



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

OCTUBRE 2025, SUPL 1.

LIBRO DE RESÚMENES IIº JORNADA CIENTÍFICA ELOÍSA DÍAZ

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.

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.

EDITOR EJECUTIVO

Constanza Rojas Mella.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

EDITORES ASOCIADOS

Archibald Chester Obreque.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Camila Gómez Parraguez.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Catalina Erices Castillo.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Daniel Durán Alvarado.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

María Ignacia Concha Vera.

Interna de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Nicolás Quiroz Ramos.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Sophia Álvarez Salazar.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Vanessa Überuaga Gutiérrez.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

Vicente Tagle Terrazas.

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

EDITOR ASESOR

Dr. Abraham Gajardo Cortez.

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Doctorado 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 Y RR.SS

Catalina Monardes Silva

Estudiante de Medicina, U. de Chile, Santiago.

SUBJEF DE COMUNICACIONES Y RR.SS

Nicolás Cholaky Mejía.

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

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Camila Palma Soto.

Diseñadora 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.

Doctorado 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, Universidad 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, Université Pierre et Marie Curie/Sorbonne Universités, Francia.

Attestation de Formation Spécialisée Approfondie de Neurologie, Université 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, Université 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, Universidad 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, Universidad 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 Universidad 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 2º 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, Universidad 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



IIº JORNADA CIENTÍFICA ELOÍSA DÍAZ: MÉDICO-QUIRÚRGICA

4 de Octubre, 2025

Congreso realizado en el Campus Eloísa Díaz.
Facultad de Medicina de la Universidad de Chile



ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
COMITÉ CIENTÍFICO

CONTENIDOS

10	ORGANIZADORES	
11	HOMENAJE	
12	BIENVENIDA	
13	SECCIÓN 1: TRABAJOS PREMIADOS PRESENTACIONES ORALES	
	CC 27: MEJOR CASO CLÍNICO - ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS: ETIOLOGÍA INFRECUENTE PERO DESTRUCTIVA. UN REPORTE DE CASO.	14
	TI 05: MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - PUPILOMETRÍA AUTOMÁTICA COMO NUEVA HERRAMIENTA DE TAMIZAJE DE RETINOPATÍA DIABÉTICA: ESTUDIO DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA.....	15
16	SECCIÓN 2: TRABAJOS PREMIADOS E-POSTERS	
	CC 26: PRIMER LUGAR E-POSTERS - LLUVIA EMBÓLICA SISTÉMICA COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS DE LIBMAN-SACKS, A PROPÓSITO DE UN CASO.	17
	TI 01: SEGUNDO LUGAR E-POSTERS - RELACIÓN INVERSA ENTRE HISTORIA DE CÁNCER Y DETERIORO DE MEMORIA ESPACIAL, EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.....	18
	CC 46: TERCER LUGAR E-POSTERS - MENINGITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	19
20	SECCIÓN 3: PRESENTACIONES ORALES	
	CC 37: PENFIGOIDE AMPOLLOSO, UN DESAFÍO ETIOLÓGICO.	21
	CC 39: TUBERCULOSIS PERITONEAL COMO SIMULADOR DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	22
	CC 40: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HERPES ZÓSTER CON COMPROMISO OCULAR Y NEUROLÓGICO EN PACIENTE NO INMUNOSUPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	23
	TI 04: RELACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN MUJERES CHILENAS.	24

E-POSTERS

SECCIÓN 4: MEDICINA INTERNA

CC 01: HERPES ZÓSTER DISEMINADO COMO EXPRESIÓN DE LA VULNERABILIDAD INMUNOLÓGICA EN VASCULITIS SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO.....	26
CC 04: LECCIONES DE UNA ENDOCARDITIS FÚNGICA: IMPACTO DEL MANEJO INICIAL INADECUADO Y RESTRICCIONES HOSPITALARIAS.....	27
CC 06: MÁS ALLÁ DEL FENOTIPO: DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1, INICIALMENTE CLASIFICADA COMO TIPO 2 REPORTE DE UN CASO.....	28
CC 10: OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA Y PRONÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	29
CC 21: PANCITOPENIA Y ESPLENOMEGALIA SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA DE CÉLULAS VELLOSAS: REPORTE DE UN CASO.....	30
CC 22: LESIÓN DE DIEULAFOY: UNA CAUSA OLVIDADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN TIEMPOS DE ALTA TECNOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO	31
CC25: DERRAME PERICÁRDICO SECUNDARIO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REPORTE DE UN CASO.....	32
CC 32: PRESENTACIÓN INUSUAL DE LES/SAF CON INFARTO ESPLÉNICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL.....	33
CC 33: PRESENTACIÓN ABDOMINAL DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO	34
CC 36: SÍNDROME NEFRÓTICO IMPURO EN PACIENTE DIABÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	35
CC 38: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INHALACIÓN QUÍMICA Y COINFECCIÓN VIRAL EN DEBUT DE VIH: REPORTE DE UN CASO.....	36
TI 02: COMPARACIÓN ENTRE SULOPENEM Y ANTIBIÓTICOS ESTÁNDAR PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES URINARIAS COMPLICADAS Y NO COMPLICADAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.	37
TI 03: RUPTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: MORTALIDAD ENTRE LOS AÑOS 2016-2023 EN CHILE.	38

SECCIÓN 5: DERMATOLOGÍA

CC07: NEVO EPIDÉRMICO CON MANIFESTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA EN PACIENTE ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	40
CC08: MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	41
CC 11: SARCOIDOSIS SUBCUTÁNEA DE DARIER-ROUSSY CON PRESENTACIÓN ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	42
CC 20: USO DE DAPSONA EN PACIENTE CON FOLICULITIS EOSINOFÍLICA PERSISTENTE SECUNDARIO A VIH AVANZADO: REPORTE DE UN CASO.....	43

CC 34: A PROPÓSITO DE UN CASO: REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS FIJA GENERALIZADA FRENTE AL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDALES.....	44
CC 35: SÍNDROME DE SÉZARY: UNA ENTIDAD EXTREMADAMENTE INFRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	45
CC 43: CUANDO EL ENEMIGO SE ESCONDE: MELANOMA METASTÁSICO INFRA Y SUPRADIAFRAGMÁTICO CON LESIÓN PRIMARIA NO CONOCIDA: REPORTE DE UN CASO.....	46
TI 06: MORTALIDAD POR CELULITIS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA TASA DE MORTALIDAD POR CELULITIS DURANTE EL PERÍODO 2016 A 2024 EN CHILE.....	47
48 SECCIÓN 6: NEUROLOGÍA	
CC 05: SÍNDROME DE MANO AJENA, UNA RARA MANIFESTACIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE CUERPO CALLOSO: REPORTE DE UN CASO.....	49
CC 12: AUTISMO SINDRÓMICO EN ESCLEROSIS TUBEROSA	50
51 SECCIÓN 7: OFTALMOLOGÍA	
CC 18: SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	52
CC 23: NECROSIS RETINIANA AGUDA RECURRENTE EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO.....	53
CC 31: EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE MILLER-FISHER A ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	54
CC 41: CORIORRETINOPATÍA CENTRAL SEROSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISMINUCIÓN AGUDA DE AGUDEZA VISUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	55
CC 44: SUBLUXACIÓN TRAUMÁTICA Y OTRAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LENTES INTRAOCULARES DE CÁMARA ANTERIOR. REPORTE DE UN CASO.....	56
CC48: PRESERVAR LA VISIÓN EN EL SÍNDROME DE KNOBLOCH: LA CLAVE DEL SEGUIMIENTO ESTRÍCTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	57
58 SECCIÓN 8: OTORRINOLARINGOLOGÍA	
CC 03: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA ERRADICACIÓN DE COLESTEATOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	59
CC 13: TUMOR NEUROENDOCRINO DEL OÍDO MEDIO CON RECIDIVA LOCAL: REPORTE DE UN CASO.....	60
CC 15: SÍNDROME DE GRADENIGO EN PACIENTE CON IMPLANTE COCLEAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	61

ORGANIZADORES

DIRECTORES DE LA JORNADA CIENTÍFICA:

Pablo Celis
Matías Stockle

Mauricio Vergara

DIRECTORES DEL COMITÉ CIENTÍFICO:

Cristóbal Ruiz

Ian Pulido

PRESIDENTA ACEM U DE CHILE:

Isidora Prieto

DOCENTE ASESOR:

PhD. Leandro Carreño

DOCENTES REVISORES:

Dr. Andrés Briceño
Dr. Carlos Stott
Dr. Felipe Carrillo
Dr. Francisco Paredes

Dr. Gonzalo Farías
Dr. Marcelo Unda
Dr. Matías Garate
Dr. Mauricio Ruiz

Dra. Natalia Urquiola
Dr. Salvador Madrid
Dra. Viera Kaplan

JURADO COMPETENCIA CIENTÍFICA:

Dr. Felipe Carrillo
Dr. Gonzalo Farías
Dr. Jorge Klagges

Dr. Juan Pablo Morales
Dr. Salvador Madrid
Dr. Carlos Stott

Dr. Marcelo Unda
Dra. Natalia Urquiola

EXPOSITORES INVITADOS:

PhD. MD. Pablo Torres

PhD. Ana Batista

EQUIPOS DE TRABAJO:

Académico:
Nicolás Cholaky
Anaí Díaz
Isidora Prieto
Josefa Valderrama
Marcela Mosquera
Paula Calderón
Rocío Jofré
Vanessa Uberuaga

Logística:
Cristóbal Jeldres
Benjamín Luengo
Rosario Solís
Pedro Luengo
José Miguel Muñoz

Difusión:
Miguel Grau
Florencia Jaramillo
Thomas Pfeiffer

Revisores:
Ignacio Rojo
Valentina Riquelme
Valentina Morales
Paula Calderón
María Jaramillo
Mauro Rojas
Patricia Puebla
Vicente Tagle
Anghelo Zurita
Goran Versalovic

Staff:
Tamara Clavijo
Felipe Ricke
Fernando Castro
Ignacia Fuentes
Baltazar Sua

HOMENAJE



Eloísa Díaz Insunza

(Santiago, 25 de junio de 1866 - 1 de noviembre de 1950)

Fue la figura más trascendental en la apertura de la educación superior para las mujeres en Chile y Sudamérica. Tras completar su Bachillerato en Humanidades, logró ingresar a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1881, con apenas 15 años, un hito posible gracias al Decreto Amunátegui de 1877.

El camino hacia su formación profesional estuvo plagado de adversidades, ya que tuvo que enfrentar la hostilidad social y académica de la época, que se oponía a la presencia femenina en las aulas. Como consecuencia de estos prejuicios, la joven estudiante debió asistir a clases frecuentemente acompañada de su madre y, en ciertas ocasiones, separada de sus compañeros por un biombo o cortina. Además, tuvo que superar serios obstáculos en las sesiones de anatomía y prácticas clínicas, pues se consideraba inapropiado que una mujer presenciara o participara en la examinación de cuerpos masculinos. Pese a estas barreras, su perseverancia la llevó a graduarse como médico cirujano el 3 de enero de 1887, convirtiéndose en la primera mujer con un título de médica en Chile y en toda América del Sur. Su trabajo de tesis se centró en La Aparición de la Pubertad en la

Mujer Chilena y las Predisposiciones Patológicas Propias del Sexo.

En el ámbito profesional, la Dra. Díaz se especializó en ginecología y, a partir de 1889, dedicó su carrera al servicio público y la medicina social como profesora de Higiene. Su vocación por la salud de los más vulnerables se consolidó en 1898, cuando fue nombrada Inspectora Médica Escolar de Santiago, cargo que se extendió a Inspectora General de los Servicios Médicos Escolares de Chile en 1910, puesto que mantuvo por más de tres décadas, hasta su retiro en 1940. Desde esta posición, se convirtió en una pionera de la salud preventiva y la higiene escolar, dejando legados trascendentales como el establecimiento de los programas de desayuno y alimentación escolar, la fundación de jardines de infancia y policlínicas para la población pobre, y la dirección de campañas masivas de vacunación y medidas de higiene para combatir el raquitismo y la tuberculosis en los colegios. Su impacto fue tal que, en 1910, durante un congreso médico en Buenos Aires, fue reconocida con la distinción de "Mujer Ilustre de América". Miembro activa de varias instituciones científicas, Eloísa Díaz Insunza falleció en Santiago en 1950.

BIENVENIDA

Es un gran honor para la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile (ACEM UCH) presentar a ustedes el Libro de Resúmenes del II Encuentro Científico Eloísa Díaz. Esta publicación es el testimonio tangible y el registro permanente del esfuerzo, la curiosidad y la dedicación que caracterizaron nuestra jornada.

Desde la primera edición, este Encuentro ha buscado consolidarse como un espacio vital de intercambio, aprendizaje y crecimiento para las futuras generaciones de médicos. Su objetivo central es visibilizar la investigación y la reflexión clínica que nace en los campos de práctica y las aulas de nuestro país, acercándonos a la complejidad de la Medicina que ejerceremos prontamente.

En cada uno de los trabajos recopilados en este volumen, se manifiesta el conocimiento técnico y el rigor científico que forjan el futuro de la práctica profesional, siempre con la convicción de que el desarrollo científico y técnico debe estar al servicio de la población y la salud pública.

El contenido que aquí se presenta abarca un espectro diverso de la práctica médica, desde el reporte de Casos Clínicos que rara vez se observan, hasta estudios que exploran las fronteras de la investigación en diversas áreas. Este libro da cuenta de la calidad y el rigor científico que nuestros estudiantes logran plasmar, reflejando el espíritu de excelencia de nuestra histórica Casa de Estudios.

La realización de este Encuentro no habría sido posible sin la colaboración de numerosas personas e instituciones. Queremos extender un profundo agradecimiento:

- Al Comité Organizador de ACEM UCH por la dedicación y el entusiasmo puesto en cada etapa de la gestión.
- Al cuerpo docente de la Escuela de Medicina, especialmente a nuestro asesor académico, el Dr. Leandro Carreño, cuyo acompañamiento fue invaluable. Agradecemos también a todos los académicos que participaron en la rigurosa revisión y evaluación de los trabajos presentados.
- A los expositores magistrales, el PhD. MD. Juan Pablo Torres y la PhD. Ana Batista, por enriquecer nuestra jornada con perspectivas pioneras sobre la salud pública y la innovación tecnológica.
- Y, por sobre todo, a las y los estudiantes autores de los resúmenes, quienes con su perseverancia y excelencia hicieron posible que este Encuentro fuera un éxito.

Con la entrega de este Libro de Resúmenes, celebramos el trabajo científico realizado por nuestros colegas y les invitamos a recorrer las páginas que albergan el futuro de la Medicina chilena. Esperamos que su lectura sea fuente de inspiración y nuevas perspectivas para toda nuestra comunidad.

El Comité Organizador de la
II Jornada Científica Eloísa Díaz
Academia Científica de Estudiantes de Medicina
(ACEM UCH)
Universidad de Chile

SECCIÓN 1:

TRABAJOS PREMIADOS

PRESENTACIONES ORALES

CC 27: MEJOR CASO CLÍNICO - ENDOCARDITIS INFECCIOSA COMPLICADA POR STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS: ETIOLOGÍA INFRECUENTE PERO DESTRUCTIVA. UN REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa (EI) es infrecuente, grave y de alta morbimortalidad. El *Staphylococcus aureus* es el agente principal, no obstante, los estafilococos coagulasa negativos (ECN) han ganado relevancia. Son de baja virulencia con curso subagudo, excepto el *Staphylococcus lugdunensis* (6.4% de EI por ECN) que destaca por su agresividad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 22 años, sin antecedentes. Consulta por fiebre prolongada, cefalea, desorientación y parestesias en extremidad inferior izquierda (EI). Al ingreso destaca soplo diastólico en foco aórtico, signo de Quincke y hemorragias en astilla; EI pálida y fría. Imágenes evidencian zonas de infarto cerebral, renal, esplénico y trombo en arteria femoral común izquierda. Ante sospecha de EI, se toman hemocultivos, resultando positivos para *Staphylococcus lugdunensis*. Ecocardiograma transesofágico muestra válvula aórtica con vegetaciones, perforación del velo no coronario e insuficiencia severa; válvula mitral con vegetaciones e insuficiencia leve, y fistula de la fibrosa mitraoártica. Se define cardiocirugía, realizando doble reemplazo valvular biológico (aórtico-mitral) y reconstrucción de la fibrosa miocárdica con pericardio bovino. Por isquemia aguda de EI se realiza tromboembolectomía femoral. Evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN:

El *Staphylococcus lugdunensis* presenta un comportamiento clínico similar al *Staphylococcus aureus*, inicio agudo, rápida destrucción valvular y múltiples complicaciones. Las más frecuentes son embolias sépticas, abscesos perivalvulares, rotura de cuerdas tendinosas, insuficiencia valvular e inestabilidad hemodinámica que obliga a cirugía urgente. Tiene elevada tasa de mortalidad (35-40%) y necesidad de cardiocirugía (60%). El tratamiento antimicrobiano exclusivo es un factor independiente de mal pronóstico, destacando la necesidad de una conducta quirúrgica agresiva precoz.

PALABRAS CLAVE: Endocarditis infecciosa, *Staphylococcus lugdunensis*, Válvula aórtica, Válvula mitral.

RESPONSABLES

Arriagada Carvajal A.(1), Córdova Zamorano V.(1), Yutronic Dennett T.(1), Xiao Maira K.(1), Carrillo Hurtado F.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: alvaro.arriagada.c@ug.uchile.cl

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

1) Interno/a Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile
2) Especialista en Medicina Interna, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

TI 05: MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN - PUPILOMETRÍA AUTOMÁTICA COMO NUEVA HERRAMIENTA DE TAMIZAJE DE RETINOPATÍA DIABÉTICA: ESTUDIO DE PRECISIÓN DIAGNÓSTICA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La retinopatía diabética (RD) es la principal causa de ceguera en edad laboral. Su diagnóstico se realiza con fondo de ojo (FO), examen con baja cobertura en Chile. La pupilometría automática (PA) surge como una herramienta económica y simple para la detección de RD en la Atención Primaria de Salud (APS).

OBJETIVO:

Determinar la precisión diagnóstica de la PA para detectar RD en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en APS.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de precisión diagnóstica, multicéntrico, realizado en 239 adultos con DM2 de los tres centros de APS de la comuna de Independencia (Santiago, Chile). Para la PA se utilizó un pupilómetro clínico y a su vez para el diagnóstico de RD se tomaron imágenes de FO con cámara retinal con pupila dilatada, informadas por un oftalmólogo. Los pacientes y los operadores de PA/FO fueron ciegos a los datos de FO/PA. La precisión diagnóstica de la PA para RD, se evaluó mediante el área bajo la curva (AUC), sensibilidad, y especificidad de los distintos parámetros pupilares obtenidos.

RESULTADOS:

Edad media 63 años, 57% femeninas. La prevalencia de RD fue 18%. Todos los parámetros de PA fueron menores en pacientes con RD, salvo la latencia de contracción (valor $p<0,001$). El AUC, la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de RD fueron, respectivamente: 0.756, 96%, y 40% para el inverso del diámetro pupilar basal; 0.760, 56%, y 84% para la amplitud de contracción; y 0.753, 92% y 28% para el inverso de la velocidad de contracción. En el subgrupo de bajo riesgo de RD (jóvenes con buen control metabólico), la PA alcanzó un AUC de 1.000.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La PA mostró elevada sensibilidad para detectar RD, siendo viable de utilizar en APS para mejorar la cobertura del tamizaje. Se requieren nuevos estudios para evaluar su incorporación rutinaria.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria, Programas de detección diagnóstica, Diabetes mellitus tipo 2, Fondo de ojo, Retinopatía diabética.

RESPONSABLES

Sandoval Castillo T.(1), Bonacic González J.(2), Matus Ponce K.(1), Olea Arévalo M.(1), Ulloa Pino V.(3), Gajardo Cortez Alj.(4, 5).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: trinidad.sandoval.castillo@gmail.com

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

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

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

3) Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile, Santiago, Chile.

4) Médico, Unidad de Cuidados Intensivos, Departamento de Medicina, Hospital Clínico U de Chile, Santiago, Chile.

5) Programa de Fisiopatología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

SECCIÓN 2:

TRABAJOS PREMIADOS

E-POSTERS

CC 26: PRIMER LUGAR E-POSTERS - LLUVIA EMBÓLICA SISTÉMICA COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS DE LIBMAN-SACKS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis de Libman-Sacks (ELS), frecuentemente asociada a lupus eritematoso sistémico (LES), es una forma de presentación infrecuente de embolias sistémicas y un gran simulador de endocarditis infecciosa (EBSA). Su reconocimiento precoz evita terapias antibióticas (ATB) inadecuadas con sus complicaciones asociadas; y orienta el manejo anticoagulante e inmunomodulador.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 50 años con antecedente de trombosis venosa encefálica anticoagulada. Consulta por vértigo agudo, hemiparesia izquierda y bradipsiquia. Se realizó resonancia magnética que informó infartos agudo-subagudos parieto-occipital derecho y AngioTAC que descartó estenosis significativas. Se tomaron hemocultivos protocolo EBSA negativos y ecocardiograma transesofágico con insuficiencia aórtica, perforaciones valvulares y vegetación móvil de 5x3 mm. Se realizó PET-CT FDG sin áreas de actividad metabólica anormal. Para diagnóstico diferencial, se realizó ANA positivo a dilución 1/160, y perfil ENA positivo débil anti-Sm y anti-RNP/Sm, más estudio de trombofilia negativo. Inicialmente en tratamiento anticoagulante y ATB protocolo EBSA, pero finalizado el estudio se planteó ELS como diagnóstico más probable.

DISCUSIÓN:

La coexistencia de hallazgos ecocardiográficos valvulares, embolias múltiples y serología autoinmune sugieren ELS, si bien los dos primeros también podrían encontrarse en EBSA. A su vez, la ausencia de fiebre, marcadores inflamatorios bajos y hemocultivos negativos apoyan una etiología no infecciosa. No obstante, en ELS también pueden presentarse fiebre y elevación de marcadores inflamatorios, por lo que no es excluyente. En este escenario, diferenciar entre ELS y EBSA es particularmente desafiante, ya que requieren enfoques terapéuticos prácticamente opuestos, considerando las recomendaciones de la ESC 2023, donde se recomienda tratar la causa subyacente en ELS. Esto último dificulta el inicio de un tratamiento sin un diagnóstico definitivo.

PALABRAS CLAVE: Endocarditis, Embolia, Lupus, Ecocardiografía, Anticoagulación.

RESPONSABLES

Nilo Pinto M.(1), Gomberoff Yudilevich A.(1), García Miranda R.(1), Camhi Berdichevsky D.(1), Larraín Lyon T.(2)
CORREO AUTOR RESPONSABLE: mario.nilو@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) Becada de Medicina Interna, Dirección de Postgrado, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

TI 01: SEGUNDO LUGAR E-POSTERS - RELACIÓN INVERSA ENTRE HISTORIA DE CÁNCER Y DETERIORO DE MEMORIA ESPACIAL, EN ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento es un factor de riesgo para el cáncer y la enfermedad de Alzheimer (EA); enfermedades que aumentan su incidencia en mayores de 60 años. Estudios epidemiológicos muestran una relación inversa entre el cáncer y la EA, donde la presencia de una disminuye el riesgo de padecer la otra. Sin embargo, existen pocos antecedentes sobre la progresión de la memoria espacial en individuos con antecedentes de cáncer y deterioro cognitivo leve (DCL) tipo Alzheimer, que permita evaluar dicha relación.

OBJETIVO:

Evaluar el desempeño cognitivo de individuos con antecedentes de cáncer y deterioro cognitivo leve (DCL), mediante una prueba de navegación virtual.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Bajo el Acta N°057 (28.08.19) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se incluyeron 21 sujetos, de cualquier género, nivel socioeconómico o cultural, ≥ 60 años y con evaluación de “*Clinical Dementia Rating*” (CDR). Se excluyeron sujetos con deterioro cognitivo moderado/grave, demencia no asociada a EA, discapacidad auditiva/visual y sin manejo del español. Se agruparon en “Controles” (CDR=0 sin cáncer, n=7); “DCL” (CDR >0.5, n=7) y “DCL-Cáncer” (CDR >0.5, n=7). La memoria espacial fue evaluada con “*Virtual Test Navigation*” (Registro 2022-A-6732), semejante al “*Morris water maze*”. El análisis estadístico fue realizado con “*One way ANOVA*” mediante Graphpad Prism 8.

RESULTADOS:

El grupo DCL-Cáncer presentó un desempeño cognitivo intermedio entre los grupos control y DCL; mayor tasa éxito (búsquedas exitosas, p -value= 0.0047**), latencia (duración del ensayo, p -value= 0.0096**) y entropía (variabilidad punto a punto de la ruta navegada, p -value= 0.0288*) que el grupo “DCL”, pero menor que el grupo “Control”.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Los resultados indican que el antecedente de cáncer podría atenuar la progresión o severidad del deterioro en memoria espacial, actuando como factor protector tal y como es reportado en estudios epidemiológicos previos.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias, Deterioro Cognitivo Leve, Memoria Espacial.

RESPONSABLES

Chaparro Sapunar M. (1), Muñoz Salamanca D. (1), Behrens Pellegrino M (2, 3, 4, 5), More De La Cruz J. (3, 6).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: matiaschaparro@ug.uchile.cl

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

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

2) Neuróloga, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

3) Centro de Investigación Clínica Avanzada (CICA), Facultad de Medicina-Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

4) Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. 5) Departamento de Neurología y Psiquiatría, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

6) Unidad de Cerebro Saludable, Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CC 46: TERCER LUGAR E-POSTERS - MENINGITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA TUBERCULOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis es una enfermedad endémica en Chile; con una incidencia de 15.8 casos por 100.000 habitantes en 2023, con un 18.2% de casos extrapulmonares. La meningitis tuberculosa (MTBC), representa la manifestación más grave en el sistema nervioso central, siendo el cultivo de Koch, el método diagnóstico de referencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 22 años, con antecedentes de Síndrome de Down, consulta en urgencias por pérdida de tono postural, cefalea, movimientos oculares involuntarios rápidos, fiebre hasta 39.5°C y tos seca de dos semanas de evolución, sin respuesta a antibióticos. Al examen físico afebril, sin signos meníngeos. En el laboratorio destaca reacción en cadena de polimerasa elevada sin leucocitosis. La tomografía de tórax muestra múltiples nódulos y masas pulmonares bilaterales, algunas con componente cavitado. Imagen cerebral muestra hidrocefalia supratentorial. Ante sospecha de meningitis, se realiza punción lumbar, obteniéndose líquido turbio con glucosa de 21, proteínas totales 181, recuento celular 462, con predominio polimorfonuclear. GeneXpert en líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*, y panel de Meningitis positivo para *S. Agalactiae*. Se maneja con cuádruple terapia antituberculosa y corticoides.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de MTBC en el sistema nervioso central continúa siendo un desafío, por su clínica inespecífica y baja carga bacilar en el LCR. Ante la sospecha, es fundamental un diagnóstico precoz, debido al impacto en el manejo terapéutico. El cultivo de Koch presenta limitaciones por su lenta positivización, lo que ha impulsado el uso de Xpert MTB/RIF como prueba diagnóstica inicial, tal como se evidenció en este caso.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico precoz, Meningitis, Tuberculosis.

RESPONSABLES

Kimura Sandoval M.(1), Poppen Saez A.(1), Castillo Del Villar V.(1), Herrera Malaver C.(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: monsekimura@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 del Desarrollo, Santiago, Chile.

2) Médico Internista, Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile.

SECCIÓN 3: PRESENTACIONES ORALES

CC 37: PENFIGOIDE AMPOLLOSO, UN DESAFÍO ETIOLÓGICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmune dermatológica crónica, de baja prevalencia, afectando principalmente a adultos >80 años. Es mediado por anticuerpos inmunoglobulina G dirigidos contra proteínas de unión dermoepidérmica (BP180 y BP230), pudiendo ser inducidas por fármacos, infecciones, neoplasias y mecánicas. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, histológicos e inmunológicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 76 años, previamente autovalente, con tabaquismo activo (índice paquete año 30), sin otros antecedentes. Presenta 10 días de prurito intenso en región interescapular, generalizándose rápidamente con la aparición de ampollas dolorosas al roce. Agrega diaforesis y edema en extremidades. Al examen físico destacan ampollas en un 90% de la superficie corporal, rodeadas de áreas eritematosas y costras. Se realiza biopsia cutánea, compatible con penfigoide ampolloso. Dentro de sus exámenes destacó un peak monoclonal IgM kappa con estudio de médula ósea negativo por lo que se interpretó como gammapatía monoclonal de significado cutáneo. No presenta evidencia de agentes infecciosos o estudios imagenológicos relevantes. Inició terapia corticoidal y micofenolato con una lenta respuesta por lo que se cambió por rituximab, debido a la severidad del cuadro.

DISCUSIÓN:

El penfigoide ampolloso tiene una mortalidad del 10%-40%, que aumenta a mayor edad. El caso destaca por su rápida progresión, extensión y refractariedad, sin un desencadenante claro dentro de sus antecedentes. La asociación con la gammapatía monoclonal sugiere un mecanismo paraneoplásico siendo una presentación inusual de la enfermedad y poco descrito en la literatura, generando un desafío en el diagnóstico etiológico y terapéutico con la necesidad de considerar tratamientos biológicos.

PALABRAS CLAVE: Autoinmunidad, Etiología, Penfigoide ampolloso.

RESPONSABLES

Sepúlveda Varela C.(1), Díaz Meneses J.(1), Díaz Catalán M.(1), Castillo Perez F.(1), Erliz Opazo D.(2), Diez de Medina Rojas C.(3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: camila.sepulveda.v@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico Internista con subespecialidad en Reumatología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

3) Médico Internista, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

CC 39: TUBERCULOSIS PERITONEAL COMO SIMULADOR DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TB) peritoneal es una infección del peritoneo, omento y, a veces, mesenterio, causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Es una forma rara de TB extrapulmonar, con presentación clínica e imagenológica inespecífica que a menudo simula neoplasias malignas, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre venezolano de 50 años, previamente sano. Presenta síndrome consuntivo crónico, dolor abdominal y sudoración nocturna. La Tomografía Computada (TC) abdominal sugirió carcinomatosis peritoneal. No se evidenció tumor primario en TC de abdomen/pelvis, endoscopía digestiva alta ni colonoscopía. Se realizó laparotomía exploratoria con hallazgos macroscópicos de carcinomatosis. Los estudios moleculares para *M. tuberculosis* y cultivos fueron negativos. El estudio histológico reveló peritonitis granulomatosa con caseosis, compatible con infección por micobacteria, probablemente *M. tuberculosis*, descartando neoplasia. Ante esto, se inició tratamiento antituberculoso de primera línea, más azitromicina por cultivo de orina positivo para bacilos alcohol-ácido resistentes (BAAR) no tipificados. Completó 12 meses de tratamiento con respuesta clínica e imagenológica favorable.

DISCUSIÓN:

Hallazgos de estudio, como líquido ascítico con predominio linfocitario o adenosina desaminasa elevada, sugieren TB peritoneal. Dada la inespecificidad de la clínica y del laboratorio, las guías actuales confirman el diagnóstico mediante estudios microbiológicos o histopatológicos en muestras peritoneales, buscando granuloma caseífero o BAAR. Este caso refleja la importancia de considerar TB extrapulmonar en pacientes con síndromes abdominales subagudos, incluso en ausencia de factores de riesgo evidentes, pues el retraso terapéutico se asocia a mayor mortalidad.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis, Tuberculosis Extrapulmonar, Neoplasias Peritoneales.

RESPONSABLES

Pulgar Segovia C.(1), Bello Zepeda J.(1), Mendoza Lúcar R.(1), Pérez Ferrando J.(1), Zapata Zelada D.(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: carlospulgar@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico Internista, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile.

CC 40: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HERPES ZÓSTER CON COMPROMISO OCULAR Y NEUROLÓGICO EN PACIENTE NO INMUNOSUPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El herpes zóster oftálmico es la reactivación del virus varicela zóster en la rama oftálmica del nervio trigémino. En adultos mayores, puede evolucionar con complicaciones graves como uveítis, neuropatía óptica y meningitis viral. Este caso busca destacar una presentación progresiva con compromiso ocular y neurológico, enfatizando el valor del diagnóstico precoz y tratamiento antiviral oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de hipertensión arterial y accidente cerebrovascular con secuela de hemiparesia izquierda, consultó por cefalea hemicraneana derecha, ojo rojo y exoftalmo. Se hospitalizó inicialmente con diagnóstico presuntivo de celulitis periorbitaria. Durante la hospitalización desarrolló lesiones vesiculosa en la hemicara derecha. Se realizó punción lumbar, con líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis viral y reacción en cadena de la polimerasa positiva para virus varicela zóster, confirmando compromiso del sistema nervioso central, diagnosticándose herpes zóster oftálmico. Posteriormente presentó disminución progresiva de la agudeza visual en el ojo derecho. Se inició tratamiento con aciclovir intravenoso por 14 días, prednisona oral y manejo oftalmológico tópico. Evolucionó con mejoría clínica, regresión de lesiones cutáneas y del edema papilar, pero persistiendo con percepción de luz. Se dio de alta con aciclovir oral de mantención y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN:

El compromiso neurológico por virus varicela zóster es infrecuente pero severo en pacientes mayores. La evidencia destaca que el tratamiento antiviral temprano mejora el pronóstico visual y neurológico. Este caso hace énfasis en la necesidad de una vigilancia activa ante síntomas oculares y neurológicos en pacientes mayores.

PALABRAS CLAVE: Infección por el Virus de la Varicela-Zóster, Meningitis Viral, Neuritis Óptica, Oftalmología.

RESPONSABLES

Venegas Zapata N.(1), Vera Ferrer S.(1), Saldivia Zaror C.(1), Vargas Rocha S.(1), Soto Álvarez C.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: vvenegas2019@udec.cl

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

1) Interno de medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

2) Médico Oftalmólogo, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

TI 04: RELACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL DESARROLLO DE DEMENCIA EN MUJERES CHILENAS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La multiparidad (dos o más partos) se ha asociado a mayor riesgo de deterioro cognitivo y/o demencia en mujeres. Estudios en poblaciones asiáticas sugieren a la atrofia cortical e hipocampal como mecanismos patológicos subyacentes. Sin embargo, se desconoce este vínculo en países de bajos y medianos ingresos como Chile, donde la tasa de fertilidad y la prevalencia de la multiparidad son más elevadas.

OBJETIVO:

Evaluar la historia ginecológica de una cohorte de mujeres chilenas, con y sin deterioro cognitivo, para determinar la asociación entre la multiparidad y el deterioro cognitivo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Bajo el Acta N°07, 22.01.20 (enmienda 26.06.24) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se incluyeron 20 mujeres, de diversos niveles socioeconómicos y culturales, ≥ 60 años, evaluados mediante "Clinical Dementia Rating" (CDR), todas participantes del proyecto RedLAT. Se excluyeron sujetos de sexo masculino, con deterioro cognitivo moderado/grave sin capacidad de consentir, discapacidad auditiva o sin manejo del español. Se agruparon en "Control" (CDR=0, n=13); y "Dementia" (CDR >0,5, n=7). Se aplicó una encuesta telefónica, que recabó antecedentes ginecoobstétricos, incluyendo embarazos, paridad y abortos. Los resultados fueron analizados con "T-test" usando Graphpad Prism 8.

RESULTADOS:

El promedio de embarazos fue significativamente mayor en el grupo con demencia (4,3), en comparación con el grupo control (2,4) ($p= 0,0323^*$). Asimismo, se observó un mayor número promedio de abortos en el grupo con demencia (1,3) frente al grupo control (0,2) ($p=0,0067^{**}$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El mayor número de embarazos en mujeres con diagnóstico de demencia concuerda con lo descrito previamente. Además, destaca la asociación con un mayor número de abortos, lo que sugiere una mayor relevancia del número de embarazos por sobre la paridad, como factor de riesgo de demencia.

PALABRAS CLAVE: Demencia, Embarazo, Paridad.

RESPONSABLES

Muñoz Salamanca D. (1), Chaparro Sapunar M. (1), Behrens Pellegrino M (2, 3, 4, 5), More De La Cruz J. (2, 6).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: diego.munoz.s@ug.uchile.cl

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

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

2) Centro de Investigación Clínica Avanzada (CICA), Facultad de Medicina-Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

3) Departamento de Neurociencia, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

4) Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. 5) Departamento de Neurología y Psiquiatría, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

6) Unidad de Cerebro Saludable, Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.

E-POSTERS

SECCIÓN 4:
MEDICINA INTERNA

CC 01: HERPES ZÓSTER DISEMINADO COMO EXPRESIÓN DE LA VULNERABILIDAD INMUNOLÓGICA EN VASCULITIS SISTÉMICA: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) son enfermedades autoinmunes caracterizadas por inflamación necrosante de vasos pequeños, pudiendo ocasionar daño orgánico irreversible. Los glucocorticoides e inmunosupresores, como la ciclofosfamida, se recomiendan para la inducción de remisión, mejorando la supervivencia. Sin embargo, dentro de las complicaciones del tratamiento, las infecciones son la principal causa de morbimortalidad de estos pacientes. La incidencia de herpes zóster (HZ) en ellos es hasta 10 veces mayor que en la población general.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 74 años con antecedente de vasculitis ANCA con compromiso renal, en tratamiento inmuno-supresor (ciclofosfamida y prednisona). Consultó por dolor torácico y lesiones papulovesiculares en dermatoma torácico derecho, se diagnosticó HZ y se trató ambulatoriamente con aciclovir oral. Posteriormente, reconsultó por dolor intenso, lesiones exudativas con signos de sobreinfección y diseminación a región dorsal, mama derecha y extremidad inferior izquierda. Se diagnosticó HZ diseminado con sobreinfección bacteriana. Se hospitalizó e inició tratamiento con aciclovir intravenoso, antibióticos y analgesia. Evolucionó con disminución del dolor y regresión de lesiones tras completar tratamiento.

DISCUSIÓN:

Lamentablemente, existen pocos estudios que evalúen el riesgo de HZ en pacientes con vasculitis sistémicas tratados con ciclofosfamida. Un estudio reciente sugiere que el sexo femenino y la insuficiencia renal podrían aumentar este riesgo. Aunque la vacuna inactivada podría ser una estrategia eficaz de prevención, habitualmente no es posible administrarla antes de comenzar la inmunosupresión debido a la urgencia del tratamiento en brotes graves. En estos casos, la profilaxis con valaciclovir podría ser una alternativa.

PALABRAS CLAVE: Ciclofosfamida, Herpes Zóster, Vasculitis.

RESPONSABLES

Bustos Ruggeri S.(1), Schaub Cantin C.(1), Uarac Rozas F.(1), Pérez Castillo C.(1), Cottin Buracchio S.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: sbustos2018@udec.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 Concepción, Concepción, Chile.

2) Residente Medicina Interna, Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

CC 04: LECCIONES DE UNA ENDOCARDITIS FÚNGICA: IMPACTO DEL MANEJO INICIAL INADECUADO Y RESTRICCIONES HOSPITALARIAS.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa fúngica es una forma rara, pero grave, con alta mortalidad y desafíos diagnósticos y terapéuticos. Afecta principalmente a pacientes inmunosuprimidos y requiere tratamiento antifúngico oportuno y, frecuentemente, resolución quirúrgica. Se presenta un caso que destaca la importancia de seguir lineamientos actuales, especialmente el manejo quirúrgico en presencia de vegetaciones grandes, para asegurar un buen manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 61 años con enfermedad renal en hemodiálisis y antecedentes de endocarditis fúngica por *Candida parapsilosis* con vegetación de 28 mm, con manejo médico. Reingresa con fiebre e insuficiencia respiratoria. Se inicia terapia antibiótica y antifúngica por sospecha de candidemia persistente. Se sospecha endocarditis fúngica recurrente por antecedente reciente de *Candida parapsilosis* con vegetación no resecada, fiebre sin foco evidente y hallazgo de colección compatible con embolia séptica. Se traslada a centro especializado para ecocardiografía transesofágica y posible cirugía.

DISCUSIÓN:

El caso corresponde a endocarditis fúngica por *Candida parapsilosis* con una vegetación auricular derecha grande, inicialmente manejada solo con manejo médico. Según guías, vegetaciones >10–15 mm requieren manejo quirúrgico precoz por riesgo alto de embolización y fracaso del tratamiento médico. La monoterapia con fluconazol es cuestionable debido a la presencia de biofilms. La evolución sugiere recurrencia de infección. El manejo actual con antibióticos de amplio espectro, antifúngicos y traslado a centros especializados para evaluación quirúrgica es adecuado frente a las limitaciones locales.

PALABRAS CLAVE: Endocarditis, Candidiasis, antifúngicos.

RESPONSABLES

Vargas Pohl N.(1), Bocaz León A.(1) Santana Oviedo F.(1), Guerman González P.(1), Rojas Pérez N.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: medibvarpohl@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 Hospital San Luis de Buin, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
 2) Médico Internista, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Luis de Buin, Buin, Chile.

CC 06: MÁS ALLÁ DEL FENOTIPO: DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1, INICIALMENTE CLASIFICADA COMO TIPO 2 REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DM1) de inicio en el adulto representa un desafío, que puede simular preliminarmente una diabetes tipo 2 (DM2), especialmente en pacientes sin antecedentes autoinmunes. Se presenta una paciente inicialmente manejada como DM2, que posteriormente se confirmó DM1.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 30 años, con antecedente de dislipidemia, consultó por cuadro de dos meses, caracterizado por polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso. Sin antecedentes familiares.

Exámenes destacaban glucosa en ayunas de 222 miligramos por decilitro y hemoglobina glicosilada de 13,9%. Se inició tratamiento con insulina basal e hipoglicemiantes orales, considerando el diagnóstico diferencial de diabetes mellitus tipo 2 y diabetes de inicio en la madurez en el joven.

El debut agudo, junto a la presencia de exámenes normales seis meses previos, motivaron el estudio inmunológico, resultando positivo para anticuerpos anti-células de islotes, anti-glutamato descarboxilasa, anti-IA2 y anti-transportador de zinc 8, confirmando DM1 de inicio en el adulto. Con estudios de enfermedades autoinmunes asociadas negativos. Ante esto, se suspendieron antidiabéticos orales y se realizó ajuste de insulinoterapia.

DISCUSIÓN:

Se estima que hasta un 40% de los casos nuevos de diabetes mellitus tipo 1 son diagnosticados erróneamente. La rápida progresión y la hiperglucemia marcada sugieren autoinmunidad. La presencia de múltiples autoanticuerpos orienta a un fenotipo de diabetes mellitus tipo 1 clásica, con progresión más acelerada que la diabetes autoinmune latente del adulto. Identificar la autoinmunidad permite instaurar el tratamiento adecuado, mejorando el pronóstico y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Autoanticuerpos, Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermedades Autoinmunes.

RESPONSABLES

Inchaurteta Orrego M.(1), Lineros Cid M.(1), Viel Nuñez T.(1), Monsalve Tapia P.(2), Venturelli Mendez P.(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: maiteinchaurteta@gmail.com

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

1) Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción Chile.

2) Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción Chile.

3) Médico General de Zona, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete.

CC 10: OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA Y PRONÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es un trastorno hemodinámico grave, asociado a disfunción vascular progresiva e insuficiencia ventricular derecha. Presenta una elevada morbilidad y complejidad terapéutica. Las guías ESC-ERS 2022 recomiendan iniciar con terapia dual con antagonistas de endotelina (ARE) más inhibidor de fosfodiesterasa-5 (iPDE-5) o estimulador de guanilato ciclasa soluble (sGC). En respuesta subóptima, se añade análogos de prostaciclina orales (PCA) y ante refractariedad, un prostanoides parenterales continuos (1). Este caso ilustra el impacto de la optimización farmacológica en el curso de la enfermedad en una paciente con HAP refractaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 43 años con HAP idiopática (clase funcional III OMS) bajo terapia triple oral (ARE, iPDE-5 y PCA) y oxigenoterapia, inició con cuadro de síncope recurrentes y deterioro funcional progresivo, requiriendo hospitalización. Tras sustituir el iPDE-5 por un sGC, se observó resolución completa de los síncope. Posteriormente, se inició treprostinil subcutáneo con titulación gradual y monitorización estrecha de efectos adversos. Evolucionó con mejoría hemodinámica con reducción significativa de NT-proBNP, estabilidad en parámetros de oxigenación y transición a clase funcional II, permitiendo la reincorporación laboral.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra la importancia de una estrategia personalizada en HAP refractaria. Se evidenció que la sustitución de sildenaftil por riociguat y treprostinil mejoró parámetros hemodinámicos y capacidad funcional. El éxito clínico de este caso destaca el rol de prostanoides parenterales en estadios avanzados y refractarios, evidenciando que la optimización secuencial con terapias dirigidas mejora significativamente el curso de la enfermedad, brindando una mayor autonomía y una mejor calidad de vida en HAP refractaria.

PALABRAS CLAVE: Calidad De Vida, Guanilil Ciclasa Soluble, Hipertensión Arterial Pulmonar, Prostaciclina, Terapéutica.

RESPONSABLES

Ferrada Bartsch C.(1), Alarcón Londoño N.(1), Vacacarezza Goldenberg I.(1), Valderrama Silva J.(1), Oyarzún Rojas J.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: catalinaferrada@ug.uchile.cl

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

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

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

CC 21: PANCITOPENIA Y ESPLENOMEGLIA SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE LEUCEMIA DE CÉLULAS VELLOSAS: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La leucemia de células vellosas (LCV) es una neoplasia linfoproliferativa crónica de células B, poco frecuente, representando el 2% de leucemias. Se caracteriza por infiltración de médula ósea, bazo y sangre periférica por linfocitos anómalos con prolongaciones citoplasmáticas, denominados células vellosas. Se presenta con fatiga, dolor abdominal causado por esplenomegalia y complicaciones derivadas de citopenias, como infecciones recurrentes y hemorragias. Es incurable y su tratamiento se basa en manejo sintomático, mediante el uso de Cladribina y/o Rituximab.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 78 años, antecedentes de tabaquismo y seminoma tratado con quimioterapia, consulta al servicio de urgencias de nivel terciario por disnea progresiva, sensación febril, epistaxis y melena. Al examen físico presenta palidez mucocutánea y masa palpable hasta región umbilical y flanco izquierdo. En hemograma destaca hemoglobina 5.9g/dL, leucocitos 2500/uL y plaquetas 13.000/uL, requiriendo múltiples transfusiones de hemoderivados, posteriormente identificándose linfocitos con prolongaciones citoplasmáticas. Se solicitó tomografía computarizada que describe hepatomegalia y esplenomegalia de 30 cm en plano coronal. La citometría de flujo reportó 34% de linfocitos B patológicos, confirmando el diagnóstico de LCV. Se inició tratamiento con Cladribina y Rituximab, junto con profilaxis para síndrome de lisis tumoral.

DISCUSIÓN:

La LCV es una entidad infrecuente que se presenta con esplenomegalia, siendo fundamental descartar otras patologías. Este caso destaca la importancia del diagnóstico oportuno mediante técnicas accesibles, como el frotis de sangre periférica y confirmación mediante citometría de flujo, para lograr una remisión iniciando precozmente el tratamiento de primera línea con Cladribina y Rituximab.

PALABRAS CLAVE: Leucemia de células vellosas, Pancitopenia, Esplenomegalia, Rituximab, Cladribina.

RESPONSABLES

Riquelme Vilches V.(1), Díaz Ulloa P.(1), Sanhueza Segura S.(1), Labra Huichulef C.(1), Valenzuela Rojas M.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: victoria.riquelme@mayor.cl

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

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

2) Médico Cirujano, Posta Caleta San Marcos, Tarapacá, Chile.

CC 22: LESIÓN DE DIEULAFOY: UNA CAUSA OLVIDADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN TIEMPOS DE ALTA TECNOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La lesión de Dieulafoy (LD) es una causa atípica de sangrado gastrointestinal que corresponde a una arteria submucosa de calibre anormal que típicamente protruye entre 2 a 5 milímetros en la mucosa. Su incidencia permanece incierta, pero corresponde a aproximadamente el 5% de los sangrados gastrointestinales, afectando predominantemente a hombres de edades avanzadas en una proporción 1.2:1. Típicamente afecta al estómago, pero se han visto manifestaciones duodenales, esofágicas, colónicas y rectales. Su presentación puede incluir melena, hematemesis o sangrado oculto.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 72 años, hipertensa y diabética tipo 2, consulta por astenia, vómitos alimentarios, dolor epigástrico y deposiciones oscuras. Ingresó con hemoglobina de 2.4 g/dL, palidez marcada e hipotensión diastólica. Durante la hospitalización presentó anemia microcítica hipocrómica severa persistente, con requerimientos transfusionales elevados (25 unidades de glóbulos rojos). Endoscopías seriadas evidenciaron gastropatía antral erosiva sin sangrado. Dos angiotomografías computarizadas mostraron extravasación en la región antral, sin fuente definida. Se descartaron várices, úlceras y neoplasias. Ante sospecha de LD y sangrado recurrente, se realizó gastrectomía subtotal. La biopsia confirmó gastritis crónica con ectasia vascular, microtrombos y estructuras arteriovenosas transmurales, compatibles con LD. Evolucionó favorablemente, sin descensos de hemoglobina ni sangrados digestivos al seguimiento.

DISCUSIÓN:

Aunque se ha propuesto un sesgo de frecuencia, la alta prevalencia de factores como hipertensión, enfermedad renal o hepática mantiene vigente la LD como diagnóstico diferencial. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz. Pese a los avances endoscópicos, debe considerarse en hemorragias digestivas sin foco aparente y con riesgo vital.

PALABRAS CLAVE: Adulto Mayor, Diagnóstico Tardío, Endoscopía Digestiva, Hemorragia gastrointestinal, Hematemesis.

RESPONSABLES

González Fernández T.(1), Saavedra Pinolef J.(1), Bustamante Zuñiga N.(1), Bassaletti Díaz D.(1), Yugarqui Geovo Y.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: tommy.gonzalez99@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.

2) Residente Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CC25: DERRAME PERICÁRDICO SECUNDARIO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La pericarditis aguda es una causa frecuente de dolor torácico no isquémico. Puede ser idiopática, infecciosa o asociarse a enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico (LES), llegando incluso a ser su primera manifestación clínica. Su identificación oportuna permite evitar complicaciones como taponamiento cardíaco o daño multiorgánico derivado de la enfermedad de base.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 40 años, con sospecha de esclerodermia en estudio hace más de un año, consulta en servicio de urgencias por dolor torácico opresivo de 10 días de evolución, irradiado a cuello y brazo izquierdo, que disminuye con inclinación anterior; con disnea, palpitaciones y sensación febril. Se evidencia aumento del tamaño de silueta cardíaca en radiografía torácica. En exámenes de laboratorio destaca proteína c reactiva de 50 mg/L; troponinas, electrocardiograma y resto sin alteraciones. Por sospecha de pericarditis aguda, se deriva a nivel secundario, donde la angiotomografía computarizada confirma derrame de hasta 19 mm. Se hospitaliza y, tras evaluación por Reumatología, se diagnostica LES con anticuerpos antinucleares patrón nuclear homogéneo (+) 1/640, citoplasmático granular (+) 1/640 y citoplasmático reticular (+) 1/320. Se inicia tratamiento con hidroxicloroquina, prednisona y azatioprina, con buena respuesta clínica objetivada en ecocardiograma transtorácico con regresión del derrame pericárdico hasta 13 mm, sin requerir pericardiocentesis.

DISCUSIÓN:

Hasta un 48% de los pacientes con LES pueden presentar derrame pericárdico subclínico. Su manejo inicial se basa en corticoides, reservando la pericardiocentesis para casos con compromiso hemodinámico. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento etiológico oportuno.

PALABRAS CLAVE: Derrame pericárdico, Dolor torácico, Lupus eritematoso sistémico, Pericardio.

RESPONSABLES

Valenzuela García N.(1), Heutger Melita G.(1), Rivera Sandoval G.(1), Rivera Sandoval J.(2)

CORREO AUTOR RESPONSABLE: nvalenzuela@medicina.ucsc.cl

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

(1) Interno de medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán, Chile.

(2) Médico cirujano, CESFAM Violeta Parra, Chillán, Chile.

CC 32: PRESENTACIÓN INUSUAL DE LES/SAF CON INFARTO ESPLÉNICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El infarto esplénico es una manifestación poco frecuente como forma inicial del lupus eritematoso sistémico (LES), especialmente si se asocia a síndrome antifosfolípido (SAF). Los eventos trombóticos esplénicos en el LES son excepcionales y suelen indicar alta actividad sistémica. La poliserositis acompaña hasta un 12 % de los casos de LES activo, pero su debut simultáneo con infarto esplénico constituye un fenotipo clínico inusual y agresivo. Este caso destaca la necesidad de incluir etiologías autoinmunes y trombóticas en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en pacientes jóvenes o de mediana edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 47 años, tabáquico (IPA 20), consulta por baja de peso de 20 kg en dos meses, anorexia, diaforesis nocturna y artralgias en muñecas. Dos días previos presentó dolor cólico en hipocondrios, náuseas, vómitos y sensación febril. La TC de abdomen evidenció hepatoesplenomegalia con área de infarto esplénico, derrame pericárdico moderado, derrame pleural mínimo bilateral y ascitis. Estudio inmunológico: ANA 1:1280, ENA positivo, C4 7, proteinuria significativa. Se diagnosticó LES activo con compromiso articular, cutáneo y renal, asociado a SAF secundario con anticardiolipinas positivas.

DISCUSIÓN:

El debut de LES con infarto esplénico y poliserositis es inusual y refleja actividad sistémica grave. La fisiopatología combina vasculitis lúpica y trombosis por SAF, favoreciendo isquemia esplénica. El hallazgo de serositis generalizada obliga a sospechar LES con SAF, iniciando anticoagulación e inmunosupresión tempranas para prevenir recurrencias trombóticas y progresión orgánica. Este caso aporta a la literatura como presentación atípica, relevante para el manejo multidisciplinario del dolor abdominal en contexto autoinmune.

PALABRAS CLAVE: Síndrome antifosfolípidos, Infarto esplénico, Serositis, Lupus eritematoso sistémico.

RESPONSABLES

Gallardo González B.(1), Xiao Maira K.(1), Castillo Lemus M.(1), Arriagada Carvajal Á.(1), Aguirre González P.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: benjammingallardo@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, Residente Medicina Interna, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CC 33: PRESENTACIÓN ABDOMINAL DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome hipereosinofílico (SHE) es una condición con eosinófilos elevados en sangre ($>1,500$ células/ μL en dos exámenes de un mes de diferencia) y tejidos, junto evidencia de daño tisular atribuible, excluyendo otras causas. Puede ser idiopática o secundaria (infecciones, autoinmunidad, neoplasias). La sintomatología depende de los órganos afectados.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 22 años, antecedentes de gastritis y registros de hipereosinofilia hace 1 año. Presenta 3 semanas de dolor periumbilical, 10/10 EVS. Añade compromiso del estado general, baja de peso de 5kg en 3 semanas, diarrea, y vómitos. En exámenes destaca recuento de leucocitos 36.840 células/ μL de predominio eosinofílico 29.070 células/ μL (79%). TC abdomen y pelvis con hallazgos sugerentes de ileocolitis, cambios atróficos del páncreas, signos de trombosis crónica de vena esplénica con colaterales venosos, presencia de várices gástricas y engrosamiento vesical mural inespecífico. Se descartan otras etiologías como parasitarias o neoplásicas. Biopsia de médula ósea destaca recuento elevado de eosinófilos maduros (50% de la celularidad), iniciándose prednisona a dosis altas con buena respuesta inicial.

DISCUSIÓN:

El SHE representa un desafío diagnóstico debido a su variabilidad clínica y daño multiorgánico. Es una patología infrecuente y grave, con hipereosinofilia persistente, asociada a daño abdominal, sin causas secundarias. La asociación a síntomas gastrointestinales dificulta diferenciarlo de otros diagnósticos, virales o parasitarios, siendo útil la biopsia de médula ósea para confirmarlo. Este paciente presenta compromiso vascular, gastrointestinal y cutáneo, manifestaciones comunes del síndrome, siendo importante prevenir las posibles complicaciones en otros órganos y sistemas.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Hipereosinofílico, Eosinofilia, Compromiso Multiorgánico.

RESPONSABLES

Díaz Meneses J.(1), Joannon Porras T. (1), Callejas Valdés A. (1) Díaz Catalán M. (1), Erljij Opazo D.(2).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: javiera.diaz.6@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico Internista con subespecialidad en Reumatología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

CC 36: SÍNDROME NEFRÓTICO IMPURO EN PACIENTE DIABÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La diabetes mellitus (DM) es prevalente a nivel mundial, siendo la nefropatía diabética (ND) una de sus complicaciones más severas. Ocurre en aproximadamente un tercio y en la mitad de los pacientes con DM tipo I y DM tipo II, respectivamente, siendo de instalación progresiva. Ésta es la principal causa del síndrome nefrótico. Cuando se asocia a hematuria, insuficiencia renal aguda (IRA) y/o hipertensión arterial (HTA), se denomina síndrome nefrótico impuro, una presentación atípica que amerita estudiar causas subyacentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 55 años, con antecedentes de DM tipo 2 desde 2018, insulinorequiriente, mala adherencia a tratamiento, y diagnóstico reciente de HTA. Presenta un año de anasarca, disnea, ortopnea y síndrome nefrótico asociado a hematuria e IRA. Se constituye síndrome nefrótico impuro y se buscan causas secundarias, descartándose etiologías infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. Debido a rápida progresión, se sospecha ND asociada a glomerulonefritis focal y segmentaria versus glomerulonefritis membranosa, solicitándose anticuerpos anti-receptor de fosfolipasa 2 para descartar glomerulonefritis membranosa primaria, resultando negativo. Se solicita biopsia renal, resultando compatible con nefropatía diabética. Finalmente, por su evolución a ERC etapa V requirió inicio de hemodiálisis trisemanal.

DISCUSIÓN:

El síndrome nefrótico secundario a ND tiene diferentes presentaciones, algunas atípicas con rápida progresión, y/o hematuria. Estas requieren ampliar estudio para pesquisar otras etiologías de nefropatía, pudiendo precisar de biopsia renal para descartarlas. Así, es importante que el médico general reconozca un síndrome nefrótico impuro como posible presentación de ND, considerando el estudio de otras etiologías.

PALABRAS CLAVE: Diabetes Mellitus, Hematuria, Nefropatías Diabéticas, Síndrome Nefrótico.

RESPONSABLES

Alcapán Escobar A.(1), Dinamarca Lazo M.(1), Vega Ortega J.(1), Pulgar Segovia C.(1), Pino Orellana S.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: aylenalcapan@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico cirujano, Residente de Medicina Interna, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

CC 38: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR INHALACIÓN QUÍMICA Y COINFECCIÓN VIRAL EN DEBUT DE VIH: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La primoinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), dentro de su espectro de presentación, puede cursar con insuficiencia respiratoria aguda cuando coexiste con otras noxas, como la lesión inhalatoria por tóxicos o coinfección viral, pudiendo ocasionar un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) de manejo complejo. Se presenta el caso de SDRA asociado a primoinfección por VIH en concomitancia con lesión inhalatoria por tóxicos y coinfección viral, dada su infrecuencia y difícil manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 39 años, sin antecedentes mórbidos, acude a urgencias por cuadro de 7 días de evolución de disnea, tos seca y fiebre, originado tras la inhalación de desinfectante industrial. Ingresó febril, taquipneico, taquicárdico, llenado capilar de 4 segundos, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$: 120 y 6.500 leucocitos/ μL . Se realizó intubación orotraqueal y, ante hipoxemia refractaria, ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO). Panel viral positivo para adenovirus y coronavirus. VIH confirmado mediante Western blot: CD4 180 cél/ μL y carga viral $3,5 \times 10^5$ copias/mL. Se manejó con antibióticos y Oseltamivir empíricos, suspendido posteriormente. Se inició terapia antirretroviral (TARV) con Tenofovir/Emtricitabina + Dolutegravir al día 10, tras mejoría ventilatoria, permitiendo alta hospitalaria en 28 días.

DISCUSIÓN:

Como noxa inicial, la lesión inhalatoria por tóxicos daña el epitelio alveolar, facilitando la replicación viral y amplifica la respuesta inflamatoria del SDRA. La VAFO optimiza la oxigenación y minimiza el barotrauma en SDRA. En pacientes críticos sin infecciones oportunistas diferir la TARV 7-14 días puede reducir el riesgo de síndrome de reconstitución inmune. La estrategia de VAFO + TARV de inicio diferido permitió la recuperación sin complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Inhalación química, Insuficiencia respiratoria aguda, Síndrome de distrés respiratorio agudo, VIH.

RESPONSABLES

Escobar Rojas H.(1), Santelices Pérez P.(1), Veliz Astorga J.(2), Torres Alfaro N.(3)

CORREO AUTOR RESPONSABLE: h.escobarrojas@uandresbello.edu

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

¹⁾ Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

²⁾ Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

³⁾ Médico Cirujano, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

TI 02: COMPARACIÓN ENTRE SULOPENEM Y ANTIBIÓTICOS ESTÁNDAR PARA EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES URINARIAS COMPLICADAS Y NO COMPLICADAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones del tracto urinario son una de las patologías bacterianas más prevalentes, especialmente en mujeres, con alta tasa de recurrencia y carga sanitaria. La creciente resistencia a antibióticos convencionales ha reducido las opciones terapéuticas disponibles. Sulopenem ha emergido como una alternativa frente a microorganismos multirresistentes, recientemente aprobado para el tratamiento de infecciones urinarias no complicadas.

OBJETIVO:

Sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad del antibiótico sulopenem, administrado vía oral o intravenosa, en el tratamiento de infecciones urinarias complicadas y no complicadas, comparado con antibióticos estándar. Los desenlaces evaluados fueron la respuesta clínica, erradicación microbiológica e incidencia de eventos adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión sistemática en MEDLINE, EMBASE y Web of Science. Se incluyeron estudios clínicos y microbiológicos sin restricción temporal. Dos revisores independientes realizaron la selección ciega. Se incorporaron ensayos clínicos aleatorizados y análisis in vitro que compararan sulopenem con antibióticos convencionales, y reportaran al menos uno de los desenlaces definidos. La extracción de datos fue estandarizada e incluyó diseño, población, comparadores y resultados. Se evaluó la calidad metodológica, riesgo de sesgo y se aplicó GRADE para valorar la certeza de la evidencia. La síntesis fue cualitativa, con análisis separado de estudios clínicos e in vitro.

RESULTADOS:

Se incluyeron siete estudios: dos ensayos clínicos multicéntricos y cinco investigaciones in vitro. Sulopenem fue más eficaz que ciprofloxacina en cepas resistentes, sin mostrar no inferioridad en sensibles. En infecciones complicadas, mostró eficacia similar a ertapenem. In vitro, presentó alta potencia frente a cepas multirresistentes. Los eventos adversos fueron leves, principalmente digestivos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Sulopenem es una opción terapéutica prometedora frente a infecciones urinarias por enterobacterias resistentes. Se requieren estudios multicéntricos independientes que confirmen su utilidad en escenarios clínicos diversos.

PALABRAS CLAVE: Infecciones del tracto urinario, Agentes antibacterianos, Resistencia a los medicamentos bacterianos, Revisión sistemática.

RESPONSABLES

Espinoza Veloso F.(1), Oñate Chequepán C.(2), Valdevenito Barraza M.(3).
 CORREO AUTOR RESPONSABLE: flespinoza2023@udec.cl

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

- 1) Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- 2) Estudiante de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.
- 3) Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

TI 03: RUPTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: MORTALIDAD ENTRE LOS AÑOS 2016-2023 EN CHILE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La ruptura de aneurisma de aorta abdominal (AAA) constituye una urgencia médico-quirúrgica de elevada letalidad. En Chile, la evidencia epidemiológica actualizada sobre esta condición es limitada.

OBJETIVO:

Calcular la tasa de mortalidad (TM) por ruptura de AAA en Chile entre 2016 y 2023 según sexo, edad, región y lugar de fallecimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, transversal y ecológico. Se analizaron defunciones de mayores de 20 años con ruptura de AAA como causa básica de muerte, a partir de bases del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se calcularon tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, índice de sobremortalidad masculina y distribuciones por edad, región y lugar de defunción. El análisis estadístico fue descriptivo y se efectuó mediante Microsoft Excel, calculando porcentajes, valores mínimos, máximos y tasas específicas.

RESULTADOS:

Se registraron 1.013 defunciones con una TM promedio de 5,76/100.000 habitantes. Se observó un incremento entre 2016–2019, una caída en 2020–2021 y un repunte en 2022. La sobremortalidad masculina fue de 2,31. La mayor TM se concentró en ≥80 años (9,37/100.000). Magallanes presentó la TM más alta (2,02) y Arica-Parinacota la más baja (0,63). El 72,8 % de los fallecimientos ocurrió en hospitales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los hallazgos muestran una mortalidad elevada, especialmente en hombres y adultos mayores, consistente con la literatura internacional que reporta mayor riesgo en este grupo y rupturas más letales en mujeres con diámetros menores. Las fluctuaciones durante la pandemia reflejan posibles subregistros, similar a lo descrito en otros países. Las diferencias regionales pueden asociarse a desigualdades en acceso a atención y bajo volumen de casos. La persistencia de altas tasas sugiere la necesidad de fortalecer programas de tamizaje, mejorar acceso oportuno a cirugía vascular y consolidar la vigilancia epidemiológica en Chile.

PALABRAS CLAVE: Aneurisma de Aorta Abdominal, Epidemiología, Mortalidad, Salud Pública.

RESPONSABLES

Aguilera Cataldo C.(1), Arias Martínez A.(2), Córdova Marchant S.(3), Folatre Quiroga Y.(4), Jaña Mujica T.(5), Pinto Vera N.(6).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: h.tomasj.mujica@gmail.com

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

- 1) Interno de medicina, Universidad de Valparaíso, Santiago, Chile.
- 2) Médico cirujano, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
- 3) Interno de medicina, Universidad de Talca, Talca, Chile.
- 4) Interno de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile.
- 5) Interno de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
- 6) Cirujana general, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

E-POSTERS

SECCIÓN 5: DERMATOLOGÍA

CC07: NEVO EPIDÉRMICO CON MANIFESTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA EN PACIENTE ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El nevo epidérmico es un hamartoma benigno de queratinocitos, habitualmente diagnosticado en la infancia. Su presentación clásica como placas verrugosas lineales, siguiendo las líneas de Blaschko, facilita su identificación. Sin embargo, en adolescentes o cuando adopta una morfología atípica, puede confundirse con verrugas vulgares, moluscos contagiosos, queratosis seborreicas o incluso lesiones premalignas. Presentamos el caso de un adolescente con lesiones lineales hiperqueratósicas inicialmente tratadas como verrugas vulgares, sin respuesta, cuyo diagnóstico fue confirmado mediante biopsia.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por lesiones pruriginosas de crecimiento lento en brazo derecho, de un año de evolución. Recibió crioterapia por sospecha de verrugas vulgares, sin respuesta. Al examen: pápulas verrugosas marrón-grisáceas, bien delimitadas, dispuestas linealmente desde hombro a muñeca siguiendo las líneas de Blaschko. Sin otras lesiones ni síntomas sistémicos. Biopsia escisional: hiperqueratosis, acantosis y proliferación de queratinocitos basaloïdes sin atipia, compatible con nevo epidérmico verrucoso.

DISCUSIÓN:

El nevo epidérmico lineal es una entidad bien conocida en dermatología. Su incidencia se estima en aproximadamente 1 por cada 1.000 nacidos vivos, la mayoría de los casos desde el nacimiento. El inicio en la adolescencia, como en este caso, es poco habitual, aunque se han reportado presentaciones tardías atribuibles a lesiones subclínicas. La distribución lineal blaschkoide de las pápulas verrugosas permite el diagnóstico clínico, reservando la biopsia para confirmar en casos atípicos. Para médicos de atención primaria, reconocer este patrón es clave. Un diagnóstico oportuno evita tratamientos innecesarios y permite derivar adecuadamente cuando se requiere confirmación histológica o tratamiento especializado.

PALABRAS CLAVE: Nevos epidérmicos, Patrones de Blaschko, Verrugas, Verrugas vulgares.

RESPONSABLES

Castro Ojeda D.(1), Matta Leiva J.(1), Aguilera Rojas P.(1), Carrasco Duk S. (1), Castro Ojeda V. (2), Morales Huber C. (3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: d.castroojeda@uandresbello.edu

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

- 1) Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.
2) Médico Cirujano, Universidad Andrés Bello. Clínica IMET Punta Arenas.
3) Médico Patólogo, Universidad de Chile. Clínica IMET, Punta Arenas

CC08: MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome Klippel-Trenaunay (SKT) es una malformación vascular congénita infrecuente, caracterizada por malformaciones capilares, venosas y sobrecrecimiento óseo o de tejidos blandos. El diagnóstico se basa en al menos dos de estos tres criterios. Se asocia a mutaciones somáticas del gen PIK3CA. Puede complicarse con tromboflebitis, trombosis venosa profunda, sangrados, infecciones cutáneas y linfedema. Las manifestaciones cutáneas suelen ser el primer signo y son clave para una derivación oportuna.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 27 años con SKT diagnosticado a los 11, acude a control dermatológico anual. Al examen físico se observan máculas eritematovioláceas de bordes geométricos compatibles con malformaciones capilares geográficas desde región glútea hasta ortejos del pie derecho. Presenta malformaciones venosas prominentes en fosa poplítea y otras menores en pierna y pie, sin hipertrofia ni asimetría de extremidades. Refiere tres episodios de tromboflebitis superficial desde 2010, requiriendo ligadura venosa y escleroterapia. Actualmente en tratamiento con rivaroxabán y uso de medias compresivas. Se indica control con cirugía vascular y dermatología, y consulta precoz ante signos de tromboflebitis.

DISCUSIÓN:

El reconocimiento de las malformaciones vasculares en niños y jóvenes es fundamental para el médico general, ya que pueden ser aisladas o parte de síndromes. La derivación a equipos especializados permite evaluar, manejar según requerimientos individuales y detectar tempranamente complicaciones. En este caso, la tromboflebitis recurrente refleja una complicación frecuente que requiere seguimiento y manejo oportuno.

PALABRAS CLAVE: Dermatología, Malformaciones arteriovenosas, Síndrome de Klippel-Trenaunay, Tromboflebitis.

RESPONSABLES

Matta Leiva J.(1), Castro Ojeda D.(1), Willatt Contardo R.(2), Ghiglino Hernández J.(2), Loo Acosta S.(3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: j.mattaleiva@uandresbello.edu

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

¹⁾ Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

²⁾ Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

³⁾ Residente de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

CC 11: SARCOIDOSIS SUBCUTÁNEA DE DARIER-ROUSSY CON PRESENTACIÓN ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología incierta, donde un 30% presenta compromiso cutáneo. La sarcoidosis subcutánea de Darier-Roosy es una manifestación infrecuente, representa el 2-6% de las sarcoidosis sistémicas, presentándose como nódulos firmes indoloros en extremidades, presentes en etapas tempranas, siendo útil para su diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 54 años con hipertensión arterial, bronquitis crónica y parotiditis recurrente, presenta aumento de volumen violáceo en mejilla derecha asociado a tres nódulos eritematosos en labios. Exámen físico con tumor subcutáneo de 5x4 cm en mejilla derecha y tres nódulos eritematosos de 1x1 cm en labios. Estudio de laboratorio sin hallazgos patológicos. Histopatología evidencia infiltrado granulomatoso epitelioide hipodérmico, tinciones de Ziehl Neelsen y Ácido Periódico de Schiff negativas, compatible con sarcoidosis subcutánea. Se inició prednisona 40 mg/día e hidroxicloroquina 200 mg/día. Tomografía computarizada torácica evidencia adenopatías mediastínicas y opacidades pulmonares. Se controla al mes con remisión completa de lesiones.

DISCUSIÓN:

Este caso destaca por su presentación atípica, posible asociación con parotiditis y excelente respuesta terapéutica. El compromiso facial exclusivo es infrecuente en la sarcoidosis subcutánea. Está descrita la asociación a parotiditis con una frecuencia variable (5-30%). El tratamiento inicial son los corticoides sistémicos, reservando los inmunosupresores como segunda línea. Sin embargo, la hidroxicloroquina ha demostrado buenos resultados como monoterapia, con tasas de remisión comparables o superiores a los corticoides. Esto plantea considerar un enfoque terapéutico individualizado y un diagnóstico precoz para un manejo oportuno, logrando incluso la remisión completa de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Corticoesteroides, Hidroxicloroquina, Inmunosupresores, Parotiditis, Sarcoidosis.

RESPONSABLES

Alarcón Londoño N.(1), Ferrada Bartsch C.(1), Mellado Mellado J.(1), Batarce Núñez L.(1), Kinzel Maluje D.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: nicolas.alarcon.l@ug.uchile.cl

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

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

2) Residente de Dermatología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

CC 20: USO DE DAPSONA EN PACIENTE CON FOLICULITIS EOSINOFÍLICA PERSISTENTE SECUNDARIO A VIH AVANZADO: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La foliculitis eosinofílica (FE) es una dermatosis inflamatoria aséptica poco frecuente, principalmente descrita en personas con virus inmunodeficiencia humana (VIH) avanzada, y puede representar una manifestación atípica del síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 63 años, diagnosticado con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) hace 2 meses, en terapia antirretroviral (TARV) con Acriptega. Consulta por lesiones papulo-nodulares pruriginosas de 9 días en rostro y tronco, con edema facial. En los exámenes destacó leucocitos 2600/ μ L, RAN 500/ μ L, eosinófilos 771 (25.7 %), CD4 18 c/ μ L, carga viral 9260 copias (previa: 398,000) y PCR 6.8. Biopsia confirmó FE. Estudio microbiológico negativo. Se indica clobetasol 0.05 % y loratadina 10 mg c/12 horas, sin respuesta. Se inició dapsona 100 mg/día por 30 días, con buena evolución clínica.

DISCUSIÓN:

La foliculitis eosinofílica en paciente con VIH avanzado es una manifestación inflamatoria inusual, probablemente asociada a IRIS. El manejo de primera línea incluye corticoides tópicos de alta potencia y antihistamínicos. En casos más graves o refractarios se ha usado indometacina, tacrolimus tópico o dapsona, pero no existe consenso sobre la superioridad de una sobre otra. En este caso, el uso de dapsona permitió la resolución del cuadro. A través de su mecanismo antiinflamatorio la dapsona controla el infiltrado eosinofílico sin los riesgos de inmunosupresión sistémica, pero requiere vigilancia hematológica rigurosa por riesgo de agranulocitosis. Su bajo costo, accesibilidad, perfil de seguridad y buena tolerancia hacen de la dapsona una alternativa eficaz.

PALABRAS CLAVE: foliculitis, síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, VIH, eosinofilia, dapsona.

RESPONSABLES

Ross Massanes V.(1), Lavados Meneghelli D.(1), Muñoz Armstrong I.(1), Valenzuela Conejero S.(1), Mies Goldschmied H.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: valentina.ross@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) Internos de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

2) Residente de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

CC 34: A PROPÓSITO DE UN CASO: REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS FIJA GENERALIZADA FRENTE AL CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDIALES.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) fijas son una hipersensibilidad cutánea tipo IV, caracterizada por lesiones recurrentes en el mismo sitio tras reexposición al fármaco responsable. Se manifiestan como máculas bien delimitadas, violáceas o eritematosas que resuelven con hiperpigmentación post inflamatoria. Aunque habitualmente son localizadas, pueden presentarse de forma generalizada, lo que sugiere un mayor desafío diagnóstico y requiere evaluación cuidadosa de la historia farmacológica. Entre los fármacos comúnmente implicados están los antiinflamatorios no esteroidiales (AINEs), sulfonamidas y anticonvulsivantes. El manejo terapéutico de esta entidad consiste en suspensión del fármaco causante y observación de la evolución clínica, siendo en algunos casos necesario el uso de antihistamínicos para el manejo del prurito asociado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, quien consulta por lesiones cutáneas violáceas y numulares en abdomen, zona lumbar y extremidades inferiores, de 48 horas de evolución. Presenta episodio similar seis meses antes, que resolvió espontáneamente con hiperpigmentación post inflamatoria. Refiere ingesta reciente de diclofenaco, coincidiendo temporalmente con la aparición de las lesiones. Se diagnostica RAM fija y generalizada, sin necesidad de estudios complementarios.

DISCUSIÓN:

Este caso destaca la importancia de considerar las RAM dentro del diagnóstico diferencial de trastornos de la piel recurrentes, especialmente si hay relación temporal con medicamentos. La forma generalizada, aunque infrecuente, exige alta sospecha clínica y un interrogatorio dirigido. Reconocer este patrón permite evitar recurrencias, descartar RAM graves con compromiso sistémico y facilitar el diagnóstico como el manejo, especialmente por médicos no especialistas.

PALABRAS CLAVE: Hiperpigmentación, Reacción Adversa a Medicamentos, Trastornos de la Piel.

RESPONSABLES

Gaviraghi Gutiérrez, F.(1); Fosk Risnik, D.(1); Muñoz Reategui, A.(1); Konar Castaño, S.(1). Tutor: Calderón Pollak, D.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: fbgaviraghi@miuandes.cl

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

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

2) Médico dermatólogo, Hospital Barros Luco Trudeau. Médico cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

CC 35: SÍNDROME DE SÉZARY: UNA ENTIDAD EXTREMADAMENTE INFRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Sézary (SS) es una presentación infrecuente de linfoma primario cutáneo de células T, caracterizado por eritrodermia generalizada, linfadenopatías y alteraciones sanguíneas. Es una emergencia por el desbalance hidroelectrolítico que puede generar. Suele presentarse con síntomas sistémicos como prurito, fiebre y pérdida de peso. El diagnóstico es clínico, molecular e histológico, siendo fundamental un enfoque multidisciplinario para su confirmación y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino, 77 años, con Diabetes Mellitus II e Hipertensión Arterial, consulta por eritema generalizado de un año de evolución, acompañado de prurito, descamación y pérdida de peso ($>10\%$). Al examen físico destaca eritrodermia, apariencia leonina, descamación en tronco y extremidades, islas de piel sana y adenopatías periféricas. Se solicitó estudio, destacando leucocitosis (60.490 leucocitos/ μL), linfocitosis relativa y absoluta (43%) y relación CD4/CD8 >10 (alterada según criterios diagnósticos) en citometría de flujo. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis reveló adenopatías bilaterales en mediastino, axila e ingle, y una lesión pulmonar sospechosa. La biopsia cutánea informó infiltración epidérmica de linfocitos atípicos con núcleos pleomórficos y nidos de Pautrier. Con estos hallazgos se confirmó el diagnóstico de SS. Luego del diagnóstico, se inició tratamiento con PUVA y metotrexato. Respondió favorablemente, disminuyendo el prurito y mejorando su calidad de vida.

DISCUSIÓN:

El SS es una neoplasia agresiva que debe considerarse en eritrodermia persistente. Se resalta la importancia de una evaluación clínica detallada y estudios histopatológicos e inmunofenotípicos para confirmar el diagnóstico. Reconocer esta patología oportunamente permite iniciar el manejo adecuado de una enfermedad de mal pronóstico y rápida progresión.

PALABRAS CLAVE: Eritrodermia, Linfoma Cutáneo de Células T, Síndrome de Sézary.

RESPONSABLES

Fosk Risnik, D.(1); Gaviraghi Gutiérrez, F.(1); Holmgren Bravo, S.(1); Zimerman Pavic D.(2); Calderón Pollak, D.(3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: dfosk@miuandes.cl

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

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

2) Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

3) Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

CC 43: CUANDO EL ENEMIGO SE ESCONDE: MELANOMA METASTÁSICO INFRA Y SUPRADIAFRAGMÁTICO CON LESIÓN PRIMARIA NO CONOCIDA: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El melanoma es un cáncer de piel agresivo. Puede debutar como metástasis sin lesión primaria identificable (melanoma de lesión primaria desconocida) en un 3% de los casos, dificultando el diagnóstico y tratamiento. Aunque la inmunoterapia y las terapias dirigidas han mejorado la supervivencia en estadio IV, la presentación tardía limita las opciones y el pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 66 años consulta por tres semanas de dolor glúteo derecho. Refiere equimosis espontáneas en miembro superior izquierdo, diaforesis nocturna, baja de peso y masa axilar izquierda de 10 centímetros de crecimiento lento de 2 años de evolución.

Se solicita Tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que revela adenopatías axilares izquierdas, nódulos pulmonares bilaterales, nódulos suprarrenales y lesiones hipodensas en pared abdominal. Se decide biopsia de masa axilar que confirmó melanoma metastásico en etapa IV con sitio primario oculto. Dado diagnóstico oncológico ominoso y mala evolución clínica se decide manejo paliativo.

DISCUSIÓN:

Este caso resalta la agresividad del melanoma en etapas avanzadas. La sintomatología inespecífica y la ausencia de lesión cutánea evidente genera retraso en el diagnóstico, identificando la enfermedad ya diseminada, lo que subraya la necesidad de considerar el melanoma como diagnóstico diferencial en cuadros similares y así dar tratamiento oportuno. Dentro de las posibilidades de lesión primaria oculta se encuentra un melanoma de piel con regresión total o melanoma de mucosas no detectado. Actualmente las terapias del melanoma incluyen quimioterapia, cirugía, inmunoterapia, entre otras, dependiendo según la ubicación del tumor, el estadio y el paciente.

PALABRAS CLAVE: Melanoma, Neoplasias Cutáneas, Nódulos Pulmonares Múltiples.

RESPONSABLES

Benavides Maturana J. (1), Soto Moya M. (1), Farias Pinto J. (1), Altamirano Barbosa L. (1), Zúñiga Carrasco K.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: joaquinbenavides@ug.uchile.cl

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

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

2) Médico cirujano becado de urgencias, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

TI 06: MORTALIDAD POR CELULITIS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA TASA DE MORTALIDAD POR CELULITIS DURANTE EL PERÍODO 2016 A 2024 EN CHILE.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La celulitis es una infección bacteriana aguda de la dermis y del tejido subcutáneo que se manifiesta clínicamente con edema, calor, dolor y eritema sin una demarcación clara.

OBJETIVO:

Determinar la tasa de mortalidad (TM) por celulitis durante el período 2016 a 2024 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y cuantitativo con datos estadísticos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadística (INE). El análisis descriptivo se realizó con medidas de tendencia central con apoyo de gráficas y tablas con software analítico Excel. No se requirió aprobación por comité de ética.

RESULTADOS:

La TM del período fue de 0,33 casos por 100.000 habitantes. El mayor número fue durante el año 2024 con 0,58/100.000 habitantes. El sexo femenino presentó la mayor TM del período con 0,37/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor TM del período se encontró entre 80 y más años con un valor de 4,91/100.000 defunciones. La región de Ñuble presentó la mayor TM, con 0,59/100.000 habitantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La mayor TM durante el año 2024 se podría relacionar con el aumento de las comorbilidades, envejecimiento y la resistencia antimicrobiana. Las mujeres obtuvieron levemente mayor TM que los hombres, esto concuerda con la literatura que menciona que el sexo no es un factor de riesgo determinante en celulitis. El grupo de 80 y más años presentó la mayor TM, esto concuerda con la literatura, y podría asociarse a la mayor presencia de comorbilidades. La región de Ñuble presentó la TM más elevada, podría relacionarse con la escasez del acceso a salud en esta región. El reconocimiento oportuno de los factores de riesgo y signos de alarma clínicos son fundamentales para disminuir la mortalidad por celulitis y los costos socioeconómicos asociados.

PALABRAS CLAVE: Celulitis, Chile, Mortalidad.

RESPONSABLES

Chávez Cabrera S.(1), Madrid Araya M.(2), Liu Chen K.(2), Graterol Iannace D. (3), Troncoso Sarzosa J.(4).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: simone.ch.ca@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, Red Salud Santiago, Chile.

2) Médico general, CESFAM Canelo, Coquimbo, Chile.

3) Médico general, CESFAM Malaquías Concha, Santiago, Chile.

4) Alumna de Medicina, Universidad Del Alba, Santiago, Chile.

E-POSTERS

SECCIÓN 6: NEUROLOGÍA

CC 05: SÍNDROME DE MANO AJENA, UNA RARA MANIFESTACIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO DE CUERPO CALLOSO: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de mano ajena (SMA) es una alteración neurológica infrecuente caracterizada por movimientos involuntarios de una extremidad superior. Se asocia a lesiones del cuerpo calloso (CC), pero también puede observarse en lóbulo frontal, parietal o tálamo. Las causas incluyen tumores, neurocirugías, aneurismas y, raramente, accidentes cerebrovasculares (ACV). Este caso busca generar conciencia sobre esta entidad, ya que su desconocimiento puede dificultar el diagnóstico oportuno de patologías neurológicas agudas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 68 años, hipertenso y diabético, consultó por tres días de cefalea holocránea punzante y debilidad en extremidades inferiores. Además, reportó episodios en que sostenía objetos con la mano derecha sin poder soltarlos voluntariamente, requiriendo asistencia de mano contralateral. Al examen neurológico presentó paresia facial central, crural izquierda y reflejo plantar extensor izquierdo. La resonancia magnética cerebral reveló infartos a nivel del cíngulo anterior derecho y esplenio del CC izquierdo. Se diagnosticó ACV con afectación de estas estructuras y se hospitalizó para manejo médico y estudio neurovascular.

DISCUSIÓN:

El SMA se clasifica según la localización lesional en tres tipos. El frontal se asocia al giro del cíngulo y al área motora suplementaria, generando movimientos impulsivos o de agarre. El calloso resulta de una desconexión interhemisférica con movimientos conflictivos entre ambas manos, mientras que el posterior se relaciona con lesiones parietales o tálamo-occipitales. En este caso, la afectación del cíngulo anterior y del esplenio explica la pérdida del control ejecutivo y la desconexión motora. Aunque no existe tratamiento específico, su reconocimiento precoz es clave para evitar demoras diagnósticas en contexto de ACV.

PALABRAS CLAVE: Accidente Cerebrovascular, Cuerpo Calloso, Síndrome de la Mano Ajena.

RESPONSABLES

Flores Salvador, F.(1), Nagel Guiloff, P.(1), Díaz Ulloa, P.(1), Icaza Undurraga, P.(1), Fuente del Pozo J.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: fernanda.floress@mayor.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 Mayor, Santiago, Chile.

2) Médico, Becado de Neurología, Universidad Mayor, Hospital Félix Bulnes Cerdá, Santiago, Chile.

CC 12: AUTISMO SINDRÓMICO EN ESCLEROSIS TUBEROSA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo definido por dificultades en la comunicación social, conductas restringidas y repetitivas. El autismo sindrómico corresponde al fenotipo autista asociado a síndromes genéticos, atribuibles a delecciones o duplicaciones génicas, y representa cerca del 10 % de los casos de TEA. Destaca el Complejo de Esclerosis Tuberosa (TSC), trastorno neurocutáneo autosómico dominante con prevalencia de 1:6000 nacidos vivos, asociado a disfunción en la vía de diana de rapamicina en mamíferos (mTOR), que conduce a hamartomas en riñón, hígado, corazón, ojos, pulmones, piel y sistema nervioso central. Entre sus manifestaciones neurológicas figuran epilepsia farmacorresistente, retraso del desarrollo, discapacidad intelectual y TEA, con una incidencia estimada del 50 % en TSC, constituyendo una causa relevante de autismo sindrómico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre, 33 años, con diagnóstico de TSC en contexto de epilepsia refractaria, discapacidad intelectual, trastorno del lenguaje y alteraciones conductuales. Dada la incapacidad de comunicación con terceros y patrones de comportamiento repetitivos se diagnosticó TEA. Se describió vigil, desorientado, sin lenguaje funcional, con fuerza, sensibilidad y marcha conservadas, sin déficits focales. Destacaban angiofibromas nasales. Era usuario de ácido valproico, carbamazepina, lamotrigina, sertralina, risperidona, clonazepam, trihexifenidilo y aripiprazol, con regular respuesta.

DISCUSIÓN:

Una de cada diez personas con TEA presenta autismo sindrómico, donde el hallazgo genético permite definir opciones terapéuticas específicas que mejoran el pronóstico. Indudablemente el avance en acceso y oportunidad a estas terapias, asociado al diagnóstico oportuno, son esenciales para optimizar la calidad de vida en este contexto.

PALABRAS CLAVE: Esclerosis tuberosa, Epilepsia, Trastorno del espectro autista.

RESPONSABLES

Pérez Quezada N.(1), Kuschel Oyarzún I.(1), Novoa Romero M.(1), Neira Salazar, M.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: noperez2019@udec.cl

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

1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

2) Médico Cirujano, Centro Comunitario de Salud Familiar Parque Central, Hualpén, Chile.

E-POSTERS

SECCIÓN 7:
OFTALMOLOGÍA

CC 18: SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) es una enfermedad inflamatoria autoinmune, progresiva e infrecuente que se presenta con panuveítis y manifestaciones neurológicas, auditivas y cutáneas. Afec- ta con mayor frecuencia a asiáticos, nativos americanos e hispanos, predominando en mujeres entre los 20 y 50 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer, 35 años, sin antecedentes mórbidos, traumáticos ni exposición a mascotas. Consultó por dolor ocular bilateral intermitente de meses de evolución, asociado a ojo rojo y compromiso de agudeza visual progresivo. Al examen bajo biomicroscopio, impresionó panuveítis, asociada a papilitis bilateral secundaria a compromiso retinal. Sin compromiso neuropático. Se descartó etiología infecciosa. Se inició tratamiento con prednisona oral en altas dosis. Evolucionó con mejoría de la agudeza visual bilateral, asociado a franca reducción de edema quístico de retina y líquido subretinal, con ligero engrosamiento de coroides a la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT).

DISCUSIÓN:

El caso presentado corresponde a un VKH de presentación atípica (VKH probable), donde los hallazgos al OCT como engrosamiento de coroides con líquido subrretinal, asociado a una panuveítis, y el descarte de etiología traumática e infecciosa fueron claves para realizar el diagnóstico. El pilar del tratamiento son los corticoides sistémicos, siendo fundamental su administración precoz, ya que se han descrito diversas complicaciones en la fase tardía de la enfermedad, asociadas a un peor pronóstico visual, entre ellas cataratas, glaucoma, fibrosis subretiniana y atrofia coriorretiniana. Este caso destaca la relevancia de identificar formas atípicas de este síndrome, para iniciar un diagnóstico y tratamiento precoz que eviten secuelas visuales permanentes.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, Panuveítis, Papilitis Óptica.

RESPONSABLES

Paredes Ávila A.(1), Toledo Ibieta I.(1), Martínez Acevedo G.(1), Bustos Medina P.(1), Urzúa Álvarez C.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: aparedes2020@udec.cl

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

1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

2) Médico Cirujano, Residente Oftalmología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

CC 23: NECROSIS RETINIANA AGUDA RECURRENTE EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La necrosis retiniana aguda (NRA) es una panuveítis infrecuente pero potencialmente grave, causada generalmente por virus herpes zóster o herpes simple en individuos inmunocompetentes. Se caracteriza por necrosis retiniana periférica de rápida progresión circumferencial, vasculitis oclusiva y vitreítis, con un alto riesgo de desprendimiento de retina. El tratamiento antiviral precoz busca detener la progresión y reducir el riesgo de compromiso contralateral, reportado en hasta 30% de los pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 28 años, inmunocompetente, con antecedente de NRA en retina izquierda hace siete años y en retina derecha hace tres años. En ambos episodios recibió tratamiento antiviral intravenoso con buena respuesta clínica, aunque sin tipificación viral. Evolucionó con desprendimiento de retina y catarata en el ojo izquierdo (OI), operado hace seis años. Consultó por cuadro de dolor ocular y disminución de agudeza visual a 20/40 en OI. El fondo de ojo mostró una cicatriz inferotemporal compatible con NRA previa y nuevos focos de necrosis activa, sugestivos de recurrencia. Se trató con antiviral oral, logrando remisión clínica en tres semanas y recuperación visual a 20/25. Se indicó profilaxis antiviral por seis meses.

DISCUSIÓN:

La afectación contralateral suele ocurrir en los primeros meses tras el episodio inicial. Este caso destaca por un intervalo prolongado entre recurrencias. Se recomienda la profilaxis antiviral para disminuir el riesgo de nuevos episodios, aunque no existe consenso sobre la duración óptima. Se requieren más estudios que evalúen la eficacia y seguridad de la profilaxis antiviral prolongada para prevenir recurrencias y preservar la función visual.

PALABRAS CLAVE: Oftalmología, Síndrome de Necrosis Retiniana Aguda, Panuveítis.

RESPONSABLES

Oñate Tapia D.(1), Castro Sandoval M.(1), Poveda Ortiz C.(1), Sepúlveda Mella J.(1), Manríquez, Ortega R.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: daniela.onate@estudiantes.uv.cl

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

1) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe.
 2) Médico Oftalmólogo, Hospital San Camilo, San Felipe.

CC 31: EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE MILLER-FISHER A ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis de Bickerstaff es una rara variante del síndrome de Guillain-Barré, caracterizada por ser una enfermedad autoinmune del tronco encefálico que se manifiesta con oftalmoplejía aguda, ataxia y alteración de conciencia. Junto con el síndrome de Guillain-Barré y el síndrome de Miller-Fisher, conforma un espectro de enfermedades desmielinizantes postinfecciosas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 63 años sin antecedentes médicos. Con historia de tetraparesia flácida arrefléctica, paresia facial tipo periférica, disfagia con broncoaspiración e hipoventilación con insuficiencia respiratoria aguda. Al examen ocular, presenta midriasis bilateral y oftalmoplejía asociado a ojo rojo superficial bilateral por falta de oclusión palpebral completa. Ingresa desde extrasistema donde se diagnostica síndrome de Guillain-Barré por electromiografía, variante síndrome de Fisher dado la clínica. Se traslada a recinto hospitalario para tramitar plasmaféresis. Durante estadía evoluciona con compromiso de conciencia y signos piramidales. Se complementa con Resonancia Magnética cerebral con contraste, informada sin hallazgos patológicos e inmunoensayo de IgG anti-GQ1b en suero, que resulta positivo. Es evaluado por neurología, quienes actualizan diagnóstico a encefalitis de Bickerstaff dada clínica compatible con variante e inmunoensayo positivo. Se maneja multidisciplinariamente en unidad de paciente crítico con inmunoglobulina y soporte vital avanzado. Actualmente en rehabilitación física.

DISCUSIÓN:

La encefalitis de tronco encefálico de Bickerstaff es una patología infrecuente que puede llevar a un diagnóstico tardío, siendo la clínica neurooftálmica un desafío para el profesional médico, dado el gran repertorio de diagnósticos diferenciales. Destaca además la gran rehabilitación que implica, afectando gravemente la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Gangliósidos, Neuropatía autoinmune aguda, Oftalmoplejía, Síndrome Guillain-Barré.

RESPONSABLES

Vera Ferrer, S.(1), Venegas Zapata, N.(1), Garces Contreras, M.(1), Vargas Rocha, S (1), Soto Alvarez, C.(2)
CORREO AUTOR RESPONSABLE: sofiiveraf@gmail.com

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

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

2) Oftalmólogo. Servicio de oftalmología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

CC 41: CORIORRETINOPATÍA CENTRAL SEROSA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISMINUCIÓN AGUDA DE AGUDEZA VISUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La coriorretinopatía central serosa (CRCS) representa una causa infrecuente, pero relevante, de pérdida de visión aguda, especialmente en hombres jóvenes. Caracterizada por la acumulación serosa de líquido subretinal y desprendimiento de la retina neurosensorial. Su presentación clínica es inespecífica, dificultando el diagnóstico sin apoyo imagenológico. Presentamos este caso por su presentación atípica, sin hallazgos clínicos evidentes, y porque destaca el valor de la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) en estos contextos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino de 26 años, sin antecedentes mórbidos ni oftalmológicos, consulta por 3 días de disminución progresiva de agudeza visual en ojo derecho, asociada a fotofobia y encandilamiento, tras exposición solar prolongada. Niega fotopsias u otras manifestaciones visuales. Agudeza visual de 0.3p y 0.9p en ojos derecho e izquierdo. Presión intraocular normal. Examen físico sin alteraciones significativas, salvo posible defecto pupilar aferente relativo derecho. Se plantea como diagnóstico diferencial maculopatía solar y neuritis óptica retroquiasmática. Se realiza OCT, evidenciando líquido subretinal con engrosamiento macular (844 μ m) y coroideo en ojo derecho, sin desprendimiento del epitelio pigmentario retinal. Se diagnostica CRCS dentro del espectro paquicoroideo.

DISCUSIÓN:

La CRCS afecta principalmente a varones jóvenes. Su fisiopatología es aún desconocida, aunque se vincula a hiperpermeabilidad coroidea y disfunción del epitelio pigmentario retinal. Asociado al estrés y uso de corticoides. En este caso, la ausencia de hallazgos clínicos orientadores representó un desafío diagnóstico. Dado que la clínica puede ser inespecífica, el OCT es clave en su diagnóstico. La mayoría de los casos remite espontáneamente; se recomienda observación clínica e imágenes seriadas.

PALABRAS CLAVE: Coriorretinopatía central serosa, Disminución de agudeza visual, Enfermedad paquicoroidea.

RESPONSABLES

Celis Rubio P.(1), García Blanco F.(2), Viñuela Morales F.(3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: pablocelis@ug.uchile.cl

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

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

2) Interna de Medicina. Facultad de Medicina. Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

3) Residente de Oftalmología. Hospital del Salvador. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

CC 44: SUBLUXACIÓN TRAUMÁTICA Y OTRAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LENTES INTRAOCULARES DE CÁMARA ANTERIOR. REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los lentes intraoculares fáquicos son una alternativa para corregir errores refractivos altos, manteniendo el cristalino intacto. Son una opción en pacientes que no desean utilizar lentes y que no pueden realizarse cirugía refractiva láser. Estos lentes pueden implantarse en cámara anterior o posterior, cada uno con complicaciones propias asociadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de sexo masculino de 40 años, con antecedente de implante de lente fáquico Artisan en ambos ojos hace 8 años, consulta en la Unidad de Trauma Ocular por golpe contuso en ojo izquierdo de 2 días de evolución. A la evaluación destaca agudeza visual ojo derecho 0.9 y ojo izquierdo cuenta dedos a 2 metros. A la biomicroscopía se observa subluxación del lente intraocular localizado en cámara anterior secundaria a desgarro de su inserción iridiana. Se decidió realizar una cirugía de explante del lente subluxado.

DISCUSIÓN:

Los lentes Artisan son un tipo de lente intraocular fáquico de cámara anterior que se fijan al estroma del iris. La subluxación es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, generalmente secundaria a contusión ocular. Su manejo es variado, desde la observación en casos estables hasta la necesidad de explantar el lente. Otras complicaciones asociadas a su uso son las lesiones de iris, descompensación corneal por pérdida de células endoteliales, dispersión pigmentaria, glaucoma por bloqueo pupilar, entre otros. Actualmente se prefiere el uso de lentes fáquicos de cámara posterior por presentar menor tasa de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Errores refractivos, Lente Intraocular Fáquico, Subluxación traumática.

RESPONSABLES

García Blanco F.(1), Celis Rubio P.(2), Viñuela Morales F.(3).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: fergarciaab@udd.cl

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

(1) Interna de Medicina. Facultad de Medicina. Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

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

(3) Residente de Oftalmología. Hospital del Salvador. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

CC48: PRESERVAR LA VISIÓN EN EL SÍNDROME DE KNOBLOCH: LA CLAVE DEL SEGUIMIENTO ESTRICTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Knobloch es una enfermedad genética autosómica recesiva poco frecuente, causada por mutaciones en el gen COL18A1, que codifica la endostatina, proteína crucial en el desarrollo ocular y del sistema nervioso central. Se caracteriza por alta miopía congénita, malformaciones del polo posterior del ojo y riesgo elevado de desprendimiento de retina, que puede conducir a pérdida visual severa temprana. Por la gravedad de estas complicaciones, el diagnóstico precoz y seguimiento riguroso son fundamentales para preservar la función visual y mejorar su pronóstico a largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 9 años, hijo de padres no consanguíneos. Desde los 3 años, evaluado por nistagmus congénito, estrabismo y ambliopía. En controles sucesivos, se observaron alteraciones pigmentarias retinianas compatibles con distrofia retinal y coroidosis, se decidió realizar estudio genético, resultando en dos variantes patogénicas en homocigosis en COL18A1, estableciendo el diagnóstico de síndrome de Knobloch. Desde entonces en seguimiento oftalmológico y genético regular. Recientemente, presentó una disminución aguda de agudeza visual, diagnosticándose un desprendimiento de retina que requirió vitrectomía y exoplante en 360° del ojo derecho, sin recuperación completa de la visión. Actualmente, continúa en controles periódicos y rehabilitación visual.

DISCUSIÓN:

Aunque poco frecuente, el síndrome de Knobloch es una causa importante de desprendimiento de retina en pacientes pediátricos. Este caso resalta la importancia del seguimiento oftalmológico estricto, la educación sobre síntomas de alarmas para detectar y tratar tempranamente complicaciones graves, preservando al máximo la visión para mejorar la calidad de vida y funcionalidad de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Desprendimiento de Retina, Distrofias Retinianas, Síndrome de Knobloch.

RESPONSABLES

Toledo Ibieta I.(1), Martínez Acevedo G.(1), Paredes Ávila A.(1), Mendoza Zambrano E.(1), Schumacher Muñoz, A.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: itoledo2020@udec.cl

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

¹⁾ *Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.*

²⁾ *Residente Oftalmología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.*

E-POSTERS

SECCIÓN 8:
OTORRINOLARINGOLOGÍA

CC 03: CIRUGÍA ENDOSCÓPICA PARA ERRADICACIÓN DE COLESTEATOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El colesteatoma es la presencia anómala de epitelio escamoso queratinizado en el oído medio, con comportamiento erosivo que compromete la cadena osicular y estructuras adyacentes. Se desarrolla habitualmente en el contexto de otitis media crónica. Su diagnóstico es clínico mediante otoscopia, con apoyo imagenológico para caracterizar la extensión. El tratamiento es la erradicación quirúrgica del colesteatoma. En Chile, la cirugía microscópica sigue siendo la técnica más utilizada, mientras que la resección endoscópica aún se emplea de forma limitada pese a sus múltiples ventajas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 61 años consultó por otorrea intermitente, hipoacusia y otitis media aguda a repetición en oído izquierdo. La otoscopia evidenció una lesión blanquecina a través de una perforación timpánica marginal. La Tomografía Computarizada de Oídos sugirió colesteatoma atical con otomastoiditis crónica izquierda y la audiometría reveló hipoacusia conductiva de 70 dB. Se realizó resección endoscópica del colesteatoma y reconstrucción del oído medio, con evolución favorable y alta hospitalaria en 48 horas.

DISCUSIÓN:

El tratamiento del colesteatoma busca la resección quirúrgica completa para prevenir recurrencias y complicaciones, siendo la preservación auditiva un objetivo secundario. La cirugía endoscópica ha surgido como alternativa a la cirugía microscópica, ofreciendo una mejor visualización, menor tiempo de hospitalización y disminución de las complicaciones postoperatorias, sin embargo, requiere una curva de aprendizaje considerable. Este caso ilustra sus beneficios, logrando erradicar el colesteatoma, reconstruir el oído medio y favorecer el alta hospitalaria en 48 horas, respaldando su mayor implementación en Chile.

PALABRAS CLAVE: Chile, Colesteatoma, Oído Medio, Otolaringología, Procedimientos Quirúrgicos Otológicos.

RESPONSABLES

Daswani Khiani S.(1), Neira Pérez de Arce C.(1), Aguilón Gallardo G.(1), Guedeney Sepúlveda M.(1), Arias Alegria R.(2).
CORREO AUTOR RESPONSABLE: surajdaswani.sd@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 Andrés Bello, Santiago, Chile

2) Otorrinolaringólogo, Jefe Servicio Otorrinolaringología Clínica INDISA, Santiago, Chile

CC 13: TUMOR NEUROENDOCRINO DEL OÍDO MEDIO CON RECIDIVA LOCAL: REPORTE DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los tumores neuroendocrinos del oído medio son una entidad poco frecuente y representan cerca del 2% de los tumores del oído medio. Derivan de células de la cresta neural y presentan diferenciación adenomatosa y neuroendocrina. Su comportamiento clínico es variable: la mayoría tiene un curso indolente y localizado, pero algunos muestran infiltración local, recurrencias múltiples o incluso metástasis. El síntoma más común es la hipoacusia conductiva unilateral. Otros síntomas incluyen plenitud aural, otalgia y tinnitus. El diagnóstico requiere estudio histopatológico e inmunohistoquímico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, aunque la recurrencia es frecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 44 años, con antecedente de tumor neuroendocrino del oído derecho, tratado con cirugía radical de oído con resección completa el 2012. Años después evolucionó con hipoacusia y otorrea persistente, evidenciándose una recidiva tumoral que resolvió luego de una segunda cirugía. El 2025 consultó por hipoacusia progresiva en el oído derecho. La tomografía computada y resonancia magnética describen lesión neoplásica de 16 mm en la cavidad postquirúrgica derecha del oído medio y conducto auditivo externo. Se realizó nueva cirugía radical con intención de resección completa. La paciente evolucionó sin complicaciones. Estudio histopatológico compatible con recidiva de tumor neuroendocrino bien diferenciado.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra el comportamiento de los tumores neuroendocrinos del oído medio, que en algunos casos pueden presentar recidiva tardía. Esto demuestra la importancia del seguimiento clínico y radiológico a largo plazo. La cirugía radical de oído sigue siendo el tratamiento de elección ante la recurrencia localizada.

PALABRAS CLAVE: Oído Medio, Tumor Carcinoide, Recurrencia.

RESPONSABLES

Nascimento Lenarduzzi T.(1), Navarro Prelle A.(1), Cardona Tapias V.(1), Castillo Benítez S.(1), Beltrán Morales C.(2), Espinoza Emhart F.(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: tnascimento@miuandes.cl

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

1) Interno medicina, Facultad de medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2) Médico especialista en otorrinolaringología, Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

3) Becada otorrinolaringología, Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

CC 15: SÍNDROME DE GRADENIGO EN PACIENTE CON IMPLANTE COCLEAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Gradenigo (SG) es una complicación infrecuente de la otitis media (OM), con incidencia de 2 por 100.000 personas, originado de la extensión de la infección al ápice petroso del hueso temporal. Presenta una clínica caracterizada por otalgia, parálisis del nervio abducens y neuralgia trigeminal. Su diagnóstico se apoya imagenológicamente y su tratamiento incluye antibióticos sistémicos o drenaje quirúrgico en casos refractarios, evitando complicaciones como laberintitis, meningitis o abscesos intracraneales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

enfermedad de Meniere. Antecedente de OM supurada izquierda en diciembre, tratada exitosamente con antibioterapia. En mayo consultó por paresia facial izquierda de una semana de evolución, que progresó a parálisis facial periférica. Otoscopia reveló colesteatoma ipsilateral. Tomografía axial computada de cortes finos no mostró hallazgos significativos; exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Se planteó Parálisis de Bell, e inició corticoterapia. Sin respuesta clínica, el cuadro se acompañó de neuralgia del trigémino y dolor facial izquierdo, tratados con Amitriptilina y Pregabalina, con respuesta parcial. Posteriormente, presentó parálisis del nervio abducens izquierdo. Fue hospitalizado y evaluado por otorrinolaringología y neurología, quienes indicaron retiro del IC e inicio de antibioterapia. Resonancia magnética (ventana oído) evidenció petrositis con apicitis. Evolucionó con mejoría de dolor, persistiendo parálisis en seguimiento con terapia ocupacional.

DISCUSIÓN:

Este caso demuestra la presentación infrecuente del SG en paciente portador de IC, con clínica característica del síndrome, destacando la importancia de una evaluación diagnóstica oportuna e integral ante síntomas neurológicos progresivos.

PALABRAS CLAVE: Implantación coclear, Neuralgia del trigémino, Parálisis facial, Petrositis.

RESPONSABLES

Cardona Tapias V.(1), Castillo Benítez, S.(1), Nascimento Lenarduzzi T.(1), Navarro Prelle A.(1), Beltrán Morales C.(2), Espinoza Emhart F.(3).

CORREO AUTOR RESPONSABLE: vcardona@miuandes.cl

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

1) Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2) Médico especialista en otorrinolaringología, Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

3) Becada otorrinolaringología, Universidad de los Andes, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.



rcem.uchile.cl