE	
12	BIENVENIDA	
13	AGRADECIMIENTOS	
14	SECCIÓN 1: RESÚMENES DE TRABAJOS DESTACADOS	
	CC #01: POLIHIDROAMNIOS EN PRIMIGESTA CON DIAGNÓSTICO PRENATAL TARDÍO DE MALFORMACIONES FETALES: REPORTE DE UN CASO.....	15
	CC #02: SÍNDROME DE OHVIRA COMO HALLAZGO DE MALFORMACIÓN MÜLLERIANA POCO COMÚN EN LA ADULTEZ: A PROPÓSITO DE UN CASO.	16
17	SECCIÓN 2: RESÚMENES DE CASOS CLÍNICOS	
	CC #03: CARCINOMA INTRAEPITELIAL TUBARIO COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN SALPINGECTOMÍA POR HIDROSALPINX. REPORTE DE CASO.	18
	CC #04: FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO EN CONTEXTO DE TRABAJO DE PARTO: ENFRENTAMIENTO OBSTÉTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	19
	CC #05: REPORTE DE CASO: MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO II CON DISRAFIA ESPINAL REPARADA INTRAÚTERO EN UNA PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.....	20
	CC #06: MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO, APROXIMACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	21
	CC #07: EMBARAZO DE TÉRMINO EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELO.....	22
	CC #08: ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	23
	CC #09: RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL PRECOZ ESTADIO III EN UN EMBARAZO DE 21 +3 SEMANAS: REPORTE DE UN CASO.....	24
	CC #10: MIOMA UTERINO UN ENEMIGO SILENCIOSO: REVISIÓN DE UN CASO INUSUAL. ..	25
	CC #11: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE INICIO INSIDIOSO: REPORTE DE CASO.....	26
	CC #12: TERATOMA OVÁRICO A PROPÓSITO DE UN CASO.....	27

CC #13: EMBARAZO TRIPLE BICORIAL TRIAMNIÓTICO, UN RETO PERINATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	28
CC #14: DEL ABORTO RETENIDO AL EMBARAZO MOLAR Y LA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.	29
CC #15: SÍNDROME DE HEMIVAGINA OBSTRUIDA Y AGENESIA RENAL IPSILATERAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL.	30
CC #16: INCRETISMO PLACENTARIO: DENTRO DE UNA PATOLOGÍA OBSTÉTRICA DEL SIGLO XXI.	31
CC #17: ENDOMETRIOSIS VESICAL: UNA CAUSA OLVIDADA DE HEMATURIA. REPORTE DE UN CASO.....	32
CC #18: CEFALEA CON BANDERA ROJA: HALLAZGO DE ANEURISMA CEREBRAL EN EMBARAZO DE TERCER TRIMESTRE.....	33
CC #19: EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO EN CICATRIZ DE CESÁREA: A PROPÓSITO DE UN CASO.	34
CC #20: MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DE HELLP: LA SOSPECHA PRECOZ DE HÍGADO GRASO AGUDO COMO CLAVE EN LA FALLA HEPATO RENAL.....	35
CC #21: ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA: EL ALTO ÍNDICE DE SOSPECHA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA.	36
CC #22: MASA ANEXIAL CON COMPROMISO PERITONEAL Y COLÓNICO: DIFERENCIACIÓN DIAGNÓSTICA MEDIANTE INMUNOHISTOQUÍMICA.....	37
CC #23: TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR RECURRENTE COMO POSIBLE DESENCADENANTE DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO: REPORTE DE CASO.....	38
CC #24: MOLA HIDATIFORME COMPLETA CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO EN MUJER PERIMENOPÁUSICA: UN DIAGNÓSTICO INUSUAL Y DESAFIANTE.	39
CC #25: RECURRENCIA DE MASAS ANEXIALES EN PACIENTES JOVEN CON SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	40
CC #26: CÁNCER CERVICOUTERINO DE RÁPIDA PROGRESIÓN Y SU DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: REPORTE DE CASO.....	41
CC #27: SEPSIS DE FOCO PÉLVICO POR ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL, HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS SUGERENTES DE ACTINOMICOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	42
CC #28: TUMOR MALIGNO MIXTO DE CÉLULAS GERMINALES DE OVARIO ESTADÍO IIIC DURANTE EL EMBARAZO A TÉRMINO: REPORTE DE CASO.	43
CC #29: MANEJO DE LA ISOINMUNIZACIÓN ANTI-KELL.	44
CC #30: TOXINA BOTULÍNICA TIPO A COMO TERAPIA EFICAZ EN VEJIGA HIPERACTIVA RESISTENTE: REPORTE DE CASO.	45
CC #31: ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA COMO MANEJO CONSERVADOR DE EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA.	46

CC #32: LISTERIA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE: UN CASO DE SEPSIS NEONATAL FATAL. **47**

CC #33: DIAGNÓSTICO PRENATAL ECOGRÁFICO DE ACONDROPLASIA FETAL Y RESOLUCIÓN
POR CESÁREA ELECTIVA EN GESTANTE CON ACONDROPLASIA:
A PROPÓSITO DE UN CASO..... **48**

49 SECCIÓN 3: RESÚMENES DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

TI #01: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA DESDE LA PANDEMIA: UN ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO DE LOS AÑOS 2019-2024 EN CHILE..... **50**

TI #02: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS PARTOS SIN ANALGESIA PERIDURAL EN UN
HOSPITAL DE LA REGIÓN DEL MAULE DURANTE UN AÑO..... **51**

TI #03: ENDOMETRIOSIS EN CHILE: ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE EGRESO
HOSPITALARIOS DURANTE EL PERIODO 2014-2024..... **52**

COMITÉ ORGANIZADOR

DIRECTORAS COMITÉ GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA ACEM-UCH:

María Ignacia Acuña Vergara,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Daniela Fernanda Araya Jofré,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.

DIRECTORES ACADÉMICOS:

Constanza Carolina Chacana Bugueño,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.
Javier Ignacio Justo Martínez,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Sofía Ivonne Arriagada Báez,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.

ORGANIZADORES ACADÉMICOS:

Pablo Ignacio Celis Rubio,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Patricio Alejandro Tapia Acevedo,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Theare Paz Astudillo Belmar,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Vicente Felipe Abarza de la Paz,
Estudiante de Medicina 6º año, Universidad de Chile.
Benjamín Roberto Esteban Campusano Díaz,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.

DIRECTOR LOGÍSTICA:

Sebastián Matías Insunza Carrasco,
Estudiante de Medicina 6º año, Universidad de Chile.

ORGANIZADORES LOGÍSTICA:

Constanza Paz Brintrup Aguilar,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Nayareth Millaray Bobadilla Díaz,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Sophia Daniela Alejandra Álvarez Salazar,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.

DIRECTORA DIFUSIÓN:

Matilda Amara Mejías Leyton,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.

ORGANIZADORES DIFUSIÓN:

Tania Sigal Lehmann Kreisberg,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Martina Consuelo Contreras Mancilla,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
María Carolina Mansilla Yáñez,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Fernanda Paz Loyola Corrales,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.

STAFF / REVISORES:

Pedro Ignacio Herrera Solís,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Elisa Andrea Gallegos Lillo,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Cristian Mauricio Pérez Miranda,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.
Antonia Durán Reyes,
Estudiante de Medicina 1º año, Universidad de Chile.
Natalia Andrea Olivares Garrido,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Antonia Angélica López Martínez,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.
Faviana Arhuma Montalvo Collinao,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Theare Paz Astudillo Belmar,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Catalina Ignacia Duarte Mansilla,
Estudiante de Medicina 6º año, Universidad de Chile.
Diego Andrés Lizama Rodríguez,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Laura Elena Carrasco Valenzuela,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.
Constanza Carolina Chacana Bugueño,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.
Bruno Andrés Concha Parra,
Estudiante de Medicina 4º año, Universidad de Chile.
Paula Carolina Torrejón Palma,
Estudiante de Medicina 2º año, Universidad de Chile.
Benjamín Roberto Esteban Campusano Díaz,
Estudiante de Medicina 2º año, Universidad de Chile.
Jorge Antonio Abarca Garrido,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.
Valentina Alejandra Holuigue Cariola,
Estudiante de Medicina 2º año, Universidad de Chile.
Sofía Isidora Maldonado Castro,
Estudiante de Medicina 3º año, Universidad de Chile.
Javier Ignacio Justo Martínez,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Pablo Ignacio Celis Rubio,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Bruno Ignacio Acuña Acuña,
Estudiante de Medicina 7º año, Universidad de Chile.
Fernando Matías Castro Vega,
Estudiante de Medicina 2º año, Universidad de Chile.
Ignacia Consuelo Fuentes Carrasco,
Estudiante de Medicina 3º año, Universidad de Chile.
Almendra Fernanda Gómez Berrios,
Estudiante de Medicina 5º año, Universidad de Chile.

COMITÉ DOCENTE



Dr. Álvaro Herrera Alcaíno

Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Director Nacional de Educación Médica, U. San Sebastián.
Maestro en Educación por el Tecnológico de Monterrey.
Coordinador de la unidad de mejoramiento continuo de la Educación de la Escuela de Medicina en la U. de Chile.
Hospital San Juan de Dios.
Docente Asesor I Jornada Científica de Ginecología y Obstetricia, ACEMUCH.



Dra. Daniela Cisternas Olguín

Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Subespecialista en Medicina Materno Fetal, U. de Chile.
Miembro del Directorio de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología.
Directora del Departamento de Ginecología y Obstetricia sede Oriente, U. de Chile.
Staff de Clínica Alemana, Unidad de Ecografía Obstétrica y Ginecológica.



Dra. Catalina Larraín Soler

Médico Cirujano, Universidad Mayor.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Jefa de la Unidad de Partos del Hospital San Juan de Dios.
Hospital San Juan de Dios.



Dr. Cristián Morales Sierra

Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Miembro del Directorio de la Sociedad Chilena de Ultrasonografía en Medicina y Biología.
Jefe de la Unidad de Ecografía Ginecológica del Hospital San Juan de Dios.
Subespecialista en Nutrición Infantil.
Staff de la Unidad de Ecografía Ginecológica del Hospital Clínico de la U. de Chile y Clínica Alemana Santiago.



Dra. Marcia Venegas Naranjo

Médico Cirujano, Universidad de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile.
Clínica BUPA y Centro Vida Mujer.



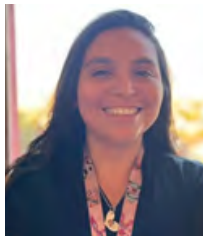
Dr. Juan Carlos Bustos Vidal

Médico Cirujano, Universidad de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile.
Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología Occidente, Universidad de Chile.
Hospital San Juan de Dios.



Dr. Roberto Altamirano Assad

Médico Cirujano, Universidad de los Andes.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad de Chile.
Subespecialista en Ginecología Oncológica, Universidad de Chile.
Director del Departamento de Ginecología y Obstetricia sede Centro, U. de Chile.
Vicepresidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
Hospital San Borja Arriarán, Clínica Dávila, Clínica Santa María y Clínica Universidad de los Andes.



Dra. Pamela González Bugueño

Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Hospital San Juan de Dios, Centro Vida Mujer.



Dra. Helga Vera Von Barga

Médico Cirujano, Universidad de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Subespecialista en Medicina Materno Fetal, U. de Chile.
Directora del Departamento de Ginecología y Obstetricia sede Occidente, U. de Chile.



Dra. Soledad Abril Salinas Quero

Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.
Subespecialista en Medicina Reproductiva e Infertilidad, U. de Chile.
Doctorado en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, U. de Chile.
Jefa de Programa de Fertilización in Vitro, Unidad de Medicina Reproductiva del Instituto de Investigaciones Materno Infantil.
Vicepresidenta de la Sociedad Chilena de Medicina Reproductiva y miembro de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
Profesora Asistente, Departamento de Obstetricia y Ginecología Occidente, U. de Chile.
Clínica Meds.



Dra. Fernanda Inés Valdés Pérez

Médico Cirujano, U. de Chile.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.

BIENVENIDA

Con el comienzo de esta Jornada, la primera Jornada de Científica de Presentación de Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Chile; no puedo dejar expresarles la satisfacción que experimento en verme asociada a los nobles trabajos de los doctores y estudiantes de medicina aquí presentes; que representan para la medicina en nuestro el reflejo de un arduo esfuerzo y el aporte de un vasto conocimiento.

Muy prometedor sin lugar a duda, sobre todo si consideramos la importancia y la utilidad de los trabajos que vamos a presenciar.

Es de amplio reconocimiento que las ciencias, así como las artes, son merecedoras de la admiración y agradecimiento de las personas. Porque son responsables de apartarnos de un estado salvaje, y empujarnos hacia un estado más perfecto y pleno.

Por su parte la ginecología y obstetricia, que presiden a la reproducción de la especie humana, están dentro de las más merecedoras.

Esta misma instancia puede darnos a todos una idea de la importancia de esta ciencia, de este arte; y al mismo tiempo nos hace conscientes de cuantos bienes pueden producir espacios de validación, discusión y difusión de casos clínicos.

Es imposible ignorar la importancia, de que más allá de lecciones teóricas, seremos aquí mismo testigos de la aplicación de estos preceptos teóricos a la naturaleza de las patologías ginecoobstétricas.

No obstante, les pido por favor que nunca olvidemos, que es de carácter intrínseco hacernos de intereses y consideración para con aquellos seres dolientes que estarán hoy sometidos a nuestra discusión, pero que mañana dependerán de nuestro correcto ejercicio de la medicina.

De este modo, espero que cuando llegemos al término de nuestros estudios – pues nuestro aprendizaje no tiene fin – además de los conocimientos teóricos y prácticos que ya poseen, y que día a día, en las aulas y en las prácticas, se amplían exponencialmente.

Que siempre tengan en su frente y como su deber, simpatizar con los padecimientos de nuestros pacientes, que son nuestros iguales, manifestándonos un “vivo interés”, genuino y empático; indispensable para disminuir el sufrimiento, e incluso olvidar el dolor.

Finalmente, quiero agradecer a todos los presentes. A los médicos de ayer, los pioneros del área, que establecieron los lineamientos bajo los cuales se forjó la Ginecología como la conocemos hoy. Gracias a los médicos que marcaron nuestra historia, al Dr. Roberto Moericke, “padre de la obstetricia chilena”, que en 1887 de la mano de la Dra. Eloisa Díaz, ejerció como el primer director de la cátedra universitaria de ginecología en el HCSBA. E incluso más atrás en la historia, al Dr. Lorenzo Sazie, “fundador de la enseñanza de la obstetricia”, que además de ser el primer director de la facultad de medicina de la universidad de Chile, fue el fundador de la primera escuela de obstetricia de Chile, y las palabras que dio en 1834 para dar inicio a esta historia, inspiraron las palabras que ahora están escuchando.

Gracias a los grandes médicos del presente, los que aquí mismo podemos ver, y gracias a los médicos del futuro, que durante esta jornada nos compartirán sus experiencias clínicas más relevantes, en la primera jornada científica de presentación de casos clínicos de la facultad de medicina de la universidad de Chile.

A nombre de todos, les damos la bienvenida,
Muchas gracias,

Sofía Ivonne Arriagada Báez
Directora Académica

I Jornada Científica de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Chile

AGRADECIMIENTOS

La Primera Jornada Científica de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Chile fue el resultado de un trabajo sostenido, que involucró planificación, coordinación y esfuerzo conjunto. Nos sentimos profundamente satisfechos con el desarrollo y la recepción de esta iniciativa, que nació desde el deseo de crear un espacio académico propio para el área, y que logró consolidarse gracias a la participación comprometida de estudiantes, docentes y equipos institucionales.

Agradecemos de manera especial al Dr. Álvaro Herrera, docente asesor y coordinador de esta jornada, cuyo acompañamiento fue fundamental desde sus etapas iniciales. Su apoyo permitió que la jornada se realizara en la Sede Occidente de la Universidad de Chile, contribuyendo a descentralizar las actividades académicas y a visibilizar el trabajo docente del Hospital San Juan de Dios. Gracias a ello, la sede y su comunidad tuvieron un rol protagónico en esta primera versión.

Expresamos también nuestro sincero reconocimiento a los docentes quienes participaron como jurados y evaluadores, aportando con rigor, generosidad y vocación formativa. Asimismo, agradecemos al equipo de la Sede Occidente por su disposición y apoyo logístico en cada etapa de la organización.

A la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile, agradecemos su respaldo institucional y la confianza otorgada para llevar adelante esta actividad. Su colaboración fue clave para sostener el proyecto desde su concepción hasta su ejecución.

Finalmente, agradecemos a las y los estudiantes que enviaron sus trabajos y participaron activamente en esta jornada. La calidad, variedad y profundidad de sus exposiciones superaron ampliamente nuestras expectativas para una primera versión. Este libro de resúmenes da testimonio de aquello, y esperamos que constituya la base de una tradición académica que continúe creciendo año a año.

La realización de esta primera jornada fue posible gracias al trabajo colaborativo y el compromiso sostenido durante el año. Haberla concretado nos llena de satisfacción y proyecta el camino para sus próximas versiones. Ese espíritu es, sin duda, el aporte más valioso que queda.

Con gratitud,

Pablo Celis Rubio
Comité Organizador
I Jornada Científica de Ginecología y Obstetricia
Universidad de Chile

SECCIÓN 1:
RESÚMENES DE
TRABAJOS DESTACADOS

CC #01: POLIHIDROAMNIOS EN PRIMIGESTA CON DIAGNÓSTICO PRENATAL TARDÍO DE MALFORMACIONES FETALES: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El líquido amniótico (LA) cumple funciones esenciales para el desarrollo fetal. Su volumen se regula mediante producción y reabsorción fetal, siendo su valoración clave en ecografías del segundo y tercer trimestre. Se utiliza el índice de líquido amniótico (ILA) y el bolsillo vertical máximo (BVM). Valores anormales indican oligohidramnios (OHA) o polihidramnios (PHA), con incidencia estimada de 0,5–5,5% para OHA y 1–2% para PHA.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Primigesta de 25 años, sin antecedentes relevantes, con controles normales en el primer y segundo trimestre. A las 30+6 semanas se pesquisa PHA severo (ILA 35 cm). Hospitalizada por desaceleraciones, se indica maduración pulmonar. Tras recuperación y FCF estable, solicita alta voluntaria. En control posterior se registra FCF <100 lpm, no confirmado en nivel terciario. A las 33+6 semanas, ecografía muestra ILA 53 cm. Se realiza amniocentesis con FISH, cultivo y citoquímico normales, y serologías TORCH negativas. A las 37+3 semanas se detecta RCIU, PHA, CIV, disgenesia del cuerpo calloso, sospecha de atresia esofágica y alteraciones Doppler. Se deriva para interrupción.

DISCUSIÓN:

El PHA idiopático representa hasta la mitad de los casos. Se deben descartar diabetes, malformaciones, isoimmunización e infecciones. En este caso se descartaron inicialmente, pero faltó reevaluación ecográfica dirigida tras sospecha de atresia esofágica. La ecografía es operador-dependiente y su calidad es crucial. Solo en la ecografía de 37 semanas se evidenciaron malformaciones. La detección prenatal de atresia esofágica es baja (10–40%). Su pesquisa anticipada permite asesoría familiar y planificación neonatal.

El PHA idiopático debe considerarse diagnóstico dinámico. Ante persistencia o progresión, es clave intensificar vigilancia y derivar a Medicina Materno-Fetal. La evaluación experta y el seguimiento riguroso permiten un manejo seguro, integral y anticipado, como se ilustra en este caso.

PALABRAS CLAVE: Polihidramnios, Número de Embarazos, Atresia Esofágica.

RESPONSABLES

Climent Del Río A(1), Amaya Garrido M(1), Domic Tenorio M(1), Mazzotti Norambuena F(2), Marzullo Sotomayor I(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: antonia.climent@usach.cl

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

1) Interna de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

2) Médico Cirujano, Universidad de Santiago de Chile, Chile.

CC #02: SÍNDROME DE OHVIRA COMO HALLAZGO DE MALFORMACIÓN MÜLLERIANA POCO COMÚN EN LA ADULTEZ: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de OHVIRA, también conocido como síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich, es una rara malformación congénita del tracto urogenital generada por un defecto en la unión de los conductos müllerianos asociada a alteración del desarrollo renal ipsilateral. Se caracteriza por la tríada de útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral. Suele presentarse en la adolescencia con dismenorrea severa, masa pélvica o hematocolpos, pero en casos leves o incompletos puede pasar inadvertido hasta la adultez. El diagnóstico temprano es importante para prevenir complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 42 años, nuligesta, derivada por sangrado uterino anormal. Presentaba antecedentes de útero didelfo, monorrea derecha y mioma subseroso de 16 cm. En el examen físico se identificó una sola vagina con probable hematocolpo izquierdo. El estudio imagenológico confirmó útero didelfo, hematocolpos izquierdo y ausencia del riñón izquierdo. Dada la sintomatología, los antecedentes anatómicos y la falta de deseo reproductivo, se indicó histerectomía total más salpingectomía bilateral por Pfannenstiel. La paciente evolucionó favorablemente durante el post operatorio con recuperación completa.

DISCUSIÓN:

El caso muestra un ejemplo atípico de diagnóstico tardío de malformación mülleriana asociada a una malformación renal, conocido como síndrome de OHVIRA. Muchas pacientes adultas con este síndrome presentan síntomas crónicos inespecíficos, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento, aumentando el riesgo de complicaciones como infecciones pélvicas a repetición, endometriosis o infertilidad.

El diagnóstico se basa en una combinación de hallazgos clínicos e imagenológicos, en donde la imagen de primera línea es la ecografía transvaginal. El tratamiento debe individualizarse según la edad, síntomas y deseo reproductivo de la paciente. En este caso, los antecedentes justificaron una resolución quirúrgica definitiva.

En el enfrentamiento de estas pacientes es de suma importancia la sospecha clínica, el abordaje multidisciplinario y el uso de imagenología combinada para evitar el retraso diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Útero didelfo, Hematocolpos, Agenesia renal unilateral.

RESPONSABLES

González Trujillo D(1), Rojas Fuentes M(1), Urzúa Moya N(1), Motto Arriaza D(1), Pérez Rivas V(1), Figueras Carmona M(1), Yáñez González C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: d.gonzalez@uc.cl

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

1) Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

2) Médico Cirujano, Becado de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

SECCIÓN 2: RESÚMENES DE CASOS CLÍNICOS

CC #03: CARCINOMA INTRAEPITELIAL TUBARIO COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN SALPINGECTOMÍA POR HIDROSALPINX. REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma intraepitelial tubárico seroso (STIC) es una lesión epitelial no invasiva precursora del carcinoma seroso de alto grado (HGSC). Actualmente, gracias a la implementación de nuevos protocolos histopatológicos, su diagnóstico ha ido en aumento incluso en cirugías ginecológicas no oncológicas.

Si bien es tradicionalmente asociado a mujeres portadoras de mutaciones BRCA, el STIC también puede aparecer de forma incidental, con una incidencia reportada menor al 1%, en pacientes sin antecedentes familiares ni factores de riesgo conocidos, modificando el enfoque diagnóstico-terapéutico y seguimiento clínico. La literatura sugiere que, en ausencia de factores de alto riesgo, la vigilancia activa puede ser una opción segura, evitando tratamientos innecesarios y permitiendo preservar la fertilidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente de 33 años sometida a salpingectomía izquierda electiva por hidrosalpinx doloroso, en quien el examen histopatológico reveló un STIC. Los estudios posteriores, que incluyeron estudios de imagen, marcadores tumorales y evaluación oncológica, no mostraron signos de diseminación ni enfermedad activa. Se inició protocolo de evaluación genética para determinar la presencia de mutaciones germinales, sin embargo, tras una extensa consejería, la paciente optó por histerectomía total más salpingooforectomía bilateral como manejo definitivo, independiente del resultado genético, dada la incertidumbre en la evolución del STIC y la alta letalidad del cáncer de ovario.

DISCUSIÓN:

Este caso clínico destaca la importancia de una evaluación multidisciplinaria y personalizada en pacientes con hallazgos incidentales de STIC, y contribuye a la creciente evidencia sobre la presencia de esta lesión en mujeres jóvenes sin antecedentes oncológicos, apoyando un enfoque preventivo en patología ginecológica.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de las Trompas Uterinas, Gen BRCA1, Gen BRCA2, Histología, Histerectomía, Salpingooforectomía.

RESPONSABLES

Olivares Zdanevich A(1), Matta Cordero B(2), Díaz Astudillo J(1), Juica Castro C(2), Figueroa Valencia M(2), Núñez Basáez F(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: aleolivares00@gmail.com

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

1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

3) Médico Ginecólogo Obstetra, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar, Chile.

CC #04: FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO EN CONTEXTO DE TRABAJO DE PARTO: ENFRENTAMIENTO OBSTÉTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia supraventricular con activación auricular descoordinada, siendo una de las más frecuentes en el embarazo. La FA de novo en el embarazo sin patología cardíaca estructural es poco frecuente, y se asocia a cambios fisiológicos y hemodinámicos del embarazo. El tratamiento incluye control de frecuencia con bloqueadores selectivos beta-1 (BB), control del ritmo con cardioversión eléctrica en pacientes hemodinámicamente inestables y cardioversión farmacológica en pacientes estables; además de anticoagulación. Existen pocos casos descritos sobre FA de novo cercano al parto y su manejo específico. Se presenta un caso clínico de una embarazada que debuta con FA con respuesta ventricular rápida (FARVR) en trabajo de parto, revirtiendo a ritmo sinusal luego de la interrupción por cesárea.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 33 años, multípara de tres, cursando embarazo de 37+4 semanas. Consulta en hospital de atención secundaria por disnea y palpitaciones, asociado a dinámica uterina. Se constata FARVR hasta 190 lpm, siendo manejada con Lanatósido y Propranolol, con disminución de taquicardia y persistencia de FA; posteriormente derivada a Hospital San Juan de Dios (HSJD). Ingresa estable, en trabajo de parto fase activa, con FARVR hasta 200 lpm, evoluciona con estado fetal no tranquilizador del expulsivo. Se decide interrupción por vía alta, revirtiendo a ritmo sinusal durante cirugía. Durante el postoperatorio la paciente evoluciona sin nuevos episodios de FA, hemodinámicamente estable.

DISCUSIÓN:

Si bien la incidencia de embarazadas con factores de riesgo cardiovascular va en aumento, la literatura no presenta consenso absoluto del manejo de embarazadas con FA de novo periparto y hemodinamia estable. Valdría la pena plantearse protocolos, plazos y el término del embarazo por sí mismo como alternativa terapéutica ante este escenario, dado que existen casos donde esta revierte espontáneamente post parto. El PHA idiopático debe considerarse diagnóstico dinámico. Ante persistencia o progresión, es clave intensificar vigilancia y derivar a Medicina Materno-Fetal. La evaluación experta y el seguimiento riguroso permiten un manejo seguro, integral y anticipado, como se ilustra en este caso.

PALABRAS CLAVE: Fibrilación atrial, Trabajo de parto, Obstetricia, Complicaciones del embarazo, Enfermedades Cardiovasculares.

RESPONSABLES

Rojas Valiente A(1), Nachtigall Musalem C(1), Allue Vega G(1), Pozo Urria S(1), Basualto Osorio L(1), Zamorano Soto J(1), López Aceitón M(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: antoniarojas@ug.uchile.cl

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

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

2) Especialista en Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

CC #05: REPORTE DE CASO: MALFORMACIÓN DE CHIARI TIPO II CON DISRAFIA ESPINAL REPARADA INTRAÚTERO EN UNA PACIENTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La malformación de Chiari tipo II es una anomalía congénita del sistema nervioso central, caracterizada por la herniación del vermis cerebeloso, el tronco encefálico y el cuarto ventrículo hacia el canal cervical, frecuentemente asociada a mielomeningocele. Esta condición puede generar complicaciones neurológicas graves, como hidrocefalia, médula anclada y disfunción motora. El diagnóstico se realiza por ecografía prenatal, idealmente antes de las 24 semanas. El estudio MOMS demostró que la reparación intrauterina del mielomeningocele antes de las 26 semanas mejora la función motora y reduce la necesidad de derivación ventricular. Sin embargo, se asocia a mayores riesgos obstétricos, como parto prematuro, por lo que requiere evaluación individualizada en centros especializados.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 40 años con diabetes pregestacional insulino-requiere. A las 23+5 semanas se diagnosticó disrafia espinal lumbar baja y malformación de Chiari II en el feto, mediante ecografía. Se realizó cirugía fetal a las 25+5 semanas, sin complicaciones y cierre exitoso del defecto. A las 29+5 semanas, la paciente consultó por pérdida de líquido, diagnosticándose ruptura prematura de membranas. Ingresó a hospitalización y recibió antibióticoterapia. A las 32+0 semanas, se efectuó cesárea por monitoreo fetal no tranquilizador, naciendo recién nacida prematura, de buen peso y APGAR 6-9.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra la aplicación del manejo prenatal quirúrgico en una malformación de Chiari tipo II, respaldado por la evidencia del estudio MOMS. La paciente cumplía criterios para intervención fetal, lográndose una reparación sin complicaciones inmediatas. Sin embargo, desarrolló ruptura prematura de membranas, una complicación descrita en estos procedimientos. La evolución neonatal fue favorable. Este caso refuerza la importancia del abordaje multidisciplinario, la selección rigurosa de pacientes y el seguimiento estrecho en centros especializados.

PALABRAS CLAVE: Malformación de Arnold-Chiari, Membranas Fetales, Ruptura Prematura de Membranas, Meningomielocelo, Defectos del Tubo Neural.

RESPONSABLES

Pacheco Marambio A(1), González Ramírez A(1), Mangini Pérez G(1), Bustos Covarrubias C(1), Durán Kimer D(2), Vargas Cornejo J(1), Parraguez Guerra F(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: angela-p192@hotmail.com

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

1) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

2) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello Sede Viña del Mar, Valparaíso, Chile.

3) Médico Ginecólogo, Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

CC #06: MASAS ANEXIALES DURANTE EL EMBARAZO, APROXIMACIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las masas anexiales en el embarazo (incidencia 1–6%) son hasta 20 veces más frecuentes que en mujeres no gestantes, debido al mayor uso de ecografía precoz. La mayoría son benignas, pero existe riesgo de malignidad (1–13%). El ultrasonido es la principal herramienta diagnóstica, complementable con resonancia magnética. La tomografía computada se reserva para casos seleccionados. El manejo depende de síntomas, riesgo de malignidad, tamaño (>10 cm aumenta riesgo de torsión) y presencia de complicaciones. La torsión anexial, más frecuente en embarazo, requiere cirugía urgente para preservar la función ovárica y prevenir complicaciones fetales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 29 años, múltipara, con quiste simple izquierdo diagnosticado a las 8+4 semanas (148×126 mm) y crecimiento a 20 cm a las 16+2 semanas. A las 17+2 semanas presentó dolor abdominal súbito y vómitos. Ecografía y tomografía confirmaron masa quística con componente sólido con marcadores tumorales normales. Ante sospecha de torsión se realizó laparotomía media infraumbilical, con hallazgos de masa anexial torcida tres veces sobre su eje. Se efectuó quistectomía y ooforectomía parcial izquierda. Evolucionó favorablemente. Anatomía patológica confirmó presencia de cistoadenoma seroso torcido y cuerpo lúteo hemorrágico.

DISCUSIÓN:

Este caso evidencia la complejidad del diagnóstico y manejo de masas anexiales en gestantes. Aunque muchas remiten espontáneamente, otras evolucionan a complicaciones agudas. La ecografía es esencial para diagnóstico y seguimiento y la resonancia es un complemento seguro. La decisión quirúrgica debe individualizarse considerando seguridad materno-fetal y experiencia del equipo. La laparoscopia es segura en embarazo, pero en masas grandes o torsiones completas la laparotomía puede ser más apropiada. El objetivo final es preservar la gestación y función ovárica, minimizando riesgos.

PALABRAS CLAVE: Quiste Ovárico, Embarazo, Torsión ovárica, Cistadenoma Seroso, ooforectomía.

RESPONSABLES

Barraza Mendizábal B(1), Antúñez Aravena C(1), Vargas Moreno B(1), Dávila Wenk J(1), Retamal Lizana C(1), Belaustegui Paravich M(1), Yañez González C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: benjaminbarrazamendi@gmail.com

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

1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

2) Residente de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

CC #07: EMBARAZO DE TÉRMINO EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El útero didelfo es una anomalía poco frecuente, presente en aproximadamente el 0,3–0,4 % de las mujeres en edad fértil, representando cerca del 10 % de las anomalías müllerianas, causada por la falta de fusión de los conductos de Müller. Se caracteriza por dos cavidades uterinas separadas y, habitualmente, dos cérvix. Aunque los embarazos son posibles, existe un riesgo aumentado de parto prematuro, ruptura prematura de membranas (RPM), mala presentación fetal y cesárea. El diagnóstico oportuno permite planificar el manejo obstétrico y disminuir complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 37 años, multipara de 1, con diagnóstico previo de útero didelfo, clasificado según la American Fertility Society (AFS, 1988). Durante el embarazo cursó seguimiento por la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico debido a sus antecedentes anatómicos y a una cesárea previa.

Los controles ecográficos confirmaron dos cavidades uterinas separadas, evidenciando un embarazo único viable en la cavidad derecha. La evolución prenatal fue adecuada, sin complicaciones obstétricas relevantes. Considerando la anatomía uterina y el antecedente de cesárea, se planificó resolución por cesárea electiva a las 38+2 semanas, obteniéndose un recién nacido vivo, con peso adecuado para la edad gestacional y sin complicaciones neonatales.

DISCUSIÓN:

Las anomalías müllerianas constituyen un desafío diagnóstico y obstétrico. El útero didelfo debe sospecharse en mujeres con antecedentes de alteraciones menstruales, infertilidad o abortos recurrentes. Su diagnóstico precoz permite planificar un seguimiento individualizado. Aunque clásicamente se ha asociado a aborto espontáneo y parto pretérmino, existen reportes de embarazos a término con buen desenlace, especialmente con manejo multidisciplinario. La elección del tipo de parto debe individualizarse, considerando los antecedentes obstétricos y la anatomía uterina.

El útero didelfo, pese a su baja prevalencia y riesgo obstétrico, permite embarazos a término con evolución favorable mediante diagnóstico precoz y seguimiento prenatal adecuado.

PALABRAS CLAVE: Didelfo Uterino, Anomalías de la duplicación uterina, Embarazo.

RESPONSABLES

Gaete Ramírez B(1), Brown Campos V(2), Zamora Marín C(1), Fuentes Bustos J(1), Cáceres Morales C(1), Díaz Zelada S(1), Paredes Martínez F(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: benjagaram@gmail.com

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

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

2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Viña del mar. Viña del Mar, Chile.

3) Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

CC #08: ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El absceso tubo-ovárico (ATO) es una presentación grave de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), causada por diseminación ascendente de patógenos como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. El ATO afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva unilateralmente. Su presentación bilateral es infrecuente, ocurriendo en aproximadamente 11–22% de los casos, y se asocia con mayor extensión inflamatoria, fracaso del tratamiento médico y necesidad de cirugía (1,2). La dificultad diagnóstica y el retraso del manejo aumentan la morbilidad, haciendo imprescindible un abordaje clínico e imagenológico riguroso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 42 años, hipertensa, consultó por dolor hipogástrico de 6 días de evolución, opresivo, asociado a sangrado vaginal marrón escaso. El examen ginecológico evidenció flujo maloliente cervical y dolor a la movilización uterina. Inicialmente se diagnosticó infección urinaria, tratada con nitrofurantoína sin mejoría. Reconsultó por fiebre y síntomas persistentes. La ecografía transvaginal mostró masa tabicada izquierda de 60×59 mm y la tomografía abdominopélvica una lesión quística derecha de 44×58×60 mm, compatible con absceso tuboovárico bilateral. Se inició antibioticoterapia empírica de amplio espectro. Ante sospecha de peritonitis, se realizó laparotomía exploradora con hallazgo de absceso bilateral purulento. Se realizó anexectomía derecha y salpingectomía izquierda. Evolucionó favorablemente, dándose de alta.

DISCUSIÓN:

El ATO bilateral es una presentación atípica que indica infección extensa y severa. Estudios recientes destacan que el tamaño mayor a 5 cm y la bilateralidad aumentan la probabilidad de fracaso del tratamiento antibiótico, mayor tasa de complicaciones y necesidad de cirugía (2,3). La ecografía transvaginal y la tomografía computarizada son fundamentales para el diagnóstico y la planificación terapéutica. El tratamiento óptimo combina antibioticoterapia de amplio espectro con evaluación precoz para posible drenaje o cirugía, considerando factores clínicos y respuesta al tratamiento (3,4). Mantener una alta sospecha clínica es vital para evitar complicaciones graves.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad inflamatoria pélvica, Absceso, Laparotomía.

RESPONSABLES

Silva Carrasco C(1), Bustamante Canales L(2), Del Pino Álvarez M(2), Olivares Garrido N(2), Poblete Silva C(2), Álvarez Mora M(2), Merino Hernández D(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: catalina.silva1703@gmail.com

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

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

2) Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

3) Especialista en Ginecología Adulto, Servicio de Ginecología, Hospital San Luis de Buin, Santiago, Chile.

CC #09: RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL PRECOZ ESTADIO III EN UN EMBARAZO DE 21 +3 SEMANAS: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La restricción del crecimiento fetal (RCF) es la incapacidad del feto en alcanzar su potencial de crecimiento determinado genéticamente. Se clasifica en 4 estadios según los hallazgos del peso fetal y el Doppler materno- fetal. La preeclampsia (PE) es la presencia de hipertensión gestacional asociada a la existencia de proteinuria o criterios de severidad. El síndrome de HELLP es una de las formas más severas de presentación de PE que se caracteriza por trombocitopenia, elevación de transaminasas y hemólisis. Un valor del cociente sFlt-1/PlGF < 38 es un predictor de ausencia de PE a corto plazo, con un VPN de 99.3%.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Primigesta de 30 años sin antecedentes mórbidos, controlada por Doppler de arterias uterinas alterado en primer trimestre, en tratamiento con aspirina. A las 21+3 semanas tiene una EPF 313 gramos ($< p3$), flujo diastólico ausente en arteria umbilical y ductus venoso con IP $> p95$, compatible con RCF precoz estadio III. Reevaluada a las 48 horas sin cambios, se hospitaliza. Se mantiene normotensa y asintomática, presenta un cociente sFlt-1/PlGF de 699; laboratorio y proteinuria iniciales normales. En seguimiento diario persiste RCF y alteración Doppler. A las 24+1 semanas desarrolla hipertensión diastólica, GOT 319, GPT 361 y plaquetas 71.000, configurando un síndrome HELLP incompleto. Se deriva a centro de mayor complejidad y se interrumpe embarazo por vía alta. Madre evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN:

Debido a que la RCF precoz y la PE comparten fisiopatología debido a una insuficiencia placentaria, es importante ampliar la investigación sobre los marcadores angiogénicos y antiangiogénicos para determinar la conducta a seguir frente a una RCF precoz, considerando que aún no existe una terapia efectiva cuando se presenta antes de las 24 semanas. En el caso presentado fue de utilidad para predecir la aparición de una PE severa a corto plazo y derivar a la paciente de forma oportuna.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Restricción del crecimiento fetal, Preeclampsia, Síndrome HELLP.

RESPONSABLES

Marambio Contreras D(1), Pizarro Vicencio A(1), López Elitín J(1), Zanetti Castañeda I(1), Castro Pilar N(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: daniellamarambiocontreras@gmail.com

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

1) Interna sexto año de medicina Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, Chile.

2) Médico ginecólogo obstetra, comité de medicina materno fetal, Hospital Claudio Vicuña San Antonio, Chile.

CC #10: MIOMA UTERINO UN ENEMIGO SILENCIOSO: REVISIÓN DE UN CASO INUSUAL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los miomas uterinos son la neoplasia ginecológica más frecuente, con una prevalencia de hasta 50%. Su desarrollo se asocia a distintos factores como nuliparidad, historia familiar y obesidad. Su manifestación clínica más frecuente es el sangrado uterino anormal, aunque pueden ser asintomáticos. Una presentación con anemia severa es infrecuente y es una urgencia médica poco documentada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se describe el caso de una paciente de 40 años, multípara de 2 sin antecedentes mórbidos, que consultó por metrorragia asociada a compromiso del estado general de dos meses. Al ingreso se describe palidez, taquicardia e hipotensión. Con especuloscopia que no evidencia sangrado activo.

La ecografía transvaginal mostró un útero aumentado de tamaño de 975 cc, con una imagen sugerente de mioma submucoso. Al ingreso la hemoglobina fue de 2.7 g/dL. Se hospitaliza y se realiza manejo transfusional inicial con 6 unidades de glóbulos rojos, además de ácido tranexámico. Posteriormente, estabilizada hemodinámicamente, se realizó histerectomía total abdominal. Paciente dada de alta al sexto día con hemoglobina 8.7 g/dL.

DISCUSIÓN:

La anemia severa secundaria a miomas uterinos es una patología rara, pero potencialmente mortal, en la literatura se han descrito pocos casos con niveles de hemoglobina <3g/dL. Existen manejos conservadores como la embolización o quirúrgicos como la histerectomía total (HT). La literatura evidencia que la HT tiene un mejor resultado en el largo plazo. En el caso planteado se optó por HT debido a la severidad del cuadro, la paridad cumplida y los mejores resultados a largo plazo en comparación con el manejo conservador.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma, Anemia, Histerectomía.

RESPONSABLES

Jiménez Aguilera D(1), Hernández Díaz C(1), Barrera Meza V(1), Torres Oporto J(1), López Novoa F(1), Salamanca Marion F(1), Neira Meza J(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: diego.jimenez.a@usach.cl

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

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

2) Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José. Santiago, Chile.

CC #11: DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA DE INICIO INSIDIOSO: REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) es una causa importante de morbilidad materno-fetal [1]. Típicamente se presenta con dolor abdominal agudo asociado a sangrado vaginal sin embargo puede presentarse de manera insidiosa, con síntomas inespecíficos que dificultan el diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Presentamos el caso de una gestante de 34 semanas con antecedentes médicos y psiquiátricos complejos, que presentó un cuadro subagudo de dolor abdominal difuso no asociado a exteriorización de sangrado. El diagnóstico se estableció por ecografía y se resolvió mediante cesárea de urgencia.

DISCUSIÓN:

Destacamos la importancia de considerar el DPPNI en el diagnóstico diferencial ante síntomas inespecíficos y realizar vigilancia estrecha para prevenir complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Desprendimiento Prematuro de la Placenta, Complicaciones del Embarazo, Cesárea, Anemia.

RESPONSABLES

Horlacher Astele E(1), Villarroel Escudero D(1), Aristides Pulgar S(1), Ruz Aguilar R(1), Fendez Guerrero A(1), Viveros Aranguiz N(1), Arancibia Contenla D(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: edohorlacher@gmail.com

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

1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso

2) Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Valparaíso.

CC #12: TERATOMA OVÁRICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los teratomas ováricos son el tipo más común de tumor de células germinales. Los teratomas quísticos maduros (TCM) del ovario, son el tipo más común (10 a 20%). La transformación maligna de TCM es una complicación rara y se observa con mayor frecuencia en el período postmenopáusico. La presentación clínica es inespecífica y variable. El diagnóstico del teratoma ovárico se confirma mediante apoyo imagenológico. Se presenta el caso de una paciente postmenopáusica de 44 años con un teratoma ovárico, tratada quirúrgicamente con pronóstico favorable.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 44 años, fumadora, hipotiroidea con uso de levotiroxina 50mcg. Acude por cólico abdominal, intermitente, niega genitorragia, sin astenia, ni pérdida de peso. Antecedentes dos gestaciones, partos por cesárea, histerectomizada parcial, mamografía normal, amenorrea hace 10 meses. Examen físico abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda de flanco izquierdo, sin irritación peritoneal. Un tacto vaginal con un cérvix fijo no doloroso a la movilización cervical. Solicita ecografía transvaginal con lesión anexial ovárica izquierda. Derivada a ginecología, con tomografía de abdomen y pelvis con masa sólida anexial izquierda de aspecto teratoma, laboratorio antígeno CA-125 2 U/ml, antígeno CA-19-9 1,2 U/ml, alfa-fetoproteínas 1,2 ng/ml, FSH 25. Se realiza una anexectomía izquierda con resultado anatópatológico de compatible con teratoma quístico maduro, con evolución favorable, fue dada de alta con control anual.

DISCUSIÓN:

La sospecha de un teratoma, el apoyo de las imágenes es fundamental. La transformación maligna de un teratoma quístico maduro, es una complicación poco frecuente que se presenta en menos del 2% de los pacientes y se observa específicamente en mujeres postmenopausias. Ningún signo clínico, radiológico o biológico es específico; Por lo tanto, es necesaria la resección de cualquier masa ovárica, incluso asintomática. Este caso tuvo un pronóstico favorable, donde la sospecha clínica y derivación quirúrgica permitió un tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE: Quiste Dermoide, Antígeno Ca-125, Antígeno Ca-19-9, alfa-Fetoproteínas.

RESPONSABLES

Galarce Pino M(1), Navarro Chicuy F(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: galarce.m.a@gmail.com

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

1) Médico General de Zona, CESFAM Central. Calama, Chile.

2) Médico Cirujano. CESFAM Dr. Juan Lozic Pérez. Puerto Natales, Chile.

CC #13: EMBARAZO TRIPLE BICORIAL TRIAMNIÓTICO, UN RETO PERINATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El embarazo múltiple se define como la presencia simultánea de dos o más fetos, clasificándose según su número, corionicidad y amnionicidad. Estas variables son determinantes para su manejo y pronóstico. Los embarazos triples presentan mayor riesgo materno-fetal-neonatales en comparación con embarazos únicos o gemelares.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se reporta el caso de un embarazo triple bicorial triamniótico en una mujer multípara de 29 años, diagnosticado por ecografía de primer trimestre. Los fetos 1 y 2 compartían placenta ubicada anterior lateral izquierda y feto 3 con placenta lateral derecha.

Se confirmó restricción selectiva del crecimiento fetal (RCFs) tipo 1 en el feto 1 y cervicometría de 10 mm, indicándose cerclaje de emergencia. Se administró antibioticoterapia intravenosa, progesterona y suplemento de hierro ante anemia moderada de la gestante. El seguimiento ecográfico evidenció RCFs persistente, alteraciones Doppler en la circulación fetal y durante la estadía hospitalaria presentó una amenaza de parto prematuro (PP), justificando hospitalización para mayor vigilancia.

DISCUSIÓN:

La corionicidad bicorial en embarazo triple implica riesgos elevados, particularmente asociados a anastomosis vasculares placentarias que pueden desencadenar complicaciones fetales. La evidencia científica indica que el riesgo de preeclampsia, PP y RCFs crece con el número de fetos, lo que determina un peor pronóstico en morbilidad materno-fetal y a largo plazo, y le da relevancia a un seguimiento cercano de este tipo de embarazos. Además, la ausencia de datos locales actualizados dificulta el desarrollo de estrategias de prevención efectivas, destacando la importancia de la recopilación sistemática de información epidemiológica.

PALABRAS CLAVE: Embarazo Múltiple, Embarazo triple, Complicaciones del Embarazo, Epidemiología, Mortalidad Perinatal.

RESPONSABLES

González Orellana J(1), Yáñez Malatesta V(1), Gelerstein Claro S(1), Gómez Agüero Y(1), Durán Alvarado D(1), Galaz Soto M(1), Gandolfo Ben-Azul C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jose.gonzalez.3@ug.uchile.cl

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

1) Estudiante de 5to año de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2) Médico Cirujano, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CC #14: DEL ABORTO RETENIDO AL EMBARAZO MOLAR Y LA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad trofoblástica gestacional o ETG incluye un amplio y diverso grupo de patologías, cuya relevancia radica en su capacidad de invasión (local y a distancia) y su origen a partir de cualquier tipo de evento gestacional. Se divide histológicamente en mola hidatiforme, completa (MHC) y parcial (MHP), y en neoplasias trofoblásticas gestacionales o NTG (mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario y epiteliode), de comportamiento potencial o característicamente maligno, según el caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente nulípara de 29 años con antecedente de hiperémesis gravídica y diagnóstico reciente de aborto retenido en extrasistema con β HCG 7162 (21/03). Consulta en UEGO por sangrado persistente e hipogastralgia (02/04), al examen físico con dolor a la palpación abdominal sin signos de irritación. Especuloscopía: vagina lisa, flujo hemático (+) por OCE, cérvix macroscópicamente sano. TV: útero aumentado de tamaño a nivel suprapúbico, sensible, sin dolor a la movilización cervical, anexos sin dolor, no palpables.

DISCUSIÓN:

Existen una gran multiplicidad de diagnósticos diferenciales que pueden surgir al momento de presentarse inicialmente como una metrorragia del primer trimestre, entre las que se encuentran desde un embarazo intrauterino a un aborto en evolución, incompleto y/o retenido, un embarazo ectópico, una ETG, e incluso eventualmente una NTG, en cualquiera de sus formas. Por otro lado, desde el momento del diagnóstico de una ETG resulta esencial mantener una aguda sospecha de su progresión hasta evidenciar una elevación persistente de β HCG, cuya función es la de un marcador tumoral. El caso reportado describe por lo demás tanto una presentación atípica (imagen en “panal de abejas”, sin restos fetales) como una progresión atípica para una MHP, cuyo porcentaje de progresión a NTG es significativamente inferior al de una MHC (3-5% versus 8-30%, respectivamente).

PALABRAS CLAVE: Mola hidatiforme invasiva, Enfermedad Trofoblástica Gestacional.

RESPONSABLES

Ruz Aguilar R(1), Horlacher Astele E(1), Villarroel Escudero D(1), Viveros Aránguiz N(1), Féndez Guerrero A(1), Olaeta Garrido J(1), Arancibia Contenla D(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: rba.ruz00@gmail.com

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

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

2) Becada de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile.

CC #15: SÍNDROME DE HEMIVAGINA OBSTRUIDA Y AGENESIA RENAL IPSILATERAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de hemivagina obstruida con agenesia renal ipsilateral (OHVIRA) es una malformación congénita infrecuente, causada por un desarrollo anómalo de los conductos de Müller y Wolff. Se caracteriza por la asociación de útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia o anomalía renal homolateral. Suele manifestarse en la adolescencia tras la menarquia, con dismenorrea progresiva, dolor pélvico y aumento de volumen abdominal por acumulación de sangre menstrual (hematocolpos). El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica y estudios de imagen, siendo la resonancia magnética el método más preciso. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del tabique vaginal para restaurar el drenaje menstrual y prevenir complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de once años, sin antecedentes mórbidos, con menarquia cinco meses previo a la consulta, presenta historia de dolor abdominal de dos meses de evolución, dismenorrea intensa y aumento de volumen pélvico. La ecografía pélvica mostró una colección quística de 12 × 19 cm compatible con hematocolpos. La tomografía computarizada confirmó útero didelfo, hemihematocolpos izquierdo, riñón único derecho e hidroureteronefrosis secundaria. Al examen ginecológico se observó abombamiento de hemivagina izquierda, con hemivagina derecha permeable. Se realizó drenaje y resección quirúrgica del tabique vaginal. La evolución fue favorable, con disminución de la hidroureteronefrosis en el control ecográfico y alta ambulatoria.

DISCUSIÓN:

El síndrome OHVIRA es una causa infrecuente de dolor pélvico y masa abdominal en adolescentes. La presencia de anomalías renales asociadas constituye un hallazgo característico que orienta el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico oportuno permite resolver los síntomas, prevenir complicaciones infecciosas, evitar daño renal progresivo y preservar la fertilidad. Este caso destaca la importancia de considerar malformaciones müllerianas en pacientes con dismenorrea severa y masa pélvica, y la necesidad de un enfoque diagnóstico integral.

PALABRAS CLAVE: Anomalías de la Duplicación Uterina, Enfermedades vaginales, Agenesia Renal Unilateral, Dolor pélvico.

RESPONSABLES

Gloffka Valenzuela M(1), Gómez Hevia M(1), Jijena Junyent V(1), Ferriere Steinert S(1), Espinoza Morales J(1), Viada Ferrari P(1), Méndez Valdés G(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: martinagloffka@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico Cirujano, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CC #16: INCRETISMO PLACENTARIO: DENTRO DE UNA PATOLOGÍA OBSTÉTRICA DEL SIGLO XXI.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El incretismo placentario es una patología obstétrica que implica un 15% del espectro del acretismo placentario (EAP), y corresponde a una inserción anormal de las vellosidades coriales de la placenta hacia el miometrio. Los factores de riesgo son antecedentes de cesárea o cirugía uterina, placenta previa, mayor edad y multiparidad. El diagnóstico inicial se realiza con ecografía y se utiliza la resonancia magnética (RMN) de abdomen y pelvis para la planificación quirúrgica o si existe duda diagnóstica. El diagnóstico definitivo se realiza con la biopsia de útero.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 36 años, múltipara de 2, con antecedente de 2 cesáreas anteriores, cursando gestación de 32 + 4 semanas. Derivada desde policlínico de alto riesgo obstétrico por placenta previa con sospecha de acretismo placentario para estudio imagenológico y planificación de cesárea por el equipo de acretismo placentario. La ecografía impresiona placenta previa oclusiva con lagunas placentarias, hipervascularización vesicouterina e intraplacentaria. RMN describe placenta previa con desorden EAP mioinvasivo grado 2 de FIGO. Por sospecha de incretismo placentario, se planifica cesárea e histerectomía obstétrica a las 35 semanas. Biopsia con hallazgos consistentes de incretismo placentario.

DISCUSIÓN:

El PAS ha aumentado significativamente en las últimas décadas, alcanzando 3:1000 nacimientos, correlacionándose directamente con el incremento de cesáreas (42% en Chile). El antecedente de placenta previa más dos cesáreas previas eleva el riesgo hasta un 40%, por la misma razón es fundamental el diagnóstico prenatal temprano permitiendo un abordaje multidisciplinario especializado, considerando que es una patología de alta mortalidad. El manejo debe individualizarse considerando la condición clínica y deseos reproductivos de las pacientes, siendo prudente considerar la conducta conservadora para reducir lesiones genitourinarias y requerimientos transfusionales, sin embargo, se requiere más investigación en el tema para una mayor estandarización en el manejo de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Cesárea, Placenta accreta, Placenta previa.

RESPONSABLES

Dougnac Canales S(1), Pineda Herrera N(1) León Torres M(2), Doren Ilabaca C(1), Wittkopf D(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: sofia.dougnac@hotmail.com

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

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

2) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

3) Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

CC #17: ENDOMETRIOSIS VESICAL: UNA CAUSA OLVIDADA DE HEMATURIA. REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endometriosis es una enfermedad ginecológica benigna y crónica, caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Afecta hasta un 20% de las mujeres en edad fértil y es la causa más frecuente de dolor pélvico crónico. La afectación vesical es poco frecuente, sólo un 12% de los casos afectan el tracto urinario y de estos el 85% a la vejiga, además, su clínica es inespecífica, lo que dificulta su sospecha diagnóstica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 28 años, nulípara, con antecedente de epilepsia en tratamiento, que consultó por dolor pélvico de dos años de evolución asociado a dismenorrea y dispareunia. Posteriormente presentó hematuria con coágulos y rectorragia. Se realizó estudio por imágenes, donde se evidencia una masa infiltrativa vesicouterina que comprometía la pared vesical, miometrio y estructuras adyacentes. La resonancia magnética nuclear pélvica y la ecografía transvaginal extendida revelaron lesiones sugerentes de endometriosis profunda. La cistoscopia mostró lesiones de aspecto endometrioides en el fondo vesical y la colonoscopia informó hemorragia subepitelial rectal. Se diagnosticó endometriosis profunda con compromiso vesical, de ligamentos uterosacros y del rectosigmoides. Se indicó manejo analgésico y control ambulatorio con resolución quirúrgica diferida.

DISCUSIÓN:

La relevancia del caso radica en que la localización vesical de la endometriosis es infrecuente, lo que lo convierte en una presentación atípica endometriosis vesical es poco común y subdiagnosticada, asociada a síntomas inespecíficos como la hematuria, hallazgo reportado en solo el 20% de los casos con compromiso vesical, lo cual pudo haber dificultado la sospecha diagnóstica. Este caso demuestra la relevancia de mantener la endometriosis vesical dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con dolor pélvico crónico y síntomas urinarios, para realizar el diagnóstico adecuado y entregar tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis, Hematuria, Vejiga, Dismenorrea, Dispareunia, Hemorragia Gastrointestinal.

RESPONSABLES

Loyola Aguilera S(1), Astudillo Morgado F(1), Delgado Valdivia J(1), Epifani Villalobos C(1), Orellana Olivares J(1), Torres Carvajal N(1), González Yáñez A(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: susana.loyola@alumnos.ucn.cl

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

1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte.

2) Médico residente de Ginecología y Obstetricia, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Pablo de Coquimbo.

CC #18: CEFALEA CON BANDERA ROJA: HALLAZGO DE ANEURISMA CEREBRAL EN EMBARAZO DE TERCER TRIMESTRE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Durante el embarazo, la evaluación de cefaleas adquiere especial importancia, ya que pueden ser una manifestación de patologías obstétricas o neurológicas graves. La presencia de banderas rojas, o bien, síntomas atípicos o refractarios obliga a descartar causas secundarias. El embarazo implica modificaciones hemodinámicas y hormonales que pueden descompensar condiciones vasculares preexistentes, aumentando el riesgo de complicaciones potencialmente letales. Frente a una cefalea severa, persistente y no habitual, es necesaria una evaluación oportuna y exhaustiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Múltipara de 38 años, cursando embarazo de 30+2 semanas, con antecedente de migraña sin aura, consultó por cefalea hemicraneana derecha de 8 horas de evolución, EVA 8/10, pulsátil, sin respuesta a analgesia habitual. Se asoció a náuseas, vómitos y fotofobia, sin fiebre ni focalidad neurológica. Los signos vitales, examen físico y exámenes de laboratorio fueron normales. Se hospitalizó para estudio y ante persistencia de la clínica, se solicitó interconsulta a neurología y AngioTAC cerebral, evidenciándose aneurisma sacular no complicado de 14 mm de fondo en el segmento oftálmico derecho de la carótida interna.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de aneurisma en embarazadas, aunque poco frecuente, se asocia a alta morbimortalidad materna y fetal. El embarazo conlleva cambios fisiológicos que elevan el riesgo de rotura, especialmente en el tercer trimestre y durante el trabajo de parto. El manejo debe ser individualizado, considerando intervención quirúrgica, embolización o vigilancia. En aneurismas ≥ 6 mm sintomáticos, se sugiere intervención. En este caso, el tamaño y sintomatología justifican una evaluación multidisciplinaria para definir la conducta y vía de parto, priorizando la seguridad materna y fetal. Además, el aneurisma en este contexto constituye indicación legal para considerar la interrupción del embarazo por riesgo vital materno.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Cefalea, Aneurisma cerebral, Angiografía por Tomografía Computarizada, Procedimientos Neuroquirúrgicos.

RESPONSABLES

Huidobro Zaror N(1), Hernández Saavedra C(1), Chabour Barra C(1), Maldonado Maldonado J(1), Martin Kommer C(1), Álvarez Gómez S(2), Herrera Alcaíno A(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: natalia.huidobro@ug.uchile.cl

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

1) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

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

3) Especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia sede Occidente, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

CC #19: EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO EN CICATRIZ DE CESÁREA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El embarazo ectópico (EE) se define como la implantación de un óvulo fertilizado en un sitio distinto al del revestimiento endometrial del útero y corresponde a un 1–2% de todos los embarazos diagnosticados. La presentación es muy variable, pasando desde mujeres asintomáticas hasta cuadros graves con shock hipovolémico. El EE en cicatriz de cesárea corresponde a la implantación del saco gestacional en una cicatriz de cesárea previa. Por su parte, los embarazos gemelares tienen una incidencia de 31 por cada 1.000 recién nacidos vivos al año y la presentación más común es la bicorial biamniótica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 35 años multípara de 2 cesáreas cursando embarazo gemelar bicorial biamniótico de 6+3 semanas por LCN, asintomática, acude al servicio de urgencia con ecografía extrasistema que describe embarazo gemelar en cicatriz de cesárea. Se hospitaliza para evaluación por parte del Centro de Diagnóstico Perinatal, quienes a través de una nueva ecografía confirman el diagnóstico. Se mantiene la hospitalización hasta resolución quirúrgica por medio de histerectomía total más salpingectomía bilateral vía laparoscópica. El procedimiento se realizó sin incidentes y recibió el alta al día siguiente.

DISCUSIÓN:

El EE en cicatriz de cesárea previa se considera una de las formas más raras de EE. El reconocimiento temprano es fundamental para orientar el tratamiento, prevenir complicaciones maternas y permitir la preservación exitosa del útero. El gold standard para su diagnóstico es la ecografía, y en caso de que no haya certeza, se puede realizar una resonancia nuclear magnética. Existen múltiples opciones de tratamiento para este tipo de EE: manejo expectante, manejo médico con metotrexato o manejo quirúrgico. El abordaje laparoscópico presenta un alto porcentaje de éxito. Chile tiene un alto porcentaje de cesáreas, y es importante que los profesionales estén preparados para diagnosticar y tratar precozmente este tipo de EE.

PALABRAS CLAVE: Embarazo Ectópico, Embarazo Gemelar, Cesárea, Histerectomía.

RESPONSABLES

Roa Solís R(1), Gorziglia Reyes C(1), Oyarzún Rojas B(1), Kim N(1), Hernández Baeza S(1), Acuña Morales R(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: raul.rs@uc.cl

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

1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

2) Residente 1º año Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

CC #20: MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DE HELLP: LA SOSPECHA PRECOZ DE HÍGADO GRASO AGUDO COMO CLAVE EN LA FALLA HEPATO RENAL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de HELLP es una complicación grave del embarazo asociada a preeclampsia severa, caracterizada por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Aunque es una entidad bien definida, puede superponerse clínicamente con el hígado graso agudo del embarazo (HGAE), una condición metabólica infrecuente que también cursa con deterioro hepático y multiorgánico en el tercer trimestre. Diferenciar ambas patologías resulta clave, ya que el enfoque diagnóstico y terapéutico puede variar considerablemente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una mujer de 31 años, primigesta de 37+5 semanas, derivada por hipertensión arterial y sospecha de preeclampsia. Ingresó estable, pero los exámenes iniciales revelaron alteración de la función renal, bilirrubina directa elevada, enzimas hepáticas alteradas, LDH elevada, coagulopatía y fibrinógeno bajo, lo que permitió establecer el diagnóstico de síndrome de HELLP complicado con CID.

Se realizó una cesárea de urgencia con nacimiento de recién nacido vivo Apgar 5-8. En el postoperatorio presentó múltiples complicaciones incluyendo hematoma de pared abdominal, recolección serohemática intraabdominal, disfunción hepatorenal y un episodio de desorientación. Ante la evolución atípica, se consideró HGAE como diagnóstico diferencial, ya que cumplía con más de seis criterios de Swansea. El manejo multidisciplinario intensivo permitió una evolución clínica favorable.

DISCUSIÓN:

Este caso destaca la importancia de considerar HGAE en pacientes con HELLP y deterioro progresivo, ya que ambas condiciones pueden coexistir o confundirse. Un diagnóstico oportuno y un abordaje integral son fundamentales para mejorar los resultados materno-fetales en contextos de alta complejidad obstétrica.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de HELLP, Hígado graso agudo del embarazo, Complicaciones del Embarazo.

RESPONSABLES

Muñoz Castro J(1), Hormazábal Auad R(1), Rocandío Herrera S(1), Zúñiga Meñaique C(1), Caro Miranda J(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: javierab.munozc@gmail.com

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

1) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, sede Patagonia, Hospital Base de Puerto Montt. Puerto Montt, Chile.
2) Especialista en Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Base de Puerto Montt. Jefe GRD Hospital Base de Puerto Montt. Jefe de departamento nacional de Ginecología y Obstetricia USS. Puerto Montt, Chile.

CC #21: ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA: EL ALTO ÍNDICE DE SOSPECHA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección del tracto genital superior femenino (1), principalmente causada por *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) y *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) (2). Su presentación clínica es variable, lo que dificulta el diagnóstico oportuno y aumenta el riesgo de complicaciones como dolor pélvico crónico, infertilidad o embarazo ectópico. El diagnóstico se basa en un alto índice de sospecha clínica, especialmente en mujeres sexualmente activas menores de 25 años (3). A pesar de que el diagnóstico es clínico, las imágenes pueden apoyar la sospecha, pero no la deben descartar en caso de ser normales (4). A continuación, se presenta un caso que evidencia la importancia de mantener un bajo umbral de sospecha como herramienta fundamental para un diagnóstico oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 19 años, nuligesta, con antecedente de uso irregular de método anticonceptivo de barrera, consultó por dolor pélvico de 3 semanas, asociado a flujo vaginal verdoso, sin mal olor ni fiebre. Tuvo repetidas evaluaciones en atención primaria con manejo del dolor. Por persistencia de síntomas acudió al servicio de urgencias, sin embargo, dado examen físico y resultados de laboratorio poco concluyente se realizó una tomografía computarizada de abdomen y pelvis que evidenció salpingitis bilateral. Se diagnosticó EIP y se confirmó la infección por *C. trachomatis*. Se indicó hospitalización para tratamiento antibiótico endovenoso, con evolución favorable. Se dió el alta para completar el tratamiento en ambulatorio y se indicó tratamiento para su pareja sexual.

DISCUSIÓN:

Este caso destaca la relevancia de mantener un alto índice de sospecha para la EIP, considerando perfil epidemiológico, factores de riesgos, signos y síntomas. La evolución oligosintomática de la paciente concuerda con el curso característico de *C. trachomatis*. El tratamiento precoz y empírico, junto con el tratamiento de las parejas sexuales, son fundamentales para prevenir complicaciones a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Inflamatoria Pélvica, *Chlamydia trachomatis*, Enfermedades de Transmisión Sexual, Diagnóstico Diferencial.

RESPONSABLES

Quiroz Espinoza F(1), Rosas Riveros C(1), Maldonado Morales E(1), Philipp Morales S(1), Espinoza Morales J(1), Rojas Aravena J(1), Tampe Palma V(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: fernanda.quiroz@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico Cirujano, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

CC #22: MASA ANEXIAL CON COMPROMISO PERITONEAL Y COLÓNICO: DIFERENCIACIÓN DIAGNÓSTICA MEDIANTE INMUNOHISTOQUÍMICA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma mucinoso de ovario es un subtipo poco frecuente de neoplasia epitelial ovárica, representando aproximadamente el 3% de los casos. Su diagnóstico diferencial con metástasis de origen gastrointestinal es fundamental para definir el manejo terapéutico y pronóstico, especialmente ante compromiso peritoneal y de órganos adyacentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 34 años, multípara de 3, sin antecedentes mórbidos, consultó por amenorrea secundaria y distensión abdominal progresiva. La evaluación imagenológica reveló masa anexial derecha compleja con ascitis abundante y elevación sérica de CA-125 en 332 U/ml. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis evidenció lesiones anexiales bilaterales, ascitis y carcinomatosis peritoneal. La paciente fue sometida a laparotomía exploradora y citorreducción quirúrgica con anexectomía bilateral, omentectomía, esplenectomía, resección segmentaria de colon, histerectomía total y peritonectomía. El estudio histopatológico confirmó cistoadenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado. Ante el compromiso colónico, se solicitó inmunohistoquímica, la cual mostró positividad para CK7 y PAX8, y negatividad para CK20 y CDX2, compatible con carcinoma ovárico primario. La paciente fue derivada a oncología para iniciar quimioterapia adyuvante.

DISCUSIÓN:

La presentación con carcinomatosis y compromiso colónico inicialmente sugirió adenocarcinoma colorrectal metastásico. Sin embargo, la combinación del patrón histológico y perfil inmunohistoquímico orientó el diagnóstico a un tumor primario ovárico. La inmunohistoquímica fue crucial para establecer el diagnóstico etiológico, permitiendo un abordaje multidisciplinario adecuado. La citorreducción óptima y quimioterapia adyuvante constituyen el estándar en enfermedad avanzada, asociándose a mejor pronóstico y supervivencia.

PALABRAS CLAVE: Adenocarcinoma Mucinoso, Inmunohistoquímica, Neoplasias Ováricas.

RESPONSABLES

Vargas Cornejo J(1), Pérez Bruno D(1), Delgado Sepúlveda P(1), Ríos Venegas M(1), González Ramírez A(1), Bravo Orfali D(1), Martínez Follert C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: vargas.javierac@gmail.com

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

1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

2) Médica Cirujana, Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Hospital Gustavo Fricke. Viña del Mar, Chile.

CC #23: TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR RECURRENTE COMO POSIBLE DESENCADENANTE DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO: REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) es una arritmia supraventricular que puede aparecer o exacerbarse durante el embarazo debido a cambios autonómicos, hormonales y hemodinámicos, incluso en ausencia de cardiopatía estructural. Aunque su incidencia es baja (33/100.000 gestaciones), se asocia a mayor riesgo de morbilidad materna. La adenosina es el tratamiento de elección para la cardioversión en pacientes estables, aunque puede inducir dinámica uterina; en casos inestables, se indica cardioversión eléctrica. Para prevenir recurrencias, se recomienda betabloqueadores cardioselectivos como bisoprolol o metoprolol.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Gestante de 27 años con antecedentes de TPSV, quien a las 23 semanas presentó un episodio taquicárdico resuelto con adenosina EV. Posteriormente, tuvo un nuevo episodio asociado a contracciones uterinas dolorosas y acortamiento cervical (19 mm), diagnosticándose amenaza de parto prematuro (APP) y se inicia tratamiento con progesterona en óvulos. A las 26 semanas se evidenció cérvix de 16 mm con funneling, por lo que se hospitalizó para cerclaje.

DISCUSIÓN:

El caso ilustra que la TPSV puede comprometer el gasto cardíaco y la perfusión útero-placentaria, contribuyendo a APP, aunque esta asociación aún no está completamente dilucidada. La adenosina ha demostrado ser segura durante el embarazo y, junto al manejo con betabloqueadores, permite un buen control del ritmo. La cardioversión eléctrica está indicada si existe inestabilidad, siendo segura en cualquier trimestre. El manejo debe ser multidisciplinario y centrado en la seguridad materno fetal. No se justifica modificar la vía del parto por TPSV, y la lactancia es compatible con el uso de bisoprolol/metoprolol.

PALABRAS CLAVE: Taquicardia Supraventricular Paroxística, Embarazo, Complicaciones del Embarazo, Cardiovascular, Incompetencia Cervical Uterina.

RESPONSABLES

López Novoa F(1), Morgado Ahumada B(1), Vega Flores V(1), Zúñiga Miranda P(1), Gutiérrez Jaramillo G(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: francisca.lopez.n@usach.cl

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

1) Interna/Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile

2) Becada de ginecología y obstetricia, Universidad de Santiago de Chile, Hospital San José. Santiago, Chile

CC #24: MOLA HIDATIFORME COMPLETA CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO EN MUJER PERIMENOPÁUSICA: UN DIAGNÓSTICO INUSUAL Y DESAFIANTE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad Trofoblástica Gestacional (ETG) es una proliferación anómala del tejido placentario, comúnmente representada por la Mola Hidatidiforme, clasificada en parcial y completa. El diagnóstico se basa en metrorragia del primer trimestre, ecografía y niveles elevados de beta gonadotropina coriónica humana (β -hCG). El tratamiento incluye aspiración uterina, seguimiento con β -hCG por seis meses, y en casos seleccionados, histerectomía o quimioterapia profiláctica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente multipara de 51 años, hipertensa e hipertiroides con antecedente de dos cesáreas, consultó por disnea, dolor pleurítico, tos seca, febrícula, hipermenorrea y dolor hipogástrico. Ecografía transvaginal mostró miometrio heterogéneo y masa intramural de 88 x 65 mm. Tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC TAP) evidenció masa endometrial de 13,5 x 8,0 cm y derrame pleural bilateral. En Ginecología, se constató útero aumentado de tamaño con patrón ecográfico en “panel de abeja” y β -hCG >1.000.000 mUI/ml. Se hospitalizó con diagnóstico de ETG, derrame pleural e hipertiroidismo. Endocrinología confirmó tirotoxicosis secundaria a ETG, manejada con Thyrozol. Cirugía torácica indicó furosemina y toracocentesis. Ante sangrado persistente y anemia, se realizó aspiración uterina y transfusión. Fue dada de alta con control en Endocrinología y Ginecología. En este último, la biopsia confirma una mola hidatidiforme completa, por lo que se indicó histerectomía total más anexectomía bilateral y seguimiento semanal de β -hCG.

DISCUSIÓN:

En la ETG destaca la mola hidatidiforme completa como la más frecuente. Se presentó una paciente perimenopáusica, con mayor riesgo de formas completas y complicadas, quien manifestó síntomas respiratorios y metrorragia. El diagnóstico se basó en ecografía y β -hCG elevada. El compromiso respiratorio y el derrame pleural fueron atribuidos a hipervolemia e hipertiroidismo inducido por la β -hCG. Este caso resaltó la importancia de considerar la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) en pacientes perimenopáusicas y del manejo multidisciplinario abordado.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Mola Hidatidiforme, Gonadotropina Coriónica Humana de Subunidad beta, Histerectomía.

RESPONSABLES

Benítez Moraga J(1), Pérez Pavez C(1), Ovalle Silva V(1), Mora Cabeza J(1), Vergara Orellana B(1), Torres Pérez C(1), Boettcher Sáez B(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: javierabenitez.benitezmoraga@gmail.com

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

1) Interno de 6to año, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

2) Médico Cirujano, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Concepción. Hospital las Higueras. Talcahuano, Chile.

CC #25: RECURRENCIA DE MASAS ANEXIALES EN PACIENTES JOVEN CON SÍNDROME DE GORLIN-GOLTZ: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias de células germinales y embrionarias representan cerca del 5% de las neoplasias ováricas, siendo el teratoma maduro su forma más frecuente. En mujeres jóvenes, el enfoque tiende a ser conservador, priorizando la preservación de la fertilidad. Por otro lado, el síndrome de Gorlin, de origen genético, se asocia clásicamente a carcinomas basocelulares, pero su relación con lesiones ováricas está menos explorada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer nuligesta de 31 años, con antecedentes de síndrome de Gorlin, ooforectomía parcial bilateral por fibromas ováricos (lesión estromal) y carcinomas basocelulares cutáneos. Consulta por dolor y distensión abdominopélvica de 10 días, asociada a fiebre. Al examen físico se palpa masa abdominal hasta epigastrio. Ecografía transvaginal y TC abdominal evidencian masa sólido-quística anexial derecha de gran tamaño (21 cm) y masa calcificada anexial izquierda. Marcadores tumorales negativos excepto Ca125 elevado. Se sospecha neoplasia de células germinales derecha y fibroma izquierdo. Cabe destacar que la biopsia previa en 2013 mostró fibromas ováricos múltiples sin atipias ni tejido germinal. Comisión oncológica indica laparotomía exploratoria, pero se difiere por anemia severa y coagulopatía.

DISCUSIÓN:

El caso destaca la recurrencia de masas ováricas en una paciente joven con antecedentes de cirugía conservadora por lesiones benignas, en el contexto de un síndrome genético. El teratoma maduro, a pesar de su benignidad y baja tasa de recurrencia, puede reaparecer en casos seleccionados. La literatura reporta recurrencias en mujeres jóvenes tras resecciones parciales, con tasas del 3–4%.

En este contexto, podría considerarse la ooforectomía total como opción para evitar nuevas recurrencias, ponderando la preservación de la fertilidad. La asociación entre el síndrome de Gorlin y las neoplasias ováricas no está bien establecida, pero la presencia de lesiones bilaterales recidivantes amerita evaluación genética extendida y seguimiento multidisciplinario.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias de Células Germinales y Embrionarias, Neoplasias Ováricas, Síndrome de Gorlin, Recurrencia, Preservación de la Fertilidad.

RESPONSABLES

Montenegro Carvajal J(1), Mora Gomez I(1), Denegri Bongain I(1), Muñoz Garrido A(1), Corominas Escobar J(1), Correa Ortiz J(1), Sánchez Zapata F(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jimenamontenegro@ug.uchile.cl

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

1) Universidad de Chile, 7º año de Medicina. Santiago, Chile.

2) Especialista en Ginecología Oncológica. Departamento de Ginecología Oncológica, Hospital San Juan de Dios. Santiago, Chile.

CC #26: CÁNCER CERVICOUTERINO DE RÁPIDA PROGRESIÓN Y SU DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS: REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer cervicouterino (CaCu) presenta mejor pronóstico si es diagnosticado en etapas precoces. En etapas avanzadas, su evolución suele ser desfavorable. Se expone el caso de una paciente con CaCu etapa IV, con desenlace fatal, con el objetivo de destacar la importancia de un diagnóstico precoz, así como de conocer los pronósticos y el manejo de complicaciones asociadas a neoplasias de rápida progresión.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 53 años, nuligesta, con antecedente de hipotiroidismo y antecedente familiar de cáncer gástrico en su madre, quién falleció antes de los 50 años. Sin controles ginecológicos en más de 10 años. Última actividad sexual hace aproximadamente 10-12 años. Consultó en servicio de urgencias por metrorragia de un mes, hipogastralgia, pérdida ponderal significativa (15 kg), síntomas gastrointestinales y diaforesis nocturna. Al examen físico destacó abdomen distendido, masa abdominopélvica palpable de consistencia pétrea y ascitis. Laboratorio: falla renal, leucocitosis, hematuria, PCR y LDH elevadas. Una Tomografía Computada (TC) abdominopélvica evidenció masa pélvica de gran tamaño, carcinomatosis peritoneal, hidroureteronefrosis bilateral y ascitis. Oncología ginecológica identificó cérvix tumoral en forma de “barrel”, vagina con micronódulos y parametrio derecho comprometido. Biopsia endocervical reveló adenocarcinoma bien diferenciado. Evolucionó con insuficiencia renal, anuria, hiponatremia y desaturación, falleciendo cuatro días posterior a su ingreso.

DISCUSIÓN:

Frente a un síndrome consuntivo, debe considerarse origen neoplásico. Inicialmente se consideró un Tumor de Krukenberg por la historia familiar y presentación clínica. Sin embargo, la TC y la biopsia orientaron al diagnóstico de CaCu estadio IV. Se sospechó subtipo gástrico (gastric-type ECA), una forma agresiva no asociada a Virus Papiloma Humano, dado su historia clínica, siendo imposible de confirmar por la rápida progresión del cuadro. Este caso resalta la importancia del tamizaje regular, la pesquisa precoz y la consideración de variantes inusuales en el diagnóstico diferencial de pacientes con deterioro clínico acelerado.

PALABRAS CLAVE: Neoplasia Intraepitelial del Cuello Uterino, Carcinomatosis Peritoneal, Adenocarcinoma, Virus Papiloma Humano.

RESPONSABLES

Dassonville Muñoz M(1), Castillo Aguirre J(1), Nova Comicheo F(1), Ortiz Palomera N(1), Rivas San Martín C(1), Arístides Pulgar S(1), Morales Morales D(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: macapmd@gmail.com

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

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

2) Médica Cirujana, Hospital Carlos Van Buren, CESFAM Miraflores. Viña del Mar, Valparaíso, Chile.

CC #27: SEPSIS DE FOCO PÉLVICO POR ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL, HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS SUGERENTES DE ACTINOMICOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) representa una entidad infecciosa del tracto genital superior, que puede evolucionar a absceso tubo-ovárico (ATO), con riesgo infrecuente pero potencial de progresar a sepsis si no se aborda precozmente. Su etiología es habitualmente polimicrobiana, incluyendo agentes asociados a enfermedades de transmisión sexual (ETS). En usuarias prolongadas de dispositivos intrauterinos (DIU), debe considerarse además la posibilidad de infecciones menos frecuentes, como la actinomicosis pélvica, provocada por *Actinomyces* spp., un bacilo grampositivo comensal que puede adquirir potencial invasivo en contextos de disrupción mucosa. Esta infección puede imitar clínicamente a neoplasias ginecológicas o generar cuadros inflamatorios de difícil resolución. Por ello, la evaluación integral en población de riesgo requiere no solo evaluación clínica y de imágenes, sino también pruebas dirigidas como cultivo y PCR-ITS, para abordar el diagnóstico diferencial de manera oportuna y evitar desenlaces adversos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 43 años, multipara de 1, con DIU T de cobre sin controles desde 2015 y antecedente de trabajo sexual, consulta por dolor abdominal, vómitos y sangrado genital persistente. Exámenes revelaron inflamación severa y función orgánica conservada. Una TC abdominopélvica mostró masa anexial izquierda sugerente de ATO. PCR-ITS detectó *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma parvum*. Ante deterioro clínico con compromiso renal y hepático, se realizó laparotomía, encontrándose ATO bilateral, útero friable y hallazgos sugerentes de actinomicosis. Se efectuó histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y omentectomía parcial.

DISCUSIÓN:

El caso destaca la importancia de considerar la actinomicosis como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con uso prolongado de DIU, especialmente cuando presentan masas anexiales complejas, síntomas inespecíficos y compromiso sistémico. Su diagnóstico suele ser tardío debido a su baja incidencia y presentación solapada. La implementación de pruebas dirigidas como PCR-ITS permite identificar otras causas frecuentes de EIP en población vulnerable, favoreciendo una terapia dirigida y el reconocimiento temprano de infecciones inusuales. Esto permite limitar la progresión hacia cuadros sépticos y la necesidad de tratamientos quirúrgicos invasivos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades de transmisión sexual, Sepsis, Actinomicosis, Dispositivos intrauterinos, Enfermedad inflamatoria pélvica.

RESPONSABLES

Montenegro Carvajal J(1), Mora Gómez I(1), Denegri Bongain I(1), Muñoz Garrido A(1), Corominas Escobar J(1), Correa Ortiz J(1), Gandolfo Ben-Azul C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jimenamontenegro@ug.uchile.cl

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

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

2) Becada Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

CC #28: TUMOR MALIGNO MIXTO DE CÉLULAS GERMINALES DE OVARIO ESTADÍO IIIC DURANTE EL EMBARAZO A TÉRMINO: REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los tumores malignos mixtos de células germinales (TMG) del ovario son neoplasias raras representando menos del 1% de los tumores ováricos, afectando principalmente a mujeres jóvenes. Su diagnóstico durante el embarazo es infrecuente y plantea desafíos clínicos por la superposición de síntomas y alteraciones bioquímicas propias de la gestación.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente 25 años con embarazo de 40 semanas y hallazgo ecográfico prenatal de masa anexial izquierda. Se hospitalizó para cesárea y tratamiento quirúrgico, identificándose múltiples lesiones tumorales abdominopélvicas y ascitis turbia. Se realizó cesárea segmentaria, anexectomía izquierda, omentectomía parcial y resección de implantes tumorales. El estudio histopatológico reveló TMG ovario izquierdo de 20x21x14 cm, compuesto por teratoma inmaduro grado 1 (90%), tumor del saco vitelino (5%) y carcinoma embrionario (5%). Se completa estudio con tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis (TAC TAP) mostrando masa anexial derecha sugerente de teratoma, engrosamiento del omento mayor y una lesión focal hepática hipovascular, sin poder descartar naturaleza metastásica. Exámenes laboratorio AFP 272,1 ng/mL, LDH 241 U/L en ascenso a control previo. Se inicia quimioterapia adyuvante, bien tolerado. Sin embargo, al control se evidencia progresión tumoral precoz con nuevas lesiones mesentéricas y omentales, engrosamiento nodular y difuso de los planos peritoneales, y nódulos subcapsulares hepáticos compatibles con diseminación peritoneal. Se reevalúa en comité oncológico, indicando manejo quirúrgico citorreductor extensa, incluyendo exenteración pélvica parcial, resecciones múltiples y estomas, logrando un residuo tumoral <3 mm. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra la dificultad diagnóstica de TMG durante el embarazo, donde la producción de β -hCG limita su utilidad como marcador, siendo claves AFP y LDH. La progresión precoz, aunque poco frecuente, puede presentarse en tumores con predominio de teratoma inmaduro o componentes indiferenciados. La cirugía citorreductora fue decisiva en este contexto clínico, mejorando las expectativas de pronóstico en enfermedad avanzada.

PALABRAS CLAVE: Procedimientos Quirúrgicos de Citorreducción, Neoplasias de Células Germinales y Embrionarias, Neoplasias del Ovario, Embarazo.

RESPONSABLES

Pacheco Marambio A(1), Ríos Venegas M(1), Vargas Cornejo J(1), Delgado Sepúlveda P(1), González Ramírez A(1), Mangini Pérez G(1), Martínez Follert C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: angela-p192@hotmail.com

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

1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

2) Becada de Ginecología. Departamento de Ginecología del Hospital Gustavo Frické, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

CC #29: MANEJO DE LA ISOINMUNIZACIÓN ANTI-KELL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La isoinmunización anti-Kell es una condición inmunológica en la cual una mujer embarazada, sin el antígeno Kell, desarrolla anticuerpos contra este, presentes en los glóbulos rojos del feto. Aunque es menos frecuente que la isoinmunización por RhD, puede generar anemia hemolítica fetal (AHF) grave.

Su fisiopatología incluye no solo la destrucción de eritrocitos fetales, sino también la inhibición de la eritropoyesis desde etapas tempranas del embarazo, lo que puede provocar manifestaciones clínicas severas incluso con títulos bajos de anticuerpos. El diagnóstico se basa en el test de Coombs indirecto, y el seguimiento se realiza mediante velocimetría Doppler de la arteria cerebral media (ACM), donde una velocidad sistólica máxima (VSM) mayor a 1.5 MoM sugiere anemia fetal moderada o severa.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una mujer de 41 años, con antecedentes de cesárea previa y diagnóstico de hipertensión crónica, que cursa embarazo de 23+5 semanas. Consulta por edema de extremidades inferiores y presión arterial elevada, sospechándose preeclampsia sobreagregada. Se hospitaliza y se detecta anticuerpo anti-Kell positivo. Inicia seguimiento con Doppler ACM bisemanal, sin hallazgos de anemia fetal, aunque se constata restricción del crecimiento fetal (RCF). Evoluciona con estado fetal no tranquilizador, por lo que se realiza cesárea de urgencia a las 32 semanas, con recién nacido vivo y pequeño para la edad gestacional. La paciente evoluciona favorablemente en el puerperio.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra la importancia del seguimiento riguroso en embarazos con isoinmunización anti-Kell, dada su capacidad de causar anemia severa y otros efectos deletéreos en el feto, independiente de los títulos de los anticuerpos.

PALABRAS CLAVE: Sistema del Grupo Sanguíneo de Kell, Isoanticuerpos, Anemia hemolítica, Eritroblastosis fetal.

RESPONSABLES

Yutronic Dennett T(1), Galarce de la Barrera I(1), Ramos Carmona C(1), Arriagada Carvajal A(1), Callejas Calvo R(1), Guajardo Araya C(1), Gorrini Correa C(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: tomas.yutronic@ug.uchile.cl

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

1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2) Residente de Ginecología y Obstetricia, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CC #30: TOXINA BOTULÍNICA TIPO A COMO TERAPIA EFICAZ EN VEJIGA HIPERACTIVA RESISTENTE: REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia urinaria (IU) es una patología altamente prevalente, especialmente en mujeres, con impacto negativo en la calidad de vida. Una de sus principales causas es la vejiga hiperactiva, síndrome clínico caracterizado por urgencia miccional, frecuencia aumentada y, a veces, incontinencia de urgencia. El tratamiento inicial incluye medidas conductuales y farmacológicas, principalmente antimuscarínicos; sin embargo, hasta un 40% de los pacientes no responde, por lo que se propone como alternativa de tercera línea la infiltración intravesical de toxina botulínica tipo A.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presentó el caso de una paciente de 56 años, multípara, con antecedentes quirúrgicos ginecológicos y de incontinencia urinaria de urgencia refractaria a tratamiento conservador y farmacológico. Fue sometida a dos procedimientos para inserción de cinta trans-obturadora (TOT) sin mejoría significativa, por lo que se indicó manejo con toxina botulínica intravesical. La primera aplicación fue realizada el 20 de mayo de 2024 sin complicaciones inmediatas, con mejoría transitoria de los síntomas. Sin embargo, presentó recurrencia hacia fines del año, asociada a una infección urinaria tratada con éxito. Se realizó una segunda aplicación el 14 de enero de 2025, también sin incidencias intraoperatorias ni efectos adversos relevantes. Posteriormente, consultó por una infección urinaria baja sintomática, manejada ambulatoriamente con buena evolución.

DISCUSIÓN:

La toxina botulínica tipo A ha demostrado ser una alternativa terapéutica eficaz y segura en pacientes con vejiga hiperactiva refractaria, con una duración de efecto clínico de 6 a 9 meses. No obstante, se requiere un seguimiento cuidadoso para detectar complicaciones, principalmente infecciones urinarias. Este caso respalda su uso clínico, enfatizando la necesidad de guías locales y protocolos estandarizados para su indicación y seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Incontinencia Urinaria, Vejiga Urinaria Hiperactiva, Toxina Botulínica Tipo A.

RESPONSABLES

Espinoza Díaz V(1), Mora Cabeza J(1), Ávila Medina M(1), Barrientos Jara V(1), Cuevas Llano C(1), Sovino Roger L(1), Ruiz Wiegand G(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: veronica.espinoza.diaz@gmail.com

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

1) Interno de Medicina de 6to año, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

2) Médico Cirujano, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Concepción. Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

CC #31: ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA COMO MANEJO CONSERVADOR DE EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El embarazo en cicatriz de cesárea corresponde a una localización de embarazo ectópico poco frecuente con una incidencia de 1 caso por 2000 embarazos que puede conllevar serias complicaciones maternas. Si bien su tratamiento es la interrupción del embarazo, no existe consenso respecto a la vía óptima, siendo la aspiración manual endouterina una alternativa terapéutica mínimamente invasiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 27 años, multípara de 2 con antecedente de una cesárea previa, cursando su tercer embarazo de 6 semanas por fecha de última regla. Consultó en la urgencia obstétrica por sangrado genital abundante, constatándose en la ecografía transvaginal saco gestacional de 7mm sin embrión a nivel del istmo uterino con hormona gonadotropina coriónica humana (BHCG) en 4940 mUI/mL. Se hospitalizó por sospecha de embarazo en cicatriz de cesárea, evidenciándose al día siguiente contenido hemático en cavidad endometrial en ecografía por lo que se indicó manejo expectante por eventual aborto en evolución. Sin embargo, BHCG del día posterior se elevó a 7520 mUI/mL con nueva ecografía que confirmó embarazo en cicatriz de cesárea. Se ingresa a pabellón para aspiración manual endouterina, ecografía intraoperatoria posterior a procedimiento revela endometrio de 4mm de grosor, sin hallazgos patológicos a nivel de la cicatriz. Paciente en buenas condiciones al día siguiente de procedimiento, se da de alta con control ambulatorio satisfactorio.

DISCUSIÓN:

Este caso representa una forma inusual de embarazo ectópico localizado a nivel de una cicatriz de cesárea, manejado con aspiración manual endouterina. El diagnóstico precoz de esta condición permite la interrupción oportuna de un embarazo inviable que puede conllevar a complicaciones maternas graves. Si bien, la técnica de interrupción son variadas, la aspiración manual endouterina podría corresponder a una opción terapéutica efectiva y segura, sin embargo, se necesita mayor investigación respecto a los riesgos y beneficios del procedimiento.

PALABRAS CLAVE: Embarazo en cicatriz de cesárea, Legrado por Aspiración, Embarazo ectópico.

RESPONSABLES

Córdova de Halleux V(1), Bravo Orfali D(1), Loyola Prado G(1), Carreño Legua C(1), Cáceres Morales C(1), Lara Barrientos P(1), Muñoz Schiefelbein J(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: vinzenzcordovadehalleux@gmail.com

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

1) Interno medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

2) Médico Ginecólogo, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio, Chile.

CC #32: LISTERIA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE: UN CASO DE SEPSIS NEONATAL FATAL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La *Listeria monocytogenes* es un bacilo gram positivo que causa Listeriosis, una infección transmitida por alimentos. Afecta sobre todo a inmunocomprometidos, ancianos y mujeres embarazadas (A). Entre sus presentaciones encontramos la gastroenteritis y la listeriosis materno-fetal. En esta última provoca abortos espontáneos en al menos un 25% de los casos y en el resto, infecciones neonatales graves o prematuridad severa. Es importante recalcar que la fiebre no está siempre presente, lo que puede hacer su diagnóstico un desafío (B).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 34 años, multípara de 1, cursando embarazo de 26+4 semanas, consulta por sangrado genital escaso asociado a cefalea de 7 días de evolución. Al ingreso se encuentra normotensa, taquicárdica y afebril. Al examen ginecológico se constata un cuello friable con flujo amarillento, y en la ecografía obstétrica se observa frecuencia cardíaca fetal de 193 lpm, líquido amniótico normal y movimientos fetales conservados. Entre los exámenes de laboratorio destaca leucocitosis de 19.900/ μ L y PCR de 70,4 mg/L. Ante la sospecha de infección intraamniótica, se realiza amniocentesis, que revela líquido turbio con bacilos Gram positivos y glucosa <20 mg/dL, compatible con corioamnionitis por *Listeria monocytogenes*. Se decide hospitalización en alto riesgo obstétrico, administración de betametasona para maduración pulmonar fetal y antibioticoterapia empírica. Se realiza cesárea de urgencia, obteniéndose recién nacido de 870 g con diagnóstico de sepsis y bronconeumonía por *Listeria*, quien fallece el mismo día.

DISCUSIÓN:

Este caso destaca la necesidad de sospechar listeriosis incluso en ausencia de fiebre u otros signos evidentes de infección. Solo un alto índice de sospecha permite un estudio sistemático, donde la amniocentesis cumple un rol clave para guiar la conducta clínica. Aún así, no siempre se evitan desenlaces adversos, por lo que la mejor estrategia sigue siendo la prevención mediante la educación materna durante el control prenatal.

PALABRAS CLAVE: Corioamnionitis, *Listeria monocytogenes*, Placenta.

RESPONSABLES

Izquierdo Ibáñez M(1), Chávez Navarrete S(1), Sotomayor González C(1), Valenzuela Trucco C(1), Molina Henríquez V(1), Casanova Norsa C(1), Correa Frigerio P(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: mizquierdo4@miuandes.cl

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

1) Interna de medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

2) Especialista en Ginecología y Obstetricia, docente Universidad de los Andes. Santiago, Chile

CC #33: DIAGNÓSTICO PRENATAL ECOGRÁFICO DE ACONDROPLASIA FETAL Y RESOLUCIÓN POR CESÁREA ELECTIVA EN GESTANTE CON ACONDROPLASIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La acondroplasia es la displasia ósea más común en humanos, con una incidencia aproximada de 1 en 25.000 nacidos vivos. Es causada principalmente por mutaciones de novo en el gen FGFR3 y se hereda en forma autosómica dominante. Las gestantes con esta condición enfrentan múltiples riesgos obstétricos, quirúrgicos y anestésicos, siendo la cesárea electiva la vía de parto indicada debido a la desproporción céfalo-pélvica característica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una mujer de 27 años, primigesta, portadora de acondroplasia, sin comorbilidades crónicas. Se integró a control prenatal en Unidad de Medicina Fetal de Alto Riesgo a las 23 semanas por fecha última regla operacional, donde se identificó acortamiento de huesos largos y se sospechó displasia ósea fetal. La paciente rechazó amniocentesis tras consejería. A las 28 semanas, la ecografía confirmó restricción del crecimiento intrauterino y prominencia frontal y restricción del crecimiento intrauterino severo. A las 35 semanas, se evidenció macrocefalia y relación fémur/abdomen disminuida. Se planificó cesárea electiva a las 38 semanas, debido a la presentación podálica, displasia fetal y factores anatómicos maternos. La intervención fue exitosa y se resecó, además, un teratoma ovárico benigno.

DISCUSIÓN:

Este caso refuerza la relevancia del diagnóstico prenatal, idealmente mediante análisis genético, aunque la ecografía avanzada continúa siendo una herramienta diagnóstica clave cuando se rechazan métodos invasivos. También, destaca la necesidad de un manejo multidisciplinario y una planificación quirúrgico-anestésica cuidadosa, considerando riesgos como vía aérea difícil. Finalmente, promueve la reflexión clínica y ética en el acompañamiento de gestantes con condiciones poco frecuentes, aportando al desarrollo de competencias esenciales para la práctica médica.

PALABRAS CLAVE: Acondroplasia, Diagnóstico prenatal no invasivo, Embarazo de alto riesgo.

RESPONSABLES

Mansilla Yáñez M(1), García Derpich D(1), Matamoros Zapata M(1), Contreras Mancilla M(1), Carrasco García B(1), Bravo Escobar R(1), Catalán Barahona A(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: maria.mansiella@ug.uchile.cl

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

1) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

2) Especialista en Ginecología-Obstetricia, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Luis Tisné Brousse. Santiago, Chile.

SECCIÓN 3:

RESÚMENES DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

TI #01: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA DESDE LA PANDEMIA: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS AÑOS 2019-2024 EN CHILE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La mortalidad materna es un indicador esencial de salud pública. En Chile, tras avances sostenidos, la pandemia de COVID-19 generó un retroceso en la Razón de Mortalidad Materna (RMM). Este estudio analiza su evolución entre 2019 y 2024, con énfasis en la mortalidad materna tardía y factores de riesgo asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Este es un estudio descriptivo y retrospectivo basado en datos públicos y anónimos del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se calcularon RMM anuales y se analizaron las muertes maternas según edad, región y causa, clasificadas por CIE-10. Se emplearon herramientas estadísticas en RStudio y Excel.

RESULTADOS:

Se registraron 283 muertes maternas. La RMM aumentó en 2020 (30.26) y 2021 (36.11), disminuyendo en los años posteriores hasta 16.28 en 2024. La mayoría de las muertes ocurrió en mujeres de 30-34 años (26.5%), seguidas de 25-29 (22.3%) y 35-39 años (19.8%). Las causas más frecuentes fueron muertes materna tardía (O96), otras afecciones obstétricas (O99), eclampsia (O15) y preeclampsia (O14). La Región Metropolitana concentró el 39.6% de las muertes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El aumento de la RMM durante la pandemia refleja el impacto del colapso sanitario y las deficiencias en el seguimiento postnatal. La mortalidad materna tardía destaca como un problema persistente, vinculado a enfermedades hipertensivas y la falta de vigilancia efectiva en el puerperio. La disminución desde 2022 sugiere una recuperación del sistema. Sin embargo, se requiere fortalecer la atención postparto, mejorar los registros clínicos y garantizar equidad en el acceso a servicios obstétricos especializados.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad Materna, Hipertensión Inducida en el Embarazo, COVID-19.

RESPONSABLES

Vega Fernández D(1), Miranda Trigo F(1), Castillo Tejada A(1), Mansilla Gutiérrez R(1), Muñoz Villalón J(1), Tapia Díaz A(1), Avilés Linares E(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: david.vega.fernandez@ua.cl

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

1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.

2) Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Antofagasta. Antofagasta, Chile.

TI #02: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS PARTOS SIN ANALGESIA PERIDURAL EN UN HOSPITAL DE LA REGIÓN DEL MAULE DURANTE UN AÑO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El alivio del dolor en el parto es un derecho garantizado en Chile, siendo la analgesia peridural es el método más utilizado por su seguridad y eficacia. A pesar de ello, no todas las pacientes la reciben, por lo que este estudio busca determinar y cuantificar el número de pacientes y razones detrás de su no administración.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizó el registro local de bases de datos del servicio de parto del Hospital Regional de Talca (HRT) de todos los partos atendidos durante el año 2023, identificando las causas de la no administración de analgesia peridural en cada uno de ellos.

RESULTADOS:

De los 1.862 partos vaginales registrados, 110 (5,9%) ocurrieron sin analgesia peridural. Las principales razones fueron: falta de disponibilidad de anestesista en el momento del parto (52 casos), ingreso en fase expulsiva (37 casos), decisión de la paciente (14 casos), otras razones médicas (5 casos) y desconocido (2 casos).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El porcentaje de cumplimiento de esta garantía GES alcanza el 97,1% en el HRT. La principal causa de la no administración fue la presencia de anestesista en pabellón. No existe una estadística nacional sobre el grado de cumplimiento, sin embargo, estudios aislados muestran datos semejantes, lo que demuestra un gran trabajo en el acceso y cobertura de la analgesia peridural estimada a lo largo del país.

PALABRAS CLAVE: Anestesia epidural, Anestesia obstétrica, Trabajo de parto.

RESPONSABLES

Cabrera Salazar T(1), Chianale Valderrama A(1), Bobadilla Lagos J(1), Durán Merino J(1), Soto González I(1), López Díaz B(1), Del Río Dowding(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: tomascabrerasalazar@gmail.com

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

1) Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

2) Ginecólogo-Obstetra, Servicio de parto, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

TI #03: ENDOMETRIOSIS EN CHILE: ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE EGRESO HOSPITALARIOS DURANTE EL PERIODO 2014-2024

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endometriosis es una enfermedad ginecológica crónica, dependiente de estrógenos, caracterizada por tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva y se asocia a dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia e infertilidad. Su prevalencia global se estima cercana al 10%, aunque el diagnóstico continúa subestimado por la inespecificidad clínica y necesidad de confirmación quirúrgica. En Chile, la información epidemiológica es limitada, por lo que evaluar los egresos hospitalarios permite dimensionar su impacto y orientar estrategias de pesquisa y manejo. El objetivo fue describir el comportamiento de los egresos hospitalarios por endometriosis en Chile entre 2014 y 2024, considerando evolución temporal, distribución geográfica y grupos etarios, evaluando su significancia estadística.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) para el periodo 2014–2024. Se incluyeron egresos codificados como N80.0–N80.9 (CIE-10). Se calcularon tasas anuales y acumuladas por cada 100.000 mujeres, estandarizadas según CENSO 2017. Se aplicó prueba de chi-cuadrado para cambios entre extremos del periodo y regresión binomial negativa para tendencia.

RESULTADOS:

Se registraron 43.285 egresos hospitalarios. La mayor proporción correspondió a mujeres de 40–49 años (45%) y 30–39 años (31%). La Región Metropolitana concentró el 49,1% de los casos, mientras Antofagasta presentó la mayor tasa acumulada (663 por 100.000) y promedio anual (60,32 por 100.000). La tasa nacional aumentó de 35,18 a 57,64 por 100.000 mujeres (55,85%, $p < 0,001$), sin tendencia lineal significativa ($p = 0,65$), observándose una caída en 2020.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El incremento podría reflejar mejoras diagnósticas, mayor conciencia médica y aumento de demanda asistencial. Se requiere reforzar la vigilancia epidemiológica, asegurar el diagnóstico oportuno y avanzar en políticas públicas que aborden la endometriosis como prioridad sanitaria.

PALABRAS CLAVE: Endometriosis, Hospitalización, Epidemiología.

RESPONSABLES

Morales Salgado L(1), Quezada Pereira J(1), Catalán González F(1), Ortiz Baltierra L(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: int.lucasmorales@gmail.com

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

1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

2) Ginecólogo obstetra, Clínica Sanatorio Alemán, Concepción, Chile



rcem.uchile.cl