



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

AGOSTO 2025, VOL N°15, SUPL 3.

LIBRO DE RESÚMENES CONGRESO CHILENO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA IX° VERSIÓN

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

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



REVISTA CHILENA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Agosto 2025, Vol N°15, Supl 3.

SOBRE LA REVISTA

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

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

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

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

rcem.uchile.cl

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

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

EQUIPO EDITORIAL

EDITOR EN JEFE

Diego Aller Acuña

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

EDITOR EJECUTIVO

Constanza Rojas Mella

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

EDITORES ASOCIADOS

Archibald Chester Obreque

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

Camila Gómez Parraguez

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

Catalina Erices Castillo

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

Daniel Durán Alvarado

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

María Ignacia Concha Vera

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

Nicolás Quiroz Ramos

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

Sophia Álvarez Salazar

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

Vanessa Überuaga Gutiérrez

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

Vicente Tagle Terrazas

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

EDITORES ASESORES

Dr. Abraham Gajardo Cortez

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

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

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

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

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

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

Residente Intermedio Coronario, Clínica Alemana de Santiago.

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

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

Dr. Iván Solís Opazo

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Subespecialista en Endocrinología, CONACEM.

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

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

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

Editor Asociado de Revista Médica de Chile.

Fellow del American College of Physicians.

JEFA DE COMUNICACIONES Y RR.SS

Catalina Monardes Silva

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

SUBJEFE 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.

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

Residente Subespecialidad de Cardiología, Clínica Alemana de Santiago-UDD

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

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

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

Residente Intermedio Coronario, Clínica Alemana de Santiago.

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

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

Dra. Alicia Sciaraffia Rubio

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Inmunología Clínica, U. de Chile.

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

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

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

Dr. Alfredo Parra Lucares

Médico cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Doctor en Ciencias Médicas, U. de Chile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Examinador Preítulo 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, Unidad de Neurodesarrollo, Red de Salud UC-CHRISTUS.

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

Dra. Elizabeth Hellman Sepúlveda

Médico Cirujano, U. de la Frontera.

Especialista en Medicina Interna, U. de la Frontera.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Erico Segovia Ruiz

Médico Cirujano, U. de Chile.

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

Subespecialidad en Nefrología, CONACEM.

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

Dra. Francisca Bozan Pérez

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

Médico Cirujano, U. de Chile.

Especialista en Medicina Interna, U. de Chile.

Subespecialista en Reumatología, U. de Chile.

Research Fellow Miositis, U. de Manchester, UK.

Magíster en Epidemiología, U. de Los Andes.

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

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

Staff Reumatología Centro Internacional de Estudios Clínicos.

Staff Reumatología Clínica Santa María.

Dra. Margot Acuña San Martín

Médico Cirujano, U. de la Frontera.

Especialidad en Obstetricia y Ginecología, U. de Chile.

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

Magister 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 U.es 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, U. de los Andes.
Profesor asistente, Departamento de Pediatría y Cirugía pediátrica Campus Norte, U. de Chile.
Miembro de la Sociedad Chilena de Cirujanos Pediatras (SChCP).
Miembro de la International Pediatric Endosurgery Group (IPEG).

Dra. Verónica Iglesias Álamos

Médico Veterinario, U. de Concepción.
Diplomado en Liderazgo y Gestión de Equipos, Facultad de Economía y Negocios, U. de Chile.
Magíster en Ciencias Biológicas, mención Ciencias Ambientales, Facultad de Medicina, U. de Chile.
Doctorado en Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.
Profesora Asociada Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.
Jefa del Programa de Epidemiología y Coordinadora de Postgrado Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile.

CONGRESO CHILENO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA 2025

IX° Versión



LIBRO DE RESÚMENES MEDICINA DE ALTA RESOLUTIVIDAD

28 DE JULIO - 01 DE AGOSTO

CONGRESO REALIZADO EN CASA CENTRAL DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA



ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE
LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.
ACADEMIA CIENTÍFICA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DE CHILE.



CONTENIDOS

12	ORGANIZADORES
13	BIENVENIDA
14	CASOS CLÍNICOS
	SECCIÓN 1: MEJORES CASOS CLÍNICOS
	PRIMER LUGAR CC#55: ROTURA UTERINA EN ÚTERO SIN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR: UN EVENTO CLÍNICO RARO E INESPERADO..... 15
	SEGUNDO LUGAR CC#85: SÍNDROME DE HEYDE EN ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA, A PROPÓSITO DE UN CASO. 16
	TERCER LUGAR CC#79: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN HEMOFILIA: ENTRE LA URGENCIA TROMBÓTICA Y EL RIESGO HEMORRÁGICO..... 17
	CUARTO LUGAR CC#26: TUMOR PULMONAR METASTÁSICO PRODUCTOR DE β -GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO..... 18
19	SECCIÓN 2: ANATOMÍA PATOLÓGICA
	CC#02: PATRÓN DE EVOLUCIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 20
21	SECCIÓN 3: CIRUGÍA GENERAL
	CC#46: VIDEOTORACOSCOPIA EN EL TRAUMATISMO PENETRANTE CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 22
	CC#52: PARAGANGLIOMA PULMONAR: CASO CLÍNICO..... 23
	CC#35: FÍSTULA GASTROPLEURAL COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE Y GRAVE DE LA MANGA GÁSTRICA..... 24
	CC#73: DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO POR BEZOAR EN ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 25
	CC#13: TIFLITIS AGUDA EN PACIENTE APENDICECTOMIZADA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO..... 26
	CC#40: TUMOR NEUROENDOCRINO TORÁCICO CON PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN FÚNGICA EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX..... 27
	CC#36: CONSECUENCIAS DE UNA INGESTIÓN CÁUSTICA INTENCIONAL: DAÑO ESOFAGOGÁSTRICO SEVERO, RECONSTRUCCIÓN DIGESTIVA Y MÚLTIPLES DILATACIONES ENDOSCÓPICAS..... 28
	CC#23: DOBLE DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIAS RENALES EN PACIENTE SANO..... 29
	CC#08: PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA COMPLICADA CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 30
	CC#12: RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN CÁNCER RECTAL LOCALMENTE AVANZADO CON FÍSTULA RECTOVESICAL: UN CASO CLÍNICO COMPLEJO. 31

32	SECCIÓN 4: CIRUGÍA INFANTIL	
	CC#56: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDA CONGÉNITA EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	33
34	SECCIÓN 5: CIRUGÍA MAXILOFACIAL	
	CC#49: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON COMPROMISO FRONTO-ÓRBITO-NASO-MAXILAR.....	35
36	SECCIÓN 6: DERMATOLOGÍA	
	CC#80: DIAGNÓSTICO DE LEPROZA TUBERCULOIDE BORDERLINE EN CHILE: CASO EN PACIENTE CON RESIDENCIA PROLONGADA EN BRASIL.....	37
	CC#88: LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE EN PACIENTE CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES NEGATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	38
	CC#27: CRISIS CONVULSIVA SECUNDARIA A CARCINOMA BASOESCAMOSO EN REGIÓN FRONTAL IZQUIERDA.....	39
	CC#15: SÍNDROME DE REACCIÓN A LAS DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS INDUCIDO POR CARBAMAZEPINA.....	40
	CC#61: DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: EL LARGO SILENCIO DE UN TUMOR INFILTRANTE.....	41
42	SECCIÓN 7: ENDOCRINOLOGÍA	
	CC#14: ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS EN CONTEXTO DE TORMENTA TIROIDEA: REPORTE DE UN CASO.....	43
	CC#22: CRISIS SUPRARRENAL EN PACIENTE CON DIARREA POR CLOSTRIDIODIDES DIFFICILE: RELEVANCIA CLÍNICA PARA UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO.....	44
45	SECCIÓN 8: GASTROENTEROLOGÍA	
	CC#45: SÍNDROME DE WILKIE Y SÍNDROME DE NUTCRACKER: ASOCIACIONES INFRECUENTES CON DOLOR ABDOMINAL	46
47	SECCIÓN 9: GINECOLOGÍA & OBSTETRICIA	
	CC#06: ANGIOMIOFIBROBLASTOMA PARACERVICAL DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO....	48
	CC#10: TORMENTA ARRÍTMICA POR SÍNDROME DE QT LARGO TIPO II DESENCADENADO POR UNA MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO	49
	CC#16: EMBARAZO CORNUAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	50
	CC#19: ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO...	51
	CC#31: ASCITIS FETAL AISLADA VERSUS PERITONITIS MECONIAL FETAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN HOSPITAL TERCARIO EN 2024.....	52
	CC#32: MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA: REPORTE DE UN CASO COMPLEJO.....	53
	CC#37: QUISTE DE NUCK EN MUJER ADULTA, UN HALLAZGO EXCEPCIONAL: REPORTE DE CASO Y ANÁLISIS DE BIBLIOGRAFÍA.....	54

CC#38: SHOCK SÉPTICO POSPARTO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	55
CC#44: CLAMPEO AÓRTICO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA MASIVA DURANTE LA HISTERECTOMÍA TOTAL EN PLACENTA ACCRETA.....	56
CC#51: DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HERNIA HIATAL CONGÉNITA ASOCIADO A CUTIS LAXA: REPORTE DE UN CASO.....	57
CC#53: TRATAMIENTO FETAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA SEVERA MEDIANTE OCLUSIÓN TRAQUEAL: PRIMER CASO EN CHILE.....	58
CC#57: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA EN EL PUERPERIO: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL TERCIARIO.....	59
60 SECCIÓN 10: HEMATOLOGÍA	
CC#28: SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO TÍPICO EN ADULTOS, UN DIFERENCIAL QUE NO DEBEMOS OLVIDAR.....	61
CC#59: APLASIA PURA MEGACARIOCÍTICA: NO TODO ES PTI.....	62
63 SECCIÓN 11: PEDIATRÍA	
CC#01: MENINGITIS VIRAL POR PARECHOVIRUS HUMANO: ETIOLOGÍA POCO DOCUMENTADA DE FIEBRE SIN FOCO EN LA OCTAVA REGIÓN.....	64
CC#41: SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD COMO MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN POR BARTONELLA HENSELAE.....	65
CC#48: PRESENTACIÓN DE SÍNDROME HEMOLÍTICO UREMICO ATÍPICO EN LACTANTE CON DIARREA SANGUINOLENTA.....	66
CC#62: EL ENIGMA DEL NIÑO SEDIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIABETES INSÍPIDA...67	
68 SECCIÓN 12: MEDICINA DE URGENCIAS	
CC#17: HIPERSENSIBILIDAD AL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y REQUERIMIENTO DE ANGIOPLASTIA.....	69
CC#30: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN CASO DE DOLOR TORÁCICO QUE INTIMIDA.....	70
71 SECCIÓN 13: NEUROCIRUGÍA	
CC#24: TUMORES MALIGNOS DE VAINA NEURAL EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1.....	72
73 SECCIÓN 14: NEUROLOGÍA	
CC#11: HEMICOREA COMO MANIFESTACIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO LACUNAR - A PROPÓSITO DE UN CASO.....	74
CC#25: PARÁLISIS DEL III PAR CRANEO SIN COMPROMISO PUPILAR EN PACIENTE DIABÉTICO PLURIPATOLÓGICO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN URGENCIAS.....	75
CC#43: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MUJER JOVEN: UN DESAFÍO INTERDISCIPLINARIO.....	76

CC#50: NEURITIS ÓPTICA SERONEGATIVA Y CRISIS CONVULSIVAS.....	77
CC#66: HEMATOMA SUBDURAL SECUNDARIO A ANTICOAGULACIÓN; A PROPÓSITO DE UN CASO.....	78
CC#78: COMPROMISO LEPTOMENÍNGEO DIFUSO EN PACIENTE JOVEN: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE NEOPLASIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	79
CC#91: FÍSTULA ARTERIOVENOSA COMO CAUSA DE PARAPLEJIA. A PROPÓSITO DE UN CASO...	80
81 SECCIÓN 15: OFTALMOLOGÍA	
CC#07: SÍNTOMAS COMUNES, PRONÓSTICO DISTINTO: DISTINGUIR CONJUNTIVITIS DE GLAUCOMA EN ETAPAS TEMPRANAS.....	82
CC#67: ECBALLIUM ELATERIUM, UN AGENTE POCO FRECUENTE DE CAUSTICACIÓN OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	83
84 SECCIÓN 16: OTORRINOLARINGOLOGÍA	
CC#34: ACÚFENOS Y BENZODIAZEPINAS: MÁS ALLÁ DEL OÍDO, UN CASO CLÍNICO DE ABSTINENCIA	85
86 SECCIÓN 17: RADIOLOGÍA	
CC#05: AGENESIA DEL OÍDO MEDIO, A PROPÓSITO DE UN CASO	87
CC#20: BAZO ERRANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA: REPORTE DE UN CASO.....	88
89 SECCIÓN 18: REUMATOLOGÍA	
CC#60: DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS EN ADULTO MASCULINO: REPORTE DE CASO.....	90
CC#63: CALCINOSIS MASIVA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DERMATOMIOSITIS: REPORTE DE CASO.....	91
CC#71: CEREBELITIS ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, DESAFÍO DIAGNÓSTICO ENTRE ETIOLOGÍA INFECCIOSA Y AUTOINMUNE	92
CC#83: ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME DE SJÖGREN: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	93
94 SECCIÓN 19: TRAUMATOLOGÍA & ORTOPEDIA	
CC#03: COXARTROSIS EN DISPLASIA ESPOUNDILOMETAFISIARIA DE ESQUINAS ROTAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	95
CC#18: METALOSIS SECUNDARIA A ASAS DE ALAMBRE POR FRACTURA PERIPROTÉSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	96
CC#47: TENOSINOVITIS SÉPTICA UNA COMPLICACIÓN RARA DE MORDEDURA DE PERRO: REPORTE DE UN CASO.....	97
CC#70: ENFERMEDAD DE PERTHES EN PACIENTE CON DISPLASIA DE CADERA CONTRALATERAL, REPORTE DE CASO.....	98
CC#90: DOLOR LUMBAR PERSISTENTE EN ADOLESCENTE: DIAGNÓSTICO TARDÍO DE FRACTURA POR COMPRESIÓN VERTEBRAL.....	99

100	SECCIÓN 20: UROLOGÍA	
	CC#58: LINFANGIOMA EN VESÍCULA SEMINAL: REPORTE DE UN CASO INUSUAL RECIENTE CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN HBLT.....	101
102	TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	
	SECCIÓN 1: MEJORES TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	
	PRIMER LUGAR TI#10: ESTILBENOS COMO INHIBIDORES DE MCT1 Y MCT4: EFECTOS IN VITRO Y EN DROSOPHILA CON GLIOBLASTOMA.....	103
	SEGUNDO LUGAR TI#09: 20 AÑOS DE CÁNCER TESTICULAR: FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DESDE CENTRO CHILENO DE ALTA COMPLEJIDAD.....	104
	TERCER LUGAR TI#03: NEOPLASIAS MALIGNAS DE ÓRGANOS DIGESTIVOS EN CHILE DESDE 2010 AL 2023.....	105
106	SECCIÓN 2: CIENCIAS BIOLÓGICAS	
	TI#04: EFECTOS CARDIOVASCULARES DE 2-APB EN CORDEROS RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS A HIPOXIA CRÓNICA GESTACIONAL: ANÁLISIS DE VARIABILIDAD CARDIACA....	107
108	SECCIÓN 3: PSIQUIATRÍA	
	TI#07: USO DE KETAMINA EN PERSONAS QUE SE SOMETEN A INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA: EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ANÍMICA.....	109
110	SECCIÓN 4: RADIOLOGÍA	
	TI#11: DAÑO EN EL ADN MEDIADO POR ESTRÉS OXIDATIVO SECUNDARIO A RADIACIÓN IONIZANTE EN TOMOGRAFÍA COMPUTADA MODERNA DE BAJA DOSIS.....	111
112	SECCIÓN 5: SALUD PÚBLICA	
	TI#17: HOSPITALIZACIONES POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CHILE ENTRE EL 2018 A 2023.....	113
	TI#05: MORTALIDAD POR EMBOLIA PULMONAR EN CHILE, ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO ENTRE 2016 Y 2023.	114
	TI#02: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR SÍFILIS DURANTE LOS AÑOS 2020-2023 EN CHILE.....	115
	TI#15: HOSPITALIZACIONES POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN CHILE ENTRE EL PERÍODO DE 2018 A 2023.....	116
	TI#13: TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2020-2023: UN ENFOQUE DESCRIPTIVO.....	117
	TI#08: TUMORES RENALES EN MENORES DE 60 AÑOS: CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS	118
119	SECCIÓN 6: UROLOGÍA	
	TI#16: CORRELACIÓN ENTRE TAMAÑO PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN DE SALIDA VESICAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS.....	120

ORGANIZADORES

ENCARGADOS COMITÉ COMPETENCIA CIENTÍFICA COCEM 2025

Sebastián Delaney Perret

Director de la Competencia Científica, IXº COCEM 2025
Estudiante de Medicina 3er año, U. de Chile

Isabella Carolina Clementi Hein

Directora de la Competencia Científica, IXº COCEM 2025
Estudiante de Medicina 3er año, Pontificia U. Católica de Chile

EDITOR EN JEFE LIBRO DE RESÚMENES: COMPETENCIA CIENTÍFICA COCEM 2025

Diego Aller Acuña

Editor en Jefe de la Revista Chilena de Estudiantes de Medicina
Estudiante de Medicina 5to año, U. de Chile

EDITORES ASISTENTES LIBRO DE RESÚMENES: COMPETENCIA CIENTÍFICA COCEM 2025

Sebastián Delaney Perret

Director de la Competencia Científica IXº COCEM 2025
Estudiante de Medicina 3er año, U. de Chile

Isabella Carolina Clementi Hein

Directora de la Competencia Científica IXº COCEM 2025
Estudiante de Medicina 3er año, Pontificia U. Católica de Chile

ORGANIZADORES ASOCIADOS COMITÉ COMPETENCIA CIENTÍFICA COCEM 2025

Pablo Ignacio Celis Rubio

Nicolás Cholaky Mejía
Alicia Demarta Sandoval
Daniel Durán
Francisca Guerra
Nahuel Antonio Hernández Campos
Rocío Jofré
Michelle Maltby
María José Manieu
Felipe Ignacio Montes González
Constanza Sofía Navarro Escobedo
Martín Alonso Olea Concha
Amaya Paraud
Isidora Sofía Pérez de Arce Alarcón
Sebastián Ignacio Piñeda Sánchez
Victoria Quiero
Sofía Quítral
Florencia Sauterel
Catalina Sauterel
Carlos Schade
Juan Silva
Natalia Tabilo
Vicente Aitor Tagle Terrazas
Mauricio Vergara
Anghelo Mario Diego Zurita De La Barra

JURADO COMPETENCIA CIENTÍFICA COCEM 2025

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Dr. José Valbuena

CIENCIAS BIOLÓGICAS

Dra. Ivonne Olmedo - Químico-Farmaceútica.

MEDICINA INTERNA

Dr. Cristopher Madrid

Dr. Enrique Elsaca

Dr. Iván Cañete

Dr. Martín Garrido

Dr. Luigi Gabrielli - Cardiología

Dra. Bernardita González - Cardiología

Dra. Andrea Bustamante - Enfermedades Respiratorias del Adulto

Dr. Arnoldo Riquelme - Gastroenterología

Dra. Francisca Grandón - Gastroenterología (R)

Dr. Bruno Nervi - Hematología y Oncología

Dra. Jeannette Dabanch - Infectología

Dr. Pedro Pérez - Medicina Paliativa

Dr. Daniel Erlj - Reumatología

CIRUGÍA ADULTOS

Dra. Francisca Palacios - Cirugía General y Coloproctología

Dra. Cecilia Romero - Cirugía Cardiovascular

Dr. Omar Orellana - Cirugía Digestiva y Hepatobiliopancreática

Dra. Catalina Vargas - Cirugía Oncológica

Dra. María Solovera - Cirugía de Tórax

DERMATOLOGÍA:

Dr. Cristián Navarrete

Dra. Sofía Villagran - Residente

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dr. Jorge Carvajal

Dr. Rubén Ortega

Dr. Javier Sandoval

Dr. Joaquín Manosalva - Residente

Dra. María Constanza Soffia - Residente

PEDIATRÍA

Dra. Katia Abarca - Infectología

Dra. Marcela Ferrés - Infectología

Dra. Cecilia Perret - Infectología

MEDICINA DE URGENCIAS

Dra. Bárbara Lara

NEUROLOGÍA

Dra. Claudia Cárcamo

Dra. Valentina Luco

OFTALMOLOGÍA

Dra. Carolina Ibáñez

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dr. Diego Correa

PSIQUIATRÍA

Dr. David Aceituno

RADIOLOGÍA

Dr. Joaquín Hevia

SALUD PÚBLICA

Dra. Olivia Horna

Dra. María Teresa Muñoz

TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

Dra. Angélica Ibáñez

Dra. Carolina Courtin

UROLOGÍA

Dr. Álvaro Marchant

BIENVENIDA

Sean todos muy bienvenidos a la novena edición del **Congreso Chileno de Estudiantes de Medicina (COCEM)**, un evento organizado en conjunto por la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile (ACEM-UCh) y la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ACEM-UC). Este año, el Congreso se desarrolló entre el 28 de julio y el 01 de agosto de 2025 en la Casa Central de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Uno de los pilares fundamentales del COCEM es su Competencia Científica, un espacio donde estudiantes de Medicina de todo el país tuvieron la oportunidad de exponer su trabajo, compartir conocimientos y contribuir al desarrollo de la investigación en nuestra disciplina. Esta instancia no solo promueve el espíritu científico y la innovación, sino que también es una plataforma para el intercambio de conocimiento y la colaboración entre casas de estudios.

Año tras año, este desafío se hace posible gracias al esfuerzo conjunto de quienes creen en la importancia de la investigación como motor de la Medicina. Estudiantes y docentes, unidos por la vocación de servicio y el compromiso con el conocimiento, hacen de esta competencia un punto de encuentro donde se presentan trabajos de alto nivel. Todo ello, siempre enmarcado en la ética que guía nuestra formación y en el respeto por los derechos de quienes serán nuestros futuros pacientes.

A continuación, encontrarán los resúmenes de los trabajos en sus distintas categorías que se presentaron en esta IXº versión del COCEM, trabajos que demuestran cómo incluso desde etapas tempranas de la formación se puede contribuir al desarrollo del conocimiento.

Agradecemos a cada uno de los participantes de esta competencia científica por su trabajo, esfuerzo y el alto nivel de sus investigaciones y reportes de casos clínicos, además agradecemos a todos los docentes y estudiantes que fueron jurados y conformaron el equipo revisor de esta competencia.

Se despiden,
Isabella Carolina Clementi Hein y
Sebastián Delaney Perret

Directores de la Competencia Científica
COCEM 2025
Comité Organizador Competencia Científica
COCEM 2025

IX CONGRESO CHILENO DE
ESTUDIANTES DE MEDICINA 2025
Universidad de Chile,
Pontificia Universidad Católica de Chile

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 1:
MEJORES CASOS CLÍNICOS

PRIMER LUGAR CC#55: ROTURA UTERINA EN ÚTERO SIN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR: UN EVENTO CLÍNICO RARO E INESPERADO.

Lagos Briceño, J (1), Lagos Briceño, R (1), Yamal Barrios, J (1), Ahumada Millard, G (1), Jiménez Muñoz, C (2)

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

(2) Médico Cirujano, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared de un útero grávido. Supone una complicación grave que pone en riesgo la vida materna y fetal. La mayoría se producen en pacientes con cirugías transmiometrales previas, generalmente una cesárea. Sin embargo, en un porcentaje muy reducido de casos, puede ocurrir en un útero sin cicatrices.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 43 años, multípara de 1, cursando con embarazo de 37 semanas, sin antecedente de cirugías previas, con hipertensión arterial, diabetes gestacional insulino requeriente y cerclaje *in situ* por cuello corto y antecedente de parto prematuro.

Se decide inducir el parto por caída del círculo de crecimiento fetal, doppler fetal alterado. Tras un trabajo de parto prolongado y monitoreo fetal intraparto categoría III, se realiza cesárea de urgencia.

Al ingresar a la cavidad abdominal, se constata rotura uterina a nivel de cuerpo. Tras el alumbramiento, la rotura se propaga hasta vagina, alcanzando 7 cm de longitud. Tras histerorrafia, se visualiza una solución de continuidad vesical. A su vez, cursa con atonía uterina, requiriendo sutura de B-Lynch y transfusión de 2 U de glóbulos rojos. En el postoperatorio, se realiza UROTAC y cistoscopia, evidenciando una fistula vesicovaginal.

DISCUSIÓN:

Si bien la mayoría de las roturas ocurren en úteros con incisiones quirúrgicas transmiometrales previas, en un porcentaje reducido de pacientes se puede presentar en úteros sin cicatrices. Corresponde a un evento inesperado y no predecible, lo que refuerza la necesidad de contar siempre con una alta sospecha clínica.

PALABRAS CLAVE: Cesárea, Fístula Vesicovaginal, Rotura Uterina.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: josefa.lagos@alumnos.uv.cl

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

SEGUNDO LUGAR CC#85: SÍNDROME DE HEYDE EN ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Valenzuela Neira C (1), Riquelme Silva F (1), Cabello Troncoso J (1), Silva De la O F (1), Cerdá Gaete T (2).

(1) Interna/o de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2) Especialista en Medicina Interna, Residente de Cardiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Heyde es la asociación entre estenosis aórtica (EA) y hemorragia gastrointestinal, con una prevalencia estimada del 1.8% en EA severa, siendo poco frecuente en EA leve y moderada. El recambio valvular aórtico ha demostrado revertir este trastorno con cesación del sangrado gastrointestinal. Su diagnóstico tardío eleva el riesgo de hospitalización prolongada y mortalidad en adultos mayores.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 77 años, con antecedentes de EA moderada, enfermedad coronaria y anemia ferropénica. Consultó por melena recurrente, disnea de esfuerzos y lipotimia. En el laboratorio destaca hemoglobina de 6,6 g/dl. La endoscopía digestiva identificó una angiodisplasia en ciego como fuente del sangrado. Ecodiagrama mostró fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 45% y EA degenerativa moderada. Evoluciona favorablemente tras transfusión de glóbulos rojos, hierro intravenoso y terapia endoscópica. Se decide alta con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN:

El síndrome de Heyde se produce por un déficit adquirido del factor von Willebrand tipo IIA. En la EA, el flujo turbulento a través de la válvula modifica la estructura de los multímeros de alto peso molecular del factor, exponiendo sus dominios A2 y facilitando su degradación por ADAMTS13. Estos multímeros son esenciales para la hemostasia en zonas de alto shear-stress, como ocurre en las angiodisplasias. Esta fisiopatología explica su mayor frecuencia en EA severa. El síndrome de Heyde en el contexto de EA moderada está poco descrito en la literatura. Dado su impacto clínico, sería relevante considerar este síndrome como posible indicación para recambio valvular aórtico en futuras guías.

PALABRAS CLAVE: Estenosis de la Válvula Aórtica, Hemorragia Gastrointestinal, Angiodisplasia, Factor de von Willebrand.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: vconstanzan@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.

TERCER LUGAR CC#79: INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN HEMOFILIA: ENTRE LA URGENCIA TROMBÓTICA Y EL RIESGO HEMORRÁGICO.

Miranda Ramos, P (1), Egli Bravo, F (1), Espinoza Briceño, S (1), Laguna Gómez, J (1), Skorka Dvash, D (2).

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

(2) Médico Internista, Unidad de Cuidados Intensivos, Departamento de Medicina Interna, Clínica Red Salud, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La hemofilia es un trastorno hereditario de la coagulación, siendo el tipo A por déficit del factor VIII y el tipo B del factor IX. Aunque se ha sugerido que protege contra la cardiopatía isquémica, el aumento en la expectativa de vida y factores de riesgo asociados a la edad hacen que las personas con hemofilia (PCH) también puedan sufrir eventos cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio (IAM). Este caso evidencia la necesidad de un manejo individualizado que equilibre riesgo trombótico y hemorrágico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 61 años con hemofilia A, hipertensión y dislipidemia, consultó por dolor torácico, diaforesis y náuseas. El electrocardiograma evidenció IAM con supradesnivel ST en derivaciones inferiores. Se inició terapia antiplaquetaria dual (DAPT) (Aspirina y Ticagrelor). La coronariografía reveló lesión crítica en la arteria coronaria derecha, por lo que se realizó una intervención coronaria percutánea (ICP) con stent farmacológico (DES), usando heparina no fraccionada (HNF).

Al alta, continuó con Aspirina, Ticagrelor, estatinas y rehabilitación cardíaca. Posteriormente presentó epistaxis recurrentes y hematoma en antebrazo tras rehabilitación. Se mantuvo con DAPT por 12 meses.

DISCUSIÓN:

El manejo del IAM en PCH representa un desafío. La ICP es el tratamiento de elección y se deben preferir anticoagulantes de vida media corta y reversibles como la HNF, utilizada adecuadamente en este caso. Sin embargo, se recomiendan stents metálicos convencionales, ya que requieren una DAPT de menor duración que los DES. Para la antiagregación se utilizó Ticagrelor, en lugar de Clopidogrel, el cual este último, debido a su menor riesgo de sangrado, es de elección en PCH. Por otro lado, debe considerarse la medición del factor deficiente para profilaxis, lo que no se realizó.

Pese a la reperfusión exitosa, este caso resalta la importancia de un enfoque individualizado que integre el manejo cardiovascular y hematológico, sin subestimar el riesgo de sangrado.

PALABRAS CLAVE: Anticoagulación, Antiplaquetarios, Hemofilia A, Infarto agudo al miocardio, Stent farmacológico.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: Pamela.miranda@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.

CUARTO LUGAR CC#26: TUMOR PULMONAR METASTÁSICO PRODUCTOR DE β -GONADOTROPINA CORIÓNICA HUMANA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EMBARAZO ECTÓPICO ROTO.

Valenzuela Veloso J (1), Conejeros Kogan I (1), Laterra Requena S (1), Concha Contreras S (2), Cárdenas Hernández M (3).

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

(2) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Campus Reñaca.

(3) Ginecóloga Obstetra, Hospital San Camilo, San Felipe.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La principal causa de elevación de β -gonadotropina coriónica humana (β -hCG) corresponde al embarazo. Esta se eleva comúnmente en tumores de células germinales y rara vez en otras neoplasias como el cáncer gástrico, ovárico, hepático y pulmonar. Si bien es poco frecuente, es de relevancia clínica en el diagnóstico diferencial de patologías ginecológicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente mujer de 41 años con antecedentes de mioma FIGO 2 y sangrado uterino anormal en estudio, ingresa a Urgencias por lipotimia. Exámenes de ingreso revelan hemoglobina 2.6 g/dL, PCR 239.6 y β -hCG 25970 mU/mL. Ecografía transvaginal evidencia líquido libre abdominal. Se transfunden hemoderivados e ingresa a pabellón para laparotomía exploratoria por sospecha de embarazo ectópico roto. Se encuentra 150 ml de líquido ascítico, con útero, oviductos y anexos de aspecto normal. Es trasladada al Servicio de Ginecología y se transfunde nuevamente. Se realiza tomografía de cuerpo completo que evidencia masa pulmonar de aspecto neoformativo primario con metástasis cerebrales, hepáticas y peritoneales. CA-125, CA-19-9, antígeno carcinoembrionario y alfafetoproteína con resultado normal. Presenta deterioro de la mecánica ventilatoria y desarrolla un episodio de hemoptisis masiva, evolucionando a paro cardiorrespiratorio y fallecimiento.

DISCUSIÓN:

Hay pocos reportes de cáncer pulmonar productor de β -hCG, siendo los más frecuentes los carcinomas pulmonares de células pequeñas y no pequeñas. Estos tienen mal pronóstico y presentan baja respuesta a quimioterapia. Ante niveles elevados de β -hCG en mujeres con hallazgos clínicos atípicos para embarazo ectópico, es fundamental descartar otras neoplasias, como el coriocarcinoma, con la ayuda de imágenes y marcadores tumorales.

PALABRAS CLAVE: Gonadotropina coriónica humana, Cáncer de pulmón, Síndrome paraneoplásico.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: javier.valenzuela@alumnos.uv.cl

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

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 2:

ANATOMÍA PATOLÓGICA

CC#02: PATRÓN DE EVOLUCIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Basáez Bersezio R.(1), Riquelme Silva F.(1), Radic Bustamante D.(1), Figueiras Carmona M.(1), Gonzalez Montecinos F.(2)

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

(2) Residente de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico UC Christus, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer gástrico constituye una de las principales causas de muerte por neoplasia en Chile, siendo el adenocarcinoma gástrico difuso un subtipo histológico caracterizado por su agresividad, diseminación peritoneal y diagnóstico generalmente tardío. Tiene un comportamiento clínico distintivo con carcinomatosis peritoneal y metástasis ováricas, presentando distintos biomarcadores tumorales a la inmunohistoquímica que permiten establecer terapias dirigidas.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 67 años, autovalente, con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico difuso en etapa IV desde 2023. Fue manejada con quimioterapia paliativa FOLFOX e inmunoterapia con Nivolumab tras rescate de inmunohistoquímica positiva para PD-L1. Tras realización de tamizaje de rutina con examen papanicolau en Noviembre de 2024, citología cervicouterina revela componentes de células de anillo en sello, sugerentes de adenocarcinoma de origen extracervical. Estudios de imagen confirmaron metástasis ováricas bilaterales, con estabilidad del tumor primario y sin nuevas adenopatías, con lo que actualmente se discute la posibilidad de ooforectomía paliativa.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra el patrón clásico de diseminación del cáncer gástrico difuso, con compromiso peritoneal y posteriormente metastásico ovárico, evidenciándose incluso en una muestra de papanicolau, hallazgo que resalta la importancia del análisis citológico y el juicio clínico para la interpretación de muestras con características inusuales. Además destaca el rol de la inmunohistoquímica como herramienta diagnóstica pero también terapéutica, aumentando las opciones para pacientes con marcadores específicos, como el Nirsenimab. Finalmente se discute la ooforectomía bilateral, en contraste con la evidencia disponible, como parte de un enfoque integral que considera el comportamiento macroscópico tumoral, microscópico y el contexto de la paciente.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias gástricas, Adenocarcinoma, Metástasis de la Neoplasia, Carcinoma de Células en Anillo de Sello.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: renata.basaez.b@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 3: **CIRUGÍA GENERAL**

CC#46: VIDEOTORACOSCOPIA EN EL TRAUMATISMO PENETRANTE CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fuentes López, J (1), Burgos Rivera, C (1), Proboste Miranda, G (2) San Martín García B (3), Lobos Galilea (4).

(1) Interna Medicina, Universidad San Sebastián, Complejo Asistencial Dr Victor Rios Ruiz, Los Angeles, Chile.

(2) Interna Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

(3) Cirujano general, Complejo Asistencial Dr Victor Rios Ruiz, Los Angeles, Chile.

(4) Cirujano Tórax, Complejo Asistencial Dr Victor Rios Ruiz, Los Angeles, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El traumatismo penetrante cardíaco (TPC) se puede definir como una lesión traumática que origina una solución de continuidad de estructuras intrapericárdicas, siendo más frecuente por arma blanca. El diagnóstico es clínico, basándose en el antecedente y clínica característica, siendo el taponamiento cardíaco la principal forma de presentación.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 40 años sufre trauma penetrante torácico por arma blanca. Ingrera hemodinámicamente estable sin signos de taponamiento cardíaco. La tomografía computarizada revela hemoneumotórax y leve derrame pericárdico, con elevación de enzimas cardíacas. Se realiza ecocardiograma, pero sin evidencia de derrame pericárdico. Se mantiene en observación y, 24 horas después, la tomografía muestra hemotórax retenido y sospecha de lesión cardíaca, por lo que se realiza cirugía mediante Videotoracoscopía izquierda. Durante la cirugía se encuentra hemotórax de 700 cc, lesión puntiforme en el lóbulo superior del pulmón izquierdo sin hematoma ni fuga aérea, y una lesión de 5 mm en el pericardio. Se realiza ventana pericárdica y exploración miocárdica, encontrando una lesión puntiforme en el ventrículo izquierdo, que se maneja conservadoramente. El procedimiento finaliza sin complicaciones y el paciente tiene una evolución favorable.

DISCUSIÓN:

El tratamiento quirúrgico es la actitud terapéutica de elección. El PCT es un desafío quirúrgico debido a su alta mortalidad (13-42%), la ventana pericárdica vía VATS podría ser una alternativa para el drenaje pericárdico en el contexto de un PCT en un paciente hemodinámicamente estable.

PALABRAS CLAVE: Cirugía Torácica Asistida por Video (VATS), Derrame pericárdico, Taponamiento cardíaco.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: Carito6r@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.

CC#52: PARAGANGLIOMA PULMONAR: CASO CLÍNICO.

Fuentes López J. (1), Valdivieso Erazo E. (1), Gatica Campos B. (1), Mora Ramírez C. (1), San Martín García B. (2), Lobos Galilea J. (3).

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

(2) Cirujano general, Complejo Asistencial Dr Victor Rios Ruiz, Los Angeles, Chile.

(3) Cirujano de Tórax, Complejo Asistencial Dr Victor Rios Ruiz, Los Angeles, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los paragangliomas (PG) son tumores derivados de las células cromafínes del sistema simpático adrenal, por lo que pueden surgir en cualquier área del cuerpo que contenga restos embrionarios de células de la cresta neural. Junto con los feocromocitomas forman parte de los tumores neuroendocrinos. Usualmente son asintomáticos, siendo el diagnóstico por anatomía patológica de la pieza quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 71 años con antecedentes de hipotiroidismo y cáncer de mama (T2N0M0) operado. En los controles postoperatorios por Oncología, se solicita una Tomografía Computarizada de Tórax que revela una masa pulmonar derecha de 6 mm. Debido a esto, es derivada a policlínico de Cirugía Torácica, donde se solicita un PET-CT que muestra una masa pleuropulmonar derecha de 66 x 52 mm. Se realiza una lobectomía y resección del tumor pulmonar mediante video toracotomía. La biopsia de la muestra revela la presencia de abundantes células sustentaculares alrededor de los acúmulos tumorales, lo que confirma el diagnóstico de paraganglioma.

DISCUSIÓN:

Los paragangliomas pulmonares representan el 1-2% del total de PG. Se presentan como tumores solitarios y en su mayoría son asintomáticos. El tratamiento de elección es la resección completa del tumor. No existen pautas para el manejo y vigilancia de los PG pulmonares incidentales debido a su baja incidencia, lo que destaca la importancia de adoptar un enfoque individualizado, así como de fomentar la investigación continua y la colaboración multidisciplinaria para establecer protocolos más claros y eficaces en el diagnóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Paraganglioma, feocromocitoma, tumor.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: j.fuenteslopez0808@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.

CC#35: FÍSTULA GASTROPLEURAL COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE Y GRAVE DE LA MANGA GÁSTRICA.

Alvarado Vásquez, C(1), Gutiérrez Mollenhauer, S(1), Leiva Zenteno, C(1), Leiva Zenteno, C(2), Pérez Castilla, A(2).

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

(2) Interna de Medicina Universidad Autónoma, Talca, Chile.

(3) Cirujano General. Equipo de Cirugía Metabólica Digestiva Clínica Indisa, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Obesidad afecta al 13% de la población adulta, siendo un problema de salud pública importante que aumenta riesgo de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. La cirugía bariátrica, como bypass gástrico y gastrectomía en manga, es una opción eficaz para tratar la obesidad severa y sus comorbilidades. Sin embargo, puede presentar complicaciones como la fístula gastropleural; una conexión anormal entre el tracto gastrointestinal y la cavidad pleural, con sintomatología inespecífica que dificulta diagnóstico y tratamiento. El objetivo es reforzar necesidad de sospecha temprana en pacientes postoperados con síntomas atípicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 21 años con antecedentes de resistencia a la insulina, obesidad y cirugía de manga gástrica en 2022. Consultó en urgencias en septiembre 2023 por disnea, fiebre, tos productiva y dolor pleurítico izquierdo de 3 meses. Los estudios revelaron fístula gastropleural y absceso pulmonar izquierdo, tratado con lobectomía inferior izquierda con resolución completa del cuadro, sin complicaciones.

DISCUSIÓN:

La fístula gastropleural es complicación rara pero grave en cirugías bariátricas, con incidencia 0.2-0.37%. Se asocia a fugas, perforaciones o erosiones gástricas que avanzan hacia espacio pleural, su diagnóstico es complejo debido a síntomas inespecíficos que aparecen meses o años después de la cirugía. Manejo requiere enfoque multidisciplinario que incluye drenaje, antibióticos, soporte nutricional parenteral y cirugía para cerrar la fístula. En algunos casos los stents endoscópicos son útiles. La tomografía computarizada es esencial para diagnosticarla. La cirugía temprana es crucial para evitar complicaciones graves. Este caso resalta importancia del seguimiento postoperatorio en pacientes bariátricos, especialmente con síntomas respiratorios o abdominales atípicos, y la necesidad de un diagnóstico rápido para prevenir complicaciones. La intervención temprana sigue siendo el pilar terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Cirugía bariátrica, Complicaciones postquirúrgicas, Fístula, Manga gástrica.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: c.alvaradovsquez@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.

CC#73: DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO POR BEZOAR EN ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Arellano Sepúlveda, J. (1), Kurako, M. (1), Leyton Espinoza, F. (1), Tapia González, K. (1), Sotelo Albornoz, C. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Becada de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El divertículo de Meckel es la malformación congénita más común del tubo intestinal, presentándose en el 2% de la población general. Su diagnóstico suele hacerse en la infancia, en hombres y es generalmente asintomática, pero puede presentarse con una clínica inespecífica y hasta en un 4% manifestarse con complicaciones, teniendo frecuencias máximas antes de los 2 años. En pediátricos se presenta comúnmente como hemorragia, a diferencia del adulto, que se manifiesta como obstrucción intestinal y diverticulitis. La causa más frecuente de obstrucción es la invaginación ileocólica, siendo infrecuente la presencia de bezoar. Para la orientación diagnóstica es imprescindible la realización de una imagen, para así poder decidir el manejo, el cual generalmente es quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 52 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Ingresó por dolor abdominal en cuadrante superior derecho, postprandial, sin signos de irritación peritoneal. Estaba hipertenso, taquicárdico y parámetros inflamatorios aumentados. El escáner abdominalpélvico mostraba signos de obstrucción intestinal mecánica alta, con cambios inflamatorios de íleon y diverticulosis. Se realizó laparoscopía diagnóstica, encontrando obstrucción intestinal a nivel de divertículo de Meckel complicado con bezoar, ubicado a 90 cm de la válvula ileocecal. Se realizó resección de 25 cm y anastomosis latero-lateral. Evolucionó con íleo intestinal, manejado con sonda nasogástrica y reposo digestivo. Posteriormente dado de alta.

DISCUSIÓN:

Debido a que el dolor abdominal es inespecífico y puede orientar a múltiples causas, el divertículo de Meckel debe considerarse como diagnóstico diferencial en adultos. Más infrecuente aún es su asociación con la presencia de bezoar (0,4-4%). Para orientarse en el diagnóstico, se realizó un escáner, el cual impresionó una obstrucción intestinal, pero no confirmó la causa, por lo cual se debió realizar una laparotomía diagnóstica, la cual termina siendo buena opción, ya que se comporta posteriormente como herramienta terapéutica.

PALABRAS CLAVE: Divertículo de Meckel, Dolor abdominal, Obstrucción intestinal.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: internajaviera.arellano@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.

CC#13: TIFLITIS AGUDA EN PACIENTE APENDICECTOMIZADA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Figueras Carmona M (1), Escobedo Durán E (1), Basáez Bersezio R (1), Silva Peña F (2).

(1) Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2) Residente de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La tiflitis aguda consiste en una inflamación del ciego potencialmente mortal, por lo que representa una emergencia médica. Si bien es más prevalente en pacientes inmunocomprometidos, se han reportado casos en individuos inmunocompetentes, representando un desafío diagnóstico. Su presentación clínica es similar a la apendicitis aguda, pudiendo dificultar la sospecha e identificación en un contexto clínico similar.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 39 años sin antecedentes mórbidos inicialmente, que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal en hemiabdomen derecho, fiebre, vómitos y diarrea. A pesar de que el contexto clínico y los hallazgos iniciales eran compatibles con apendicitis aguda, se rescató el antecedente que la paciente había sido sometida a una apendicectomía hace más de 20 años, lo que llevó a considerar el diagnóstico de tiflitis. La tomografía axial computarizada evidenció inflamación en el ciego. Se decidió manejo médico, con evolución favorable por lo que la paciente fue dada de alta precozmente.

DISCUSIÓN:

Si bien la tiflitis aguda es un diagnóstico poco frecuente en inmunocompetentes, es importante considerar esta condición en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo. Los síntomas incluyen dolor abdominal, fiebre y diarrea. Por su parte, las imágenes como la tomografía son fundamentales para diferenciarla de otras patologías como la apendicitis. El tratamiento generalmente es conservador, utilizando antibióticos, con cirugía reservada para complicaciones que puede generar la progresión de esta patología, como lo son la perforación intestinal y sepsis.

PALABRAS CLAVE: Apendicectomía, Diagnóstico diferencial, Dolor abdominal.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: mariana.figueras@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.

CC#40: TUMOR NEUROENDOCRINO TORÁCICO CON PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN FÚNGICA EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX.

Gutiérrez Mollenhauer, S(1), Alvarado Vásquez, C(1), Leiva Zenteno, C(1), Leiva Zenteno, C(2), Aranda Gancedo, S(3).

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

(2) Interna de Medicina, Universidad Autónoma, Talca, Chile.

(3) Cirujano General, Hospital el Pino, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Los tumores neuroendocrinos torácicos (NET) son neoplasias infrecuentes originadas en células neuroendocrinas del tórax y se clasifican en carcinoides típicos, atípicos y carcinomas neuroendocrinos. Los carcinoides presentan mejor pronóstico, mientras que los carcinomas son más agresivos. La cirugía constituye el tratamiento curativo principal de estas neoplasias. Por otro lado, la aspergilosis pulmonar crónica, producida por Aspergillus, se caracteriza por tos y hemoptisis. Su diagnóstico se basa en factores del hospedero (neutropenia, trasplante de progenitores hematopoyéticos, corticoides, inmunosupresores, inmunodeficiencias primarias), criterios micológicos (tinciones o cultivos indirectamente positivos) y criterios clínicos, incluyendo hallazgos característicos en tomografía computarizada de tórax, como nódulos con halo asociados a hemorragia por angioinvasión del hongo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 52 años, con antecedentes de hipertensión y asma, derivada con baciloskopía negativa, presentó tos húmeda y diaforesis nocturna de más de un mes. Los estudios evidenciaron bronquiectasias y un micetoma en lóbulo inferior derecho, diagnosticándose aspergiloma. Se realizó lobectomía y la biopsia informó un tumor neuroendocrino bien diferenciado G1. Tras evolución favorable, fue dada de alta con indicación de controles imagenológicos cada tres meses.

DISCUSIÓN:

Se presenta el caso de una paciente de 52 años sin antecedentes de tabaquismo quien presentó síntomas pulmonares inespecíficos. Un TAC de tórax mostró bronquiectasias y signos de micetoma, diagnosticándose aspergiloma, manejándose con lobectomía. Sin embargo, la biopsia reveló un tumor neuroendocrino bien diferenciado, resaltando la complejidad diagnóstica de las lesiones pulmonares. Por lo cual, es relevante considerar diagnósticos diferenciales y realizar estudios exhaustivos para evitar diagnósticos erróneos. Un enfoque multidisciplinario es esencial para un diagnóstico preciso y adecuado manejo terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Aspergilosis, Cáncer de pulmón, Tumores neuroendocrinos.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: stephaniemollenhauerg@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.

CC#36: CONSECUENCIAS DE UNA INGESTIÓN CÁUSTICA INTENCIONAL: DAÑO ESOFAGOGÁSTRICO SEVERO, RECONSTRUCCIÓN DIGESTIVA Y MÚLTIPLES DILATACIONES ENDOSCÓPICAS.

Jiménez Cárcamo C. (1), Merino Lara B. (1), Vásquez Espinoza C. (1), Jaar Estay F. (1), Núñez Camara M. (2).

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

(2) Médico Cirujano Digestivo, Departamento Cirugía Digestivo Alto, Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, Quillota, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La ingestión de cáusticos, es una emergencia médica grave que provoca lesiones extensas y de diversa gravedad desde la boca hasta el estómago. Las lesiones esofágicas son especialmente preocupantes dado su riesgo de complicaciones agudas como perforación, y crónicas como estenosis o cáncer esofágico. El tratamiento es complejo, abarcando desde intervenciones endoscópicas hasta cirugías reconstructivas extensas. Presentamos un caso clínico para ilustrar los desafíos terapéuticos asociados a esta condición, cuya baja frecuencia resalta la importancia de su discusión.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 62 años con antecedente de hipertensión consulta por dolor abdominal intenso, vómitos profusos, compromiso del estado general y signos de shock. La TC evidenció perforación gástrica y líquido libre, por lo que se realizó cirugía de urgencia con gastrectomía total, esofagectomía distal, esplenectomía y yeyunostomía. Posteriormente requirió cierre de muñón duodenal y soporte intensivo. En 2024 se efectuó reconstrucción con interposición colónica y anastomosis faringo-colónica. Evolucionó con estenosis anastomótica severa, tratada con rendez-vous endoscópico y múltiples dilataciones seriadas (más de 26), logrando finalmente tolerancia oral parcial junto a rehabilitación integral.

DISCUSIÓN:

La ingestión de cáusticos en adultos, generalmente intencional, produce lesiones graves y obliga a decisiones quirúrgicas urgentes. La interposición colónica permite reconstituir el tránsito, aunque con alto riesgo de estenosis, como ocurrió en este caso. Pese a múltiples dilataciones y reintervenciones, el uso de la técnica rendez-vous facilitó el manejo de estenosis complejas. Este caso resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario, rehabilitación prolongada y seguimiento endoscópico a largo plazo por riesgo elevado de estenosis recurrentes y carcinoma esofágico.

PALABRAS CLAVE: Anastomosis quirúrgica, Cáusticos, Esofagitis.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: c.jimnezcrcamo@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.

CC#23: DOBLE DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIAS RENALES EN PACIENTE SANO.

Suazo Cerna L (1), Saldivia Zaror C (1), Muñoz Cornejo F (1), Batallé Naranjo L (1), Urrea Correa L (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

(2) Cirujano vascular, Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La disección espontánea de arteria renal (DEAR) es una entidad infrecuente, habitualmente unilateral, más común en hombres entre 40 y 50 años. Se asocia a fibrodisplasia muscular, enfermedades del tejido conectivo e hipertensión. Dentro de su clínica está dolor en flanco afectado, hematuria y elevación de la tensión arterial. Debido a su baja frecuencia y potencial compromiso de la función renal, reconocer esta entidad oportunamente es fundamental. El objetivo del trabajo es reportar un caso de DEAR, discutir su abordaje y aportar al razonamiento diagnóstico y terapéutico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Masculino, 46 años, sin comorbilidades, consultó en servicio de urgencias por dolor en flanco derecho súbito e intenso, irradiado a zona lumbar derecha. Sin fiebre, síntomas urinarios ni gastrointestinales. Al examen físico, sin alteraciones, normotensio, laboratorio destacó leucocitosis y función renal conservada (FRC). Se tomó tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis evidenciando infarto renal derecho y angiotomografía computarizada (AngioTAC) de abdomen y pelvis, que confirmó disección de arteria renal (DAR) derecha. Se manejó de forma conservadora con anticoagulación y se dió de alta con buena evolución clínica y FRC. Cuatro días después, reconsultó por cuadro similar en flanco izquierdo. Nuevo AngioTAC evidenció DAR izquierda con infarto renal ipsilateral. Se hospitalizó nuevamente, manteniendo anticoagulación. Evolucionó favorablemente, con FRC, sin complicaciones hemodinámicas. Fue dado de alta con control ambulatorio por nefrología y cirugía vascular.

DISCUSIÓN:

La DEAR de presentación bilateral y secuencial, sin factores predisponentes identificables, es sumamente infrecuente. La ausencia de condiciones de riesgo resalta la importancia de la agudeza diagnóstica. El manejo es escalonado e individualizado según la presentación clínica, extensión y complicaciones. En pacientes estables, normotensos, sin deterioro renal, se recomienda manejo médico. La intervención endovascular se indica en hipertensión refractaria, deterioro de la función renal, síntomas persistentes o isquemia renal significativa. La cirugía abierta es excepcional.

PALABRAS CLAVE: Arteria renal, Disección arterial, Hipertensión arterial.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: lsuazocerna@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.

CC#08: PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA COMPLICADA CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Castillo Benítez S. (1), Cardona Tapias V. (1), Cabrera Lues M. (1), Marinado Sanhueza F. (1), Pimentel Pérez N. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Becado de Cirugía General, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La pielonefritis enfisematoso (PNE) es una infección necrotizante renal severa e infrecuente, caracterizada por presentar gas en el parénquima renal y tejidos circundantes. Afecta principalmente a mujeres y pacientes diabéticos, correspondiendo al 80-96% de los casos. Su clínica es inespecífica, pudiendo manifestarse como una infección localizada hasta una sepsis severa. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis (TAC AP) permite hacer el diagnóstico y delimitar su extensión. Históricamente, la nefrectomía de urgencia fue considerada el pilar de manejo de la PNE, sin embargo, hoy en día se prioriza el manejo conservador mediante el drenaje percutáneo y la terapia antibiótica sistémica, a excepción de casos con sepsis grave que no mejoran con manejo médico, o ante pacientes con factores de riesgo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 56 años, con antecedentes de pielonefritis recurrente y nefrolitiasis consulta en urgencia por cuadro de 4 días de dolor abdominal en flanco derecho, sensación febril y orinas oscuras. Al ingreso se encuentra hipotensa, taquicardia, y subfebril, con lactato 31.6 mg/dl, creatinina 3.24 mg/dl, parámetros inflamatorios elevados y un urocultivo positivo para *Escherichia coli* BLEE (+). Se toma TAC AP evidenciándose una disrupción del parénquima renal y neumoperitoneo. Paciente es evaluada por equipo de urología, quienes confirman el diagnóstico de PNE complicada, decidiendo manejo quirúrgico en pabellón de urgencias para nefrectomía derecha, debido a la complejidad del cuadro clínico y los antecedentes de la paciente.

DISCUSIÓN:

La PNE es una patología compleja y potencialmente fatal que debe sospecharse en pacientes con clínica inespecífica de abdomen agudo y factores de riesgos característicos. Requiere un diagnóstico rápido, apoyado por TAC AP, y aunque actualmente se prefiere un manejo conservador, la cirugía de urgencia mediante nefrectomía total continúa siendo la opción terapéutica de primera línea en casos de mayor complejidad.

PALABRAS CLAVE: Nefrectomía, Pielonefritis Enfisematoso, Tratamiento de Urgencia.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: sacastillo2@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.

CC#12: RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA EN CÁNCER RECTAL LOCALMENTE AVANZADO CON FÍSTULA RECTOVESICAL: UN CASO CLÍNICO COMPLEJO.

Durán Bravo M. (1), Sandoval Paredes C. (1), Cuevas Vega A. (1), Morales Olate B. (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

(2) Cirujano General, Becado de Coloproctología, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de recto localmente avanzado con invasión de órganos vecinos representa un desafío terapéutico importante, siendo las fistulas rectovesicales secundarias a infiltración tumoral y radioterapia poco frecuentes, pero de difícil manejo y mal pronóstico. El caso presentado muestra una respuesta patológica completa tras tratamiento neoadyuvante total (TNT) y cirugía radical, siendo esto poco frecuente, pero de excelente valor pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 55 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta por cuatro meses de diarrea, dolor rectal y rectorragia. La colonoscopia muestra adenocarcinoma rectal circunferencial y parcialmente estenosante. La biopsia confirma adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado. Etapificación evidencia tumor T4b, compromiso de reflexión peritoneal anterior y adenopatías mesorrectales. Se realiza TNT, evolucionando con reducción tumoral. En noviembre de 2024 se lleva a cabo exenteración pélvica con colostomía terminal y urostomía tipo Bricker. Intraoperatoriamente se constata fistula rectovesical neoplásica. El informe anatopatológico muestra ausencia de tumor residual (ypT0N0), sin ganglios comprometidos ni márgenes afectados. En el postoperatorio cursa con dehiscencia de anastomosis, infecciones bacterianas, diarrea por Clostridium difficile y trombosis venosa profunda, requiriendo reintervenciones y manejo multidisciplinario. A marzo de 2025 su evolución funcional y oncológica ha sido favorable, destacando un pronóstico excelente en un contexto inicialmente adverso.

DISCUSIÓN:

Este caso resalta el valor del tratamiento integral y multidisciplinario ya que a pesar de la complejidad quirúrgica y las complicaciones postoperatorias, el paciente presentó adecuada recuperación funcional, sin recurrencia clínica y con resolución quirúrgica de una fistula post-radioterapia, hecho poco común.

PALABRAS CLAVE: Adenocarcinoma, Cáncer rectal, Fístula rectal.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: lsuazocerna@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 4: **CIRUGÍA INFANTIL**

CC#56: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDA CONGÉNITA EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Muñoz Hinojosa A (1), Vargas Ubilla D (1), Heim Neira A (1), Ponce Fernández M (1), Varela Gana M (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

(2) Cirujano pediatra, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

En cuadros de obstrucción intestinal en ausencia de cirugías previas, los diagnósticos diferenciales son diversos; Siendo las bridas congénitas una causa extremadamente infrecuente, con una incidencia desconocida, donde la mayoría de casos se darán pacientes pediátricos, existiendo casos también descritos en adultos.

El objetivo de este caso clínico es describir la presentación y el manejo de una obstrucción intestinal por brida congénita.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 14 años, con antecedente de constipación crónica desde el periodo neonatal, consultó en servicio de urgencia por cuadro de 16 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, tipo cólico, que no cede con analgesia, asociado a náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones durante 3 días. Al examen físico solo destacó resistencia muscular a la palpación profunda, sin otras alteraciones, debiéndose hospitalizar para estudio y manejo por sospecha de obstrucción intestinal.

En los estudios de imagen se evidencio gran dilatación de asas de intestino delgado en conjunto con una persistencia de sintomatología, por lo que se intervino quirúrgicamente mediante laparotomía exploradora evidenciándose banda adhesiva en Íleon a 60 cm de la válvula ileocecal, que no permitía el flujo hacia distal, la cual se resecó sin incidentes, completando el acto quirúrgico exitosamente. Posteriormente evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

DISCUSIÓN:

La obstrucción intestinal secundaria a brida congénita es un diagnóstico complejo que puede traer consigo consecuencias fatales, siendo el alto índice de sospecha junto al descarte de patologías diferenciales y una oportuna exploración quirúrgica las que determinarán el diagnóstico y manejo definitivo.

PALABRAS CLAVE: Congénito, Íleon, Obstrucción intestinal.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: agustinn.munozh@gmail.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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 5:
CIRUGÍA MAXILOFACIAL

CC#49: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON COMPROMISO FRONTO-ÓRBITO-NASO-MAXILAR.

Fariña Silva G (1), Sessa Zapata M (1), Astudillo Escalona F (1), Guarda Sánchez M (1), Klenner Muñoz A (2).

(1) Estudiante de quinto año de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago Chile.

(2) Médico cirujano cabeza y cuello y maxilofacial, jefa cirugía oncológica de Hospital Dipreca, Santiago Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma espinocelular (CEC) nasosinusal es una neoplasia maligna de origen epitelial, poco frecuente, que representa menos del 5% de todos los tumores de cabeza y cuello. Su presentación clínica inespecífica como obstrucción nasal o dolor facial dificulta el diagnóstico temprano, impactando negativamente en el pronóstico. Este caso busca destacar la dificultad diagnóstica y terapéutica de un CEC en etapa avanzada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 68 años sin antecedentes mórbidos de relevancia, consulta por aumento de volumen en región periorbitaria izquierda de dos meses de evolución, dolor leve, diplopía y alteración visual ipsilateral. Al examen físico destacó exoftalmos, restricción de aducción ocular y disminución de agudeza visual. La tomografía computarizada mostró una masa etmoido-naso-maxilar con compromiso orbitario, restricción del músculo recto medial y destrucción ósea. La biopsia inicial fue no concluyente debido a necrosis. Una segunda biopsia confirmó carcinoma espinocelular no queratinizante moderadamente diferenciado. El paciente fue derivado para tratamiento especializado donde se clasificó como estadio IV y se planteó tratamiento quirúrgico radical con exenteración orbitaria más radioterapia adyuvante versus manejo paliativo.

DISCUSIÓN:

Los tumores nasosinusales malignos son poco frecuentes y pueden confundirse con procesos inflamatorios o infecciosos. La presentación insidiosa y el compromiso orbito-maxilar hicieron sospechar inicialmente un linfoma. La necrosis en la muestra inicial subraya la importancia de una adecuada toma de tejido para un diagnóstico certero. El compromiso orbitario implica un peor pronóstico y mayor agresividad. En estos casos, el tratamiento quirúrgico radical con exenteración mejora el control loco-regional y es respaldado por series recientes que reportan tasas de control local superiores al 60% en tumores con invasión orbitocraneal. La sobrevida global a 5 años en estadios IV se estima entre 20-30%. El diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario son esenciales para mejorar el desenlace clínico.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma de células escamosas, Cavidad nasal, Enfermedades orbitarias, Neoplasias orbitarias, Senos paranasales.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: gabriel.farina@mail_udp.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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 6:
DERMATOLOGÍA

CC#80: DIAGNÓSTICO DE LEPROSIDISMO TUBERCULOIDE BORDERLINE EN CHILE: CASO EN PACIENTE CON RESIDENCIA PROLONGADA EN BRASIL.

Oyarzún Ramos, A (1); Concha Vera, M (1); Rodrigo Díaz, F (1); Arellano Lorca, J (2); Corredoira Salem Y (3).

(1) Interna/o de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

(2) Dermatólogo, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

(3) Anatomopatóloga, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, que afecta piel y nervios periféricos. Aunque su prevalencia ha disminuido globalmente, en Chile se han reportado casos en aumento. Su transmisión es respiratoria, con un periodo de incubación prolongado. Clínicamente, se presenta con lesiones cutáneas hipoestésicas y engrosamiento nervioso. El diagnóstico es histológico y el tratamiento, farmacológico. Presentamos el caso de un paciente chileno de 59 años, sin comorbilidades, con antecedente de residencia prolongada en Brasil, zona endémica. Este trabajo busca resaltar la importancia de considerar lepra en el diagnóstico diferencial ante lesiones crónicas en pacientes provenientes de regiones con alta carga de enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 59 años, sano, con antecedentes de residencia en Brasil por 30 años. Consulta por hipoestesia en pierna derecha de 4 años de evolución, y hace 1 año, una placa eritematosa anular descamativa en la misma zona. Baciloscopía negativa. La biopsia sugiere lepra paucibacilar tuberculoide borderline. Se inicia tratamiento con dapsona y rifampicina, con evolución favorable y sin nuevas lesiones.

DISCUSIÓN:

El presente caso resalta la importancia del diagnóstico precoz de lepra en contextos no endémicos. La presentación clínica, con compromiso neurológico y lesión cutánea persistente, puede ser confundida con otras dermatosis. La forma borderline tuberculoide presenta características histológicas distintivas pese a la baciloscopía negativa. La vigilancia activa en pacientes con antecedentes de residencia en zonas endémicas es clave para evitar retrasos diagnósticos y prevenir discapacidades permanentes asociadas.

PALABRAS CLAVE: Lepra; *Mycobacterium leprae*; Vigilancia Epidemiológica.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: alejandro.oyarzun@ug.uchile.cl

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

Los autores Alejandro Javier Oyarzún Ramos y María Ignacia Concha Vera declaran ser miembros de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile; no obstante, no participan en el equipo revisor de casos clínicos ni de trabajos de investigación, ni en ninguna otra instancia que suponga un conflicto de interés.

CC#88: LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE EN PACIENTE CON ANTICUERPOS ANTINUCLEARES NEGATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Willatt Contardo R (1), Álvarez Said M (1), Allende Izquierdo B (1), Ruiz Herrera C (1), Hidalgo Acuña L (2).

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

(2) Dermatólogo, Red Salud UC Christus, Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El lupus es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La presentación cutánea es frecuente, siendo el primer signo en hasta 28% de los casos de lupus eritematoso sistémico (LES). Si el compromiso se limita a la piel, se clasifica en lupus eritematoso cutáneo (LEC) agudo, subagudo y crónico. El LEC discoide es la forma más común de LEC crónico, con una incidencia reportada de 4/100.000 habitantes en Estados Unidos y una edad media diagnóstica de 40 años. Clínicamente se presenta con placas eritematodescamativas en zonas fotoexpuestas y puede dejar cicatrices permanentes. El diagnóstico es clínico-histopatológico y debe descartar compromiso sistémico. El tratamiento consiste en fotoprotección, corticoides tópicos, y en casos seleccionados, anti-maláricos sistémicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 22 años, sin antecedentes mórbidos, con madre con LES, consulta por lesiones no pruriginosas en ambas mejillas de tres meses de evolución. Al examen físico presenta placas eritematocostrosas redondeadas, bien delimitadas, induradas, levemente atróficas con exudado citrino. La dermatoscopia mostró hiperqueratosis folicular. Los exámenes de laboratorio como hemograma, pruebas hepáticas, orina completa y complemento fueron normales, incluyendo ANA y anticuerpos anti-DNA negativos. La biopsia cutánea e inmunofluorescencia confirmaron el diagnóstico de LEC crónico, evidenciando irregularidad de la membrana basal con dermatitis de interfase vacuolar. La clínica, laboratorio y biopsia descartaron compromiso sistémico. Se indicó tratamiento tópico con hidrocortisona, luego tacrolimus e hidroxicloroquina sistémica, logrando remisión clínica completa.

DISCUSIÓN:

Este caso subraya la relevancia de una evaluación clínica detallada ante lesiones sospechosas de origen autoinmune. Aunque existe el riesgo de progresión a LES, en casos con ANA negativo y sin otras manifestaciones sistémicas iniciales, como el presentado, la tasa de progresión es baja (5%). El manejo precoz y adecuado, junto al seguimiento clínico regular, permite prevenir complicaciones y detectar oportunamente la eventual aparición de manifestaciones sistémicas.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis, Lupus Eritematoso Cutáneo, Lupus Eritematoso Discoide.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: rosario.willatt@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.

CC#27: CRISIS CONVULSIVA SECUNDARIA A CARCINOMA BASOESCAMOSO EN REGIÓN FRONTAL IZQUIERDA.

Viada Ferrari P (1), Dueñas Sánchez A (1), Rivera Martínez R (1), López Restovic P (1), Poblete Cisterna J (2).

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

(2) Becado de Neurología, Universidad de Chile, Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma basoescamoso corresponde a un subtipo poco frecuente de carcinoma de células basales que se caracteriza por compartir rasgos clínicos e histopatología tanto con carcinoma de células basales como con el carcinoma escamoso. Se distingue por ser agresivo presentando altas tasas de recurrencia, invasión perineural y metástasis.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años con antecedente de carcinoma basoescamoso en región frontal izquierda operado, en plan de realización de ampliación de márgenes y cobertura con colgajo, consulta por episodio convulsivo seguido de compromiso de conciencia. Al examen físico, se encuentra vigil, atento y orientado, sin focalidad neurológica, se observa en región frontal izquierda lesión excavada de 10x10 cm. Se estudia con Resonancia Magnética de Cerebro que muestra remanente/recidiva tumoral en relación a los márgenes del lecho operatorio, compromiso del hueso frontal parietal adyacente, y extensión intracraneana con compromiso de meninge frontal izquierda. Se decide hospitalizar e iniciar tratamiento con Levetiracetam, evolucionando sin nuevas crisis convulsivas. Es evaluado por equipo de oncología que inicia tratamiento con pembrolizumab. Además, se realiza evaluación por equipos de cirugía plástica, cirugía de cabeza y cuello y neurocirugía, donde se determina que el paciente se encuentra fuera del alcance quirúrgico, sin alternativas de realizar intervenciones curativas.

DISCUSIÓN:

El caso clínico expuesto demuestra la agresividad de este tipo de cáncer, subrayando la importancia de un diagnóstico y un abordaje terapéutico precoz y óptimo para evitar complicaciones graves. La excisión quirúrgica completa es el tratamiento de primera línea. La cirugía de Mohs ha mostrado mejores resultados, con tasas de recurrencia menores al 10 %, en comparación a un 12-45% de la cirugía convencional. En estadios avanzados, se consideran alternativas como radioterapia e inmunoterapia dentro de los que destacan los inhibidores de puntos de control inmunitario o checkpoints como el pembrolizumab.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma Basoescamoso, Convulsiones, Invasividad Neoplásica, Recurrencia Local de Neoplasia.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: palomaviada@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.

CC#15: SÍNDROME DE REACCIÓN A LAS DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS INDUCIDO POR CARBAMAZEPINA.

Guerrero Pino L. (1), Navarro Fuentes J. (1), Salazar Soto C. (1), Henríquez Garrido M. (1), Rodríguez Gallardo C. (2).

(1) Interna/o de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Santiago

(2) Médico Internista, Universidad de Chile, Hospital Provincial de Talagante

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de reacción a las drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción rara y potencialmente letal asociada al uso de algunos fármacos, cuyas manifestaciones clínicas pueden confundirse con patologías cutáneas, las cuales aparecen incluso 3 meses después de iniciar la exposición al fármaco causante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino medicado hace 7 semanas con Carbamazepina, que cursó posteriormente con cuadro febril y lesiones violáceas generalizadas a predominio de tronco y extremidades inferiores, de carácter urente, asociado a edema en rostro. Presentó elevación de transaminasas y parámetros inflamatorios, al hemograma destacó eosinofilia. El manejo se realizó con Hidrocortisona y Clorfenamina, además de hemograma y perfil hepático seriados. El paciente evolucionó favorablemente, logrando resolución del cuadro en una semana aproximadamente.

DISCUSIÓN:

Se diagnosticó Síndrome de DRESS, las manifestaciones clínicas de este cuadro incluyen rash morbiliforme, fiebre, edema facial, linfadenopatías, y afectación multiorgánica. Los mecanismos fisiopatológicos del Síndrome de DRESS no han sido definidos aún. Su diagnóstico se realiza mediante el score de RegiSCAR, el cual utiliza la clínica y laboratorios como criterios. Su diagnóstico también puede ser guiado mediante algunos resultados en la biopsia de piel. Entre los fármacos más comúnmente relacionados a la aparición de este síndrome se encuentran la carbamazepina (27% de los casos), allopurinol (11-18%), dapsona (12%), lamotrigina (6%), fenobarbital (6%) y la fenitoína (4%).

PALABRAS CLAVE: Carbamazepina, DRESS, fiebre.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: leonorguerrero@outlook.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.

CC#61: DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: EL LARGO SILENCIO DE UN TUMOR INFILTRANTE.

Melo Toledo R (1), Cerro Otárola C (1), Caro Figueroa C (1), Pinto Arriagada J (1), Meza Viteri V (2).

(1) Interno/a de 6º Año de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

(2) Médico Cirujano, Becado Dermatología, Universidad de los Andes, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El dermatofibrosarcoma es un sarcoma cutáneo de partes blandas poco frecuente y con bajo potencial metastásico. Sin embargo, presenta un alto potencial de infiltración, con tendencia a destruir estructuras adyacentes si no se trata oportunamente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 58 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en atención primaria por nódulo en región dorsal superior de 16 años de evolución, sin otros síntomas. Se realizó ecografía de partes blandas que informa “quiste sebáceo”. Fue derivada para resección quirúrgica y estudio histopatológico, que concluye hallazgos compatibles con dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) con compromiso de bordes. Se deriva a policlínico de dermatología, donde se decide completar estudio de diseminación mediante ecografía cervical y axilar, resultando negativo. Se reseca el tumor mediante cirugía ambulatoria con técnica micrográfica de Mohs lenta, con resección completa de la lesión.

DISCUSIÓN:

El DFSP es un tumor poco frecuente, representando el 2% de todos los sarcomas de partes blandas. Constituye un diagnóstico diferencial importante frente al dermatofibroma, una lesión cutánea benigna de alta prevalencia. En sus etapas iniciales, el DFSP suele presentarse como una placa sintomática de crecimiento lento, que puede elevarse progresivamente, acelerando su crecimiento y desarrollando lesiones satélites que pueden comprometer estructuras adyacentes. Se debe sospechar su presencia en pacientes con antecedentes de un nódulo cutáneo profundo, de bordes irregulares que se extienden más allá de los límites de la lesión primaria. Ante la sospecha clínica, es fundamental realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico, dada la capacidad del tumor para causar daño local significativo a medida que progresá.

PALABRAS CLAVE: Biopsia, Cirugía Micrográfica de Mohs, Dermatofibrosarcoma.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: rmelo2020@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 7: ENDOCRINOLOGÍA

CC#14: ALTERACIONES NEUROCOGNITIVAS EN CONTEXTO DE TORMENTA TIROIDEA: REPORTE DE UN CASO.

Guerman González P (1), Leiva Osorio C (1), Apsé Márquez C (1), Araneda Muñoz J (1). Bobadilla Bastidas L (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile

(2) Médico Internista, Unidad de Cuidados Críticos, Departamento de Medicina Interna, Hospital Provincial de Talagante Dr. Adalberto Steeger, Talagante, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La tirotoxicosis es un estado clínico originado por niveles excesivos de hormonas tiroideas, habitualmente en el contexto de hipertiroidismo, siendo la enfermedad de Graves una de sus principales causas. Este cuadro puede provocar múltiples manifestaciones neuropsiquiátricas, como depresión, psicosis, manía, demencia e incluso encefalopatía autoinmune. En este contexto, se presenta el caso de una paciente con hipertiroidismo no tratado, que desarrolló tirotoxicosis asociada a deterioro neurocognitivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 55 años, trabajadora bancaria, con antecedentes de hipertensión arterial y trastorno de estrés postraumático, es derivada a urgencias de un hospital de mediana complejidad por alteraciones tiroideas graves ($T_3 > 8,0 \text{ ng/mL}$; $T_4 > 17,0 \text{ ng/mL}$; $TSH < 0,01 \mu\text{U}/\text{mL}$), acompañado de cefalea, vómitos, desorientación y cambios conductuales. Se confirma tirotoxicosis mediante la escala de Burch-Wartofsky iniciando tratamiento con antitiroideos, corticoides y manejo sintomático. Ante la persistencia de síntomas cognitivos, se sospecha encefalitis autoinmune, por lo que se realizaron evaluaciones neurocognitivas que evidenciaron deterioro moderado y dependencia severa en actividades básicas. Con manejo multidisciplinario evolucionó favorablemente, siendo derivada a hospitalización domiciliaria, donde logra recuperación funcional e independencia progresiva.

DISCUSIÓN:

La tirotoxicosis constituye una emergencia médica compleja, capaz de producir alteraciones neuropsiquiátricas severas por su impacto sobre la neurotransmisión, el metabolismo cerebral y la integridad de la barrera hematoencefálica. Las hormonas tiroideas aumentan el estrés oxidativo y pueden acelerar procesos neurodegenerativos. En este caso, la paciente respondió positivamente al tratamiento, pero la falta de estudios diagnósticos claves como anticuerpos anti-receptor de TSH, anti-tiroperoxidasa y punción lumbar impidió confirmar una posible encefalopatía autoinmune y esclarecer la etiología de fondo. Este escenario evidencia la necesidad de un enfoque integral, especialmente en centros de menor complejidad, donde la limitada disponibilidad diagnóstica puede dificultar el abordaje adecuado del cuadro clínico.

PALABRAS CLAVE: Encefalopatía, Hipertiroidismo, Tirotoxicosis, Tormenta tiroidea, Trastornos neurocognitivos.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: paulina.guerman@cloud.uautonoma.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.

CC#22: CRISIS SUPRARRENAL EN PACIENTE CON DIARREA POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE: RELEVANCIA CLÍNICA PARA UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

Valenzuela Veloso J (1), Barrera Muñoz C (1), San Martín Muñoz C (1), Muñoz Camaño V (1), Pardo Beltrán C (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

(2) Médica Cirujana, CESFAM Belarmina Paredes, Futrono, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia suprarrenal primaria (ISRP) se caracteriza por un déficit crónico de hormonas cortico-suprarrenales secundaria a disfunción glandular. Su presentación clínica es inespecífica, dificultando su reconocimiento temprano. Factores como el estrés, infecciones y enfermedades intercurrentes pueden precipitar crisis suprarrenales con alta morbimortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 25 años consulta reiteradamente por cuadro progresivo de dolor abdominal y astenia de 1 mes de evolución, tratado inicialmente como gastroenteritis viral. Posteriormente desarrolla hiperpigmentación cutánea, melanoplaquias y síntomas digestivos persistentes. Tras endoscopía con test de ureasa (+), se inicia terapia triasociada de erradicación de *H. pylori*, evolucionando con empeoramiento del estado general, vómitos y diarrea prolongada. En hospitalización presenta hipotensión que responde parcialmente a volumen. Estudio microbiológico confirma colitis por *Clostridioides difficile*. Exámenes muestran adrenocorticotrofina (ACTH) > 1250 pg/mL y Cortisol basal 2,5 ng/mL. Se diagnostica crisis suprarrenal, se inicia manejo con hidrocortisona endovenosa, Metronidazol y reposición de fluidos, logrando mejoría clínica y estabilidad hemodinámica. Es dada de alta para continuar seguimiento ambulatorio de terapia de reemplazo hormonal.

DISCUSIÓN:

La ISRP se asocia a síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico, lo que puede llevar a retrasos en su identificación y tratamiento. Se recomienda la medición de anticuerpos anti 21-hidroxilasa dado que la adrenalitis autoinmune es la primera causa de ISRP, sin embargo este examen está poco disponible en el medio. La crisis suprarrenal puede desencadenarse por infecciones intercurrentes, como colitis por *C. difficile*. La sospecha clínica es clave para evitar diagnósticos tardíos y mejorar el pronóstico mediante el tratamiento sustitutivo adecuado.

PALABRAS CLAVE: *Clostridium difficile*, Crisis suprarrenal, Insuficiencia Suprarrenal.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: carla.sanmartin@alumnos.uv.cl

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

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 8:
GASTROENTEROLOGÍA

CC#45: SÍNDROME DE WILKIE Y SÍNDROME DE NUTCRACKER: ASOCIACIONES INFRECUENTES CON DOLOR ABDOMINAL.

Buen-Abad Torrealba, E. (1), Pinedo Devia, J. (1), Oyarce Lama, F. (1), Lira Santamaría, M. (1), Meneses Rojas, L (2)

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

(2) Médico Internista, Departamento de Medicina Interna, Clínica Dávila Vespucio, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Wilkie es una estenosis de la tercera porción duodenal secundaria a un ángulo aortomesentérico disminuido, menor a 25°, con una incidencia estimada entre 0,01% y 0,08%. El síndrome de Nutcracker corresponde a la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior, siendo tan infrecuente que su epidemiología es incierta. Ambos son cuadros raros; el primero se manifiesta como obstrucción proximal intestinal, mientras que el segundo con dolor pélvico o en flancos, hematuria, várices gonadales o en forma asintomática.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 16 años, con antecedentes de asma, enfermedad celíaca e intolerancia larvada a la ingesta oral, quien consultó por náuseas y vómitos de larga data. Inicialmente se diagnosticó colelitiasis, realizándose colecistectomía, pero evolucionó con dolor, distensión abdominal y vómitos persistentes. Una Tomografía Axial Computarizada (TAC) abdominopélvico con doble contraste evidenció síndrome de Wilkie y síndrome de Nutcracker. Posteriormente presentó íleo prolongado, hematuria macroscópica y desnutrición. Se inició con soporte nutricional parenteral y luego enteral con regular tolerancia. Actualmente se mantiene en estudio para definir resolución de patología.

DISCUSIÓN:

Debido a la rareza del síndrome de Wilkie y del síndrome de Nutcracker, se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. La proximidad anatómica puede favorecer una compresión simultánea de la vena renal izquierda y del duodeno, complicando el cuadro clínico. El tratamiento inicial es conservador, basado en soporte nutricional y aumento de peso, reservándose la cirugía para casos refractarios. Un diagnóstico precoz y manejo oportuno son esenciales para mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Aorta Abdominal, Arteria Mesentérica Superior, Compresión, Duodeno, Obstrucción.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: emilia.buenabad@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 9:
GINECOLOGÍA & OBSTETRICIA

CC#06: ANGIOMIOFIBROBLASTOMA PARACERVICAL DERECHO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Brito Bueno, A (1), Panes Tudela, J (1), Paredes Pérez, B (2), Monreal Fernández, V (2), Paredes Martínez, C (3), Castillo Montecinos, I (4).

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

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

(3) Ginecólogo Oncólogo, Jefe Departamento Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Talca, Docente Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

(4) Anatomopatólogo, Docente Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El angiomiomiofibroblastoma es un tumor mesenquimatoso benigno infrecuente que se presenta en mujeres en edad fértil, caracterizado por una lesión nodular bien delimitada, localizada principalmente en vagina o vulva.

Dada su infrecuencia, es sospechado como diagnóstico diferencial frente a patologías más prevalentes como miomas o remanentes embriológicos de los conductos de Müller. Si bien son tumores de crecimiento lento y progresivo, frente a su sospecha es necesario descartar un angiomixoma agresivo, cuyo crecimiento es rápido e infiltra la cavidad pélvica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 41 años, sin antecedentes mórbidos y asintomática, derivada al Hospital Regional de Talca el 2024 por hallazgo de tumor sólido paracervical de etiología incierta en ecografía transvaginal. Se solicitó resonancia magnética de abdomen y pelvis que informó tumor paracervical derecho de 104 x 107 x 54 mm sin aspecto de agresividad.

Se realizó laparoscopía diagnóstica, evidenciando tumor blando de 11 cm en espacio paravaginal derecho. Se decidió exéresis completa mediante anexectomía derecha. La biopsia diferida concluyó tumor parauterino concordante con angiomiomiofibroblastoma.

DISCUSIÓN:

El angiomiomiofibroblastoma vulvoperineal es una entidad benigna con buen pronóstico, pero su diagnóstico diferencial con tumores malignos obliga a una evaluación histológica e inmunohistoquímica detallada. El tratamiento quirúrgico conservador es curativo en la mayoría de los casos. Este caso resalta la importancia de un adecuado abordaje multidisciplinario para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

PALABRAS CLAVE: Angiomiofibroblastoma, Neoplasias vaginales, Neoplasias de la vulva.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: antobritob1@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.

CC#10: TORMENTA ARRÍTMICA POR SÍNDROME DE QT LARGO TIPO II DESENCADENADO POR UNA MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO.

Del Valle Mena S(1), Seguel Muñoz N(1), Álvarez Olguín S(1), Díaz Jeldres V(1), Pérez Quiroz A(2).

(1) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile.

(2) Médico Cirujano, Unidad de Paciente Crítico, Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios de Los Andes, Los Andes, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de QT Largo (SQTL) es una canalopatía arritmogénica secundaria a un desorden de la repolarización miocárdica, traducido en un intervalo QT corregido prolongado ($>440\text{ms.}$) en el electrocardiograma (ECG). Puede ser congénito o adquirido, este último habitualmente inducido por fármacos. Se asocia a arritmias ventriculares malignas, como taquicardia ventricular polimórfica y Torsade de Pointes (TdP). El Tipo II corresponde a una hipofunción de los canales de potasio miocárdicos, gatillado por estrés y ruidos intensos. La Miocardiopatía Periparto (MCPP) es un trastorno del miocardio, que se manifiesta como una insuficiencia cardíaca idiopática en el último mes del embarazo o los primeros 5 meses post parto.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente femenina de 40 años, puérpera de 13 días, con antecedentes de MCPP, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (35-40%), hipotiroidismo y fibromialgia. Es trasladada a urgencias por compromiso de conciencia y convulsión tónico-clónica generalizada. Al ingreso presenta paro cardiorrespiratorio por taquicardia ventricular sin pulso (TVSP) y fibrilación ventricular (FV), con retorno a la circulación espontánea a los 5 minutos. El ECG evidenció un QTc de 554 ms. Es trasladada a UCI, donde evoluciona con una tormenta arrítmica, por TVSP sostenida y FV. El Holter de 24 horas mostró TdP autolimitadas y QTc prolongado. Electrofisiología confirmó un SQTL Tipo II. Fue manejada con β -bloqueo, Lidocaína y sonda marcapasos transitoria auricular, finalmente requiriendo un desfibrilador implantable automático bicameral (DAI-DDD).

DISCUSIÓN:

La evidencia actual sugiere que la MCPP no constituye una causa directa del SQTL, pero puede actuar como factor precipitante para su expresión clínica. La detección temprana de la MCPP es esencial para prevenir complicaciones graves y debe considerarse ante toda gestante o puérpera con insuficiencia cardíaca de inicio agudo o subagudo. El manejo de arritmias en este contexto debe ser acucioso y personalizado.

PALABRAS CLAVE: Arritmias Cardiacas, Cadiopatía Periparto, Paro Cardiaco, Síndrome de QT Prolongado.

CORREO AUTOR RESPONSABLE:

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.

CC#16: EMBARAZO CORNUAL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Matamoros Zapata J (1), Muñoz Figueroa R (1), Jara Figueroa L (1), Castillo Briones M (1), Calfilaf Albarrán M (2).

(1) Interna de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

(2) Ginecólogo Obstetra, Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El embarazo cornual es una forma infrecuente de embarazo ectópico (EE), ubicado en la zona latero-superior del cuerno uterino, que presenta un alto riesgo de ruptura y hemorragia, con una mortalidad reportada de 2.5%. Puede ser difícil de diferenciar de un embarazo intrauterino o absceso tuboovárico (ATO).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 31 años, multípara de 1, consulta por dolor hipogástrico asociado a sangrado genital de mal olor y sensación febril de 3 días de evolución. Al examen físico ingresa taquicárdica y febril. Al laboratorio destaca BHCG de 9169 mUI/ml, parámetros inflamatorios elevados y ecografía transvaginal (TV) con imagen parauterina derecha sugerente de EE v/s ATO. Se decide hospitalizar para antibioticoterapia triasociada y control clínico.

Evoluciona con BHCG a la baja (6728 mUI/ml a las 48 hrs) y persistencia de parámetros inflamatorios elevados. Se realiza nueva ecografía TV que informa probable EE cornual derecho en resolución. Tras persistencia de fiebre y dolor abdominal se decide al 4to día realizar laparotomía exploratoria confirmado EE cornual de 5 cm, realizándose resección en cuña, salpingectomía derecha y apendicectomía por congestión por contigüidad, sin dejar en evidencia cuadro infeccioso claro. Evoluciona en favorables condiciones por lo que se decide alta médica.

DISCUSIÓN:

El EE cornual presenta un desafío diagnóstico por los parámetros ecográficos que lo definen. Al asociarse a un síndrome febril, la sospecha inicial de ATO puede retrasar su diagnóstico. Es importante considerarlo frente a mujeres fértiles con algia pélvica y cuadro febril para un diagnóstico precoz y así poder evitar complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Embarazo cornual, Embarazo ectópico, Enfermedad inflamatoria pélvica.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: j.matamoros01@ufromail.cl

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

CC#19: ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL DE TIPO GÁSTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paredes Pérez, B (1), Monreal Fernández, V (1), Vergara León, M (1), Brito Bueno, A (2), Paredes Martínez, C (3), Castillo Montecinos, I (4).

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

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

(3) Ginecólogo Oncólogo, Jefe Departamento Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Talca, Docente Facultad de Medicina Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

(4) Anatomopatólogo, Docente Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El adenocarcinoma endocervical de tipo gástrico es un tumor infrecuente del cuello uterino, negativo para el virus del papiloma humano, que a menudo se diagnostica en estadios avanzados con metástasis. Se presenta en pacientes asintomáticas o con síntomas inespecíficos como sangrado vaginal. El diagnóstico se basa en el análisis histopatológico e inmunohistoquímico. Los tratamientos incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia, dependiendo de la etapa del diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 78 años, sin antecedentes, consulta en el Hospital de Talca en 2020 por sangrado uterino prolongado postmenopáusico, sin Papanicolaou actualizado. Al examen físico se palpa tumor pelviano fijo y sensible, sin visualización del cuello uterino. Se solicita resonancia magnética que muestra neoplasia de cuello uterino, con infiltración de la vagina. Se toma biopsia cervical, compatible con adenocarcinoma endocervical infiltrante mucoproduktor de tipo gástrico. Se etapifica como IIIC1r, se plantea radio-quimioterapia por no ser candidata a cirugía. Completa el tratamiento, manteniéndose en seguimiento, evoluciona con complicaciones secundarias a metástasis por lo que fallece.

DISCUSIÓN:

El adenocarcinoma endocervical de tipo gástrico presenta características morfológicas e inmunohistoquímicas que lo distinguen de otros adenocarcinomas, como células con citoplasma claro y bordes celulares definidos. Se localiza en la parte superior del endocervix, suele ser negativo o focal para p16 y muestra diferenciación gástrica. El subtipo de desviación mínima es un adenocarcinoma extremadamente bien diferenciado, pero igualmente de pronóstico ominoso. Es fundamental reconocer este tumor y lograr un diagnóstico precoz, ya que la detección en estadios tempranos determina el pronóstico.

PALABRAS CLAVE: Enfermedades del Cuello del Útero, Neoplasias Intraepiteliales Cervicales, Neoplasias Uterinas.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: bparedes@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.

CC#31: ASCITIS FETAL AISLADA VERSUS PERITONITIS MECONIAL FETAL: DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN 2024.

Hernández Silva C. (1), Pastene Gonzalez F. (1), Marín Navarrete M. (2).

(1) Interna Medicina 7mo año, Universidad San Sebastián.

(2) Médica Cirujana, Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Hospital de Puerto Montt.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La ascitis fetal (AF) es la acumulación anormal de líquido en el abdomen fetal, diagnosticada por ecografía prenatal. Aunque poco frecuente, puede asociarse a otras anomalías o presentarse de forma aislada. Su estudio incluye pruebas genéticas e infectológicas. La peritonitis meconial (PM), aún menos común, es una inflamación del peritoneo fetal causada por meconio tras la ruptura de un asa intestinal. Se manifiesta también como AF en ecografía, siendo un diagnóstico diferencial importante.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 33 años, con diabetes gestacional e hipotiroidismo no compensados, cursando embarazo de 30 semanas de gestación (SDG). Es derivada por AF versus PM. Se realiza compensación con metformina y levotiroxina. Estudios TORCH negativos, con IgG alta para citomegalovirus. Ecografía revela ascitis severa, polihidramnios, feto grande. Resonancia magnética confirma AF severa con compresión pulmonar. Se realiza amniodrenaje y estudios genéticos que resultan normales. Se opta por manejo expectante más maduración pulmonar a las 33+6 SDG. Se interrumpe a las 35+4 semanas por inicio de trabajo de parto. Al nacimiento se realizaron nuevos estudios genéticos e infectológicos, todos normales. Actualmente sin nuevos episodios de ascitis.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de AF aislada es complejo debido a su similitud ecográfica con otras patologías como PM, hidrops fetal o infecciones, las cuales deben ser descartadas mediante estudios serológicos, ecografías y exámenes de laboratorio. Al confirmarse como aislada o idiopática, su pronóstico dependerá de diferentes factores. El manejo puede incluir amniodrenaje o derivación abdominoperitoneal. Su baja incidencia (4-13%) y escasa bibliografía dificultan tanto el diagnóstico como el tratamiento adecuado.

PALABRAS CLAVE: Ascitis, Desarrollo fetal, Diagnóstico prenatal, Peritonitis, Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: cata.hs99@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.

CC#32: MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA: REPORTE DE UN CASO COMPLEJO.

Lavados Meneghelli, D (1). Ross Massanes, V (1). Muñoz Armstrong, I (1). Olivares Donoso, F (2). Ortega Azard, R (3). Perez Cvjetkovic, I (3).

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

(2) Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

(3) Médico Cirujano, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La malformación arteriovenosa uterina (MAVU) es una anomalía vascular infrecuente caracterizada por conexiones anómalas entre arterias y venas en el miometrio, sin capilares interpuestos. Su forma adquirida es la más común y suele asociarse a procedimientos obstétricos o quirúrgicos previos. Clínicamente, la MAVU puede variar desde cuadros asintomáticos hasta inestabilidad hemodinámica. El diagnóstico precoz es crucial para evitar complicaciones, y la embolización se considera el tratamiento de elección en pacientes jóvenes que desean preservar la fertilidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente nulípara de 23 años con antecedente de aborto completo hace dos meses y cirugía bariátrica reciente. La paciente presenta cuadro caracterizado por genitorragia y algia pélvica, evidenciando en la ecografía transvaginal líquido libre y tejido hemático en fondo de saco. A la realización del AngioTAC se evidencia un hemoperitoneo y una estructura vascular tipo "nido", compatible con MAVU tipo II. Se manejó con embolización endovascular bilateral, con buena evolución clínica.

DISCUSIÓN:

El caso ilustra la importancia de sospechar MAVU en mujeres jóvenes con antecedentes gineco-obstétricos recientes y hemorragia uterina anómala. La embolización de arterias uterinas (EAU) es la primera línea de tratamiento en mujeres con deseo de paridad futura, con tasas de éxito que alcanzan un 91% tras reintervención. Sin embargo, aún se investigan sus efectos a largo plazo sobre la función ovárica y uterina. Adicionalmente, permanece controversial la decisión entre la embolización unilateral o bilateral. En la práctica se debe individualizar según los hallazgos intraoperatorios y la extensión de la malformación.

PALABRAS CLAVE: Embolización de la arteria uterina, Malformaciones arteriovenosas, Metrorragia.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: dlavados@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.

CC#37: QUISTE DE NUCK EN MUJER ADULTA, UN HALLAZGO EXCEPCIONAL: REPORTE DE CASO Y ANÁLISIS DE BIBLIOGRAFÍA.

Miranda Estay J. (1), Contreras López V. (1), Jaña Mujica, T. (1) Tapia Canteros V. (1), Peñailillo Bonacich P. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Especialista en Cirugía General Universidad Andrés Bello, Departamento de Cirugía Clínica Indisa Providencia, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El quiste de Nuck es una patología poco frecuente, originada por la persistencia del canal de Nuck, equivalente al proceso vaginalis masculino. Esta estructura normalmente se cierra en el primer año de vida pero, cuando ésto falla, puede formar un quiste con contenido seroso, llamado quiste de Nuck. Se presenta principalmente en niñas, por lo que los casos en mujeres adultas son infrecuentes. Su presentación clínica puede simular hernias u otras patologías inguinales, dificultando su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes mórbidos, consulta al servicio de urgencias por dolor inguinal derecho irradiado a extremidad inferior de 2 semanas de evolución. En el examen físico no se palpan hernias. La ecografía y tomografía computarizada identifican defecto músculo-aponeurótico con contenido graso y lesión quística compatible con quiste de Nuck por lo que se programa resolución laparoscópica. En el intraoperatorio se observa contenido herniado con edema y líquido; se realiza reducción y reparación con malla de polipropileno. La paciente evoluciona sin complicaciones y es dada de alta al día siguiente.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de quiste de Nuck en mujeres adultas es raro y requiere alta sospecha clínica. La ecografía es útil como estudio inicial, mientras que la laparoscopía permite diagnóstico y tratamiento simultáneo, especialmente en casos con hernia asociada. La técnica transabdominal preperitoneal (TAPP) se ha consolidado como una opción segura y eficaz, con menor dolor postoperatorio y excelente visualización anatómica. Este caso representa uno de los pocos reportes sudamericanos tratados exitosamente con esta técnica.

PALABRAS CLAVE: Quiste, Conducto inguinal, Mujer, Chile

CORREO AUTOR RESPONSABLE: josep.mirandae@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.

CC#38: SHOCK SÉPTICO POSPARTO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Paredes Venegas, S. (1), Salgado Cabrera, M. (1), Guajardo Araya, C. (1), Callejas Calvo, R. (1), Leiva Mora, J. (2)

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

(2) Residente Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El shock séptico obstétrico es una complicación de alta morbimortalidad materna. El *Streptococcus pyogenes* (GAS), patógeno altamente virulento, es responsable de una proporción significativa de sepsis puerperal, especialmente en el posparto inmediato. Su presentación clínica inespecífica, con síntomas como fiebre y malestar general, puede retrasar el diagnóstico y favorecer la progresión a un síndrome de shock tóxico estreptocócico, requiriendo una intervención precoz y multidisciplinaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 36 años, primigesta, con hipertensión arterial crónica y diabetes gestacional, en su cuarto día posparto tras parto vaginal sin complicaciones aparentes. Consultó por cuadro de dos días de fiebre, dolor abdominal, diarrea y signos iniciales de sepsis con irritación peritoneal. La tomografía computarizada reveló peritonitis con líquido libre, por lo que se indicó laparotomía exploradora, con hallazgos de líquido serofibrinoso, sin lesiones viscerales. Durante la intervención, la paciente desarrolló un shock séptico, requiriendo ventilación mecánica, soporte vasopresor y antibioticoterapia empírica. El cultivo del líquido peritoneal confirmó infección por GAS. La evolución fue tórpida, requiriendo una segunda laparotomía sin evidencia de perforación uterina, y ajuste escalonado antibiótico. Tras 40 días de hospitalización, fue dada de alta con recuperación favorable.

DISCUSIÓN:

Este caso subraya la gravedad de la infección puerperal por GAS, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos. La inespecificidad clínica inicial dificulta el diagnóstico oportuno. La cirugía precoz y la antibioticoterapia dirigida fueron esenciales para el manejo. Se sugiere considerar estrategias preventivas, como el tamizaje de GAS en embarazadas de riesgo, y reforzar la formación sanitaria para la detección temprana de signos de alarma.

PALABRAS CLAVE: Periodo posparto, Shock séptico, *Streptococcus pyogenes*.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: sebastian.paredes.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.

CC#44: CLAMPEO AÓRTICO PARA PREVENIR LA HEMORRAGIA MASIVA DURANTE LA HISTERECTOMÍA TOTAL EN PLACENTA ACCRETA.

Ahumada Millard, G. (1), Lagos Briceño, J. (1), Lagos Briceño, R. (1), Yamal Barrios, J. (1), González Ávila, P. (2), Rielse Pérez, H. (2).

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

(2) Ginecólogo obstetra, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de placenta accreta (SAP) representa una importante causa de hemorragia periparto masiva. El clampeo temporal de la aorta abdominal infrarrenal durante la histerectomía total es un procedimiento innovador y poco descrito en la literatura obstétrica. En el siguiente caso clínico se describe el uso de este procedimiento para controlar la hemorragia quirúrgica en una paciente del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 33 años con diagnósticos de embarazo de 35+1 semanas, placenta accreta y placenta previa oclusa total, se hospitalizó para cesárea electiva. El diagnóstico de placenta accreta se confirmó por ecografía y cistoscopia prenatal. La cirugía se dividió en tres tiempos: 1) Colocación de catéteres ureterales, 2) Cesárea con histerotomía fúndica dejando placenta *in situ*, 3) histerectomía obstétrica con pinzamiento de aorta infrarrenal para controlar el sangrado. La pérdida sanguínea intraoperatoria fue de 1100 mililitros. La paciente evolucionó favorablemente decidiéndose alta al quinto día postoperatorio.

DISCUSIÓN:

Existen métodos para controlar la hemorragia quirúrgica en contexto de placenta accreta, como colocar un catéter con balón en la aorta abdominal, aunque su uso implica riesgos trombóticos y requiere centros especializados. El clampeo temporal de la aorta infrarrenal es una alternativa simple y eficaz para controlar el sangrado en estos casos. En el caso clínico descrito, esta técnica permitió limitar la pérdida sanguínea a 1100 mililitros, muy por debajo de los niveles habituales sin medidas de control. Se recomienda que el clampeo no supere los 60 minutos para evitar daño isquémico.

PALABRAS CLAVE: Aorta Abdominal, Clampeo, Hemorragia Quirúrgica, Histerectomía, Placenta accreta.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: gabriel.ahumada@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.

CC#51: DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HERNIA HIATAL CONGÉNITA ASOCIADO A CUTIS LAXA: REPORTE DE UN CASO.

Figueroa Sepúlveda M. (1), Arnalot Izquierdo B. (2), Ferrer Márquez F. (3)

(1) Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

(2) Alumna de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

(3) Médico Cirujano, Unidad de Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La hernia hiatal congénita (HHC) corresponde a la protrusión de órganos abdominales hacia el tórax a través del hiato esofágico. Su diagnóstico prenatal es infrecuente, siendo a menudo confundida con hernia diafragmática congénita (HDC) ante la visualización de masas quísticas mediastínicas. La detección oportuna permite prevenir complicaciones como vólvulo, isquemia o perforación gástrica. Presentamos el caso de una HHC asociada a cutis laxa (CL), diagnosticada antenatalmente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 21 años, multípara, sin antecedentes relevantes. A las 36+1 semanas se identifican dos estructuras quísticas mediastínicas y ausencia de burbuja gástrica abdominal. Se deriva a centro terciario con sospecha de HDC. Se estudia con resonancia magnética (RNM) fetal que muestra estómago intratorácico sin desplazamiento mediastínico ni defecto diafragmático, compatible con HHC. A las 37+4 semanas nace por parto vaginal eutóxico, APGAR 8-9, sin compromiso respiratorio. Se confirma diagnóstico de HHC mediante estudio contrastado y se realiza reducción gástrica, hiatoplastía y fundoplicatura de Nissen al tercer día de vida. En el postoperatorio destaca hiperlaxitud articular y piel redundante, confirmándose CL mediante biopsia de piel. Evolución favorable con alta y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN:

La HHC es una causa infrecuente de estómago intratorácico que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas quísticas torácicas sin desplazamiento cardiaco. Su pesquisa prenatal permite planificar el manejo neonatal y sospechar síndromes asociados como CL, relevante para el seguimiento integral del paciente.

PALABRAS CLAVE: Cutis laxo, Hernias diafragmáticas congénitas, Hernia hiata.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: mafigueroas@uc.cl; mariajose.fs10@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.

CC#53: TRATAMIENTO FETAL DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA SEVERA MEDIANTE OCLUSIÓN TRAQUEAL: PRIMER CASO EN CHILE.

Gallegos Vargas C. (1), Figueroa Sepúlveda M. (1), Arnalot Izquierdo B. (2), Ferrer Márquez F. (3)

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

(2) Alumna de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

(3) Médico Cirujano, Unidad de Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación fetal grave caracterizada por hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar persistente. El pronóstico depende del grado de compromiso pulmonar, siendo factores de mal pronóstico una relación pulmón-cabeza (LHR) disminuida y el ascenso hepático al tórax. La oclusión traqueal fetal por fetoscopía (FETO) ha surgido como estrategia para promover el crecimiento pulmonar intrauterino. Este caso tiene por propósito ilustrar la factibilidad y eficacia de esta técnica en nuestro medio, mediante el primer caso exitoso realizado en Chile.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 24 años, primigesta, con diagnóstico a las 24+1 semanas de HDC izquierda severa, LHR O/E 21,7% y ascenso hepático completo. A las 25+6 semanas se realizó FETO, con resolución posterior del polihidroamnios y aumento del LHR O/E a 64% a las 30 semanas. A las 30+6 semanas presentó ruptura prematura de membranas, con manejo conservador y antibioticoterapia triasociada. A las 33+2 semanas, en contexto de amenaza de parto prematuro, se realizó descompresión del balón mediante punción percutánea.

DISCUSIÓN:

Este caso demuestra que la técnica FETO es factible y segura de implementar en Chile, abriendo una nueva alternativa terapéutica para casos de HDC severa. Se evidenció mejoría objetiva de parámetros prenatales, destacando su impacto clínico. A pesar de ello, la hipoplasia y la hipertensión pulmonar siguen siendo desafíos postnatales, lo que enfatiza la importancia del manejo multidisciplinario y seguimiento especializado.

PALABRAS CLAVE: Displasia broncopulmonar, Fetoscopía, Hernias diafragmáticas congénitas, Oclusión con balón

CORREO AUTOR RESPONSABLE: gallegoscamil008@gmail.com; camilo.gallegos@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.

CC#57: PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA EN EL PUEPERIO: REPORTE DE CASO EN HOSPITAL TERCIARIO.

Pacheco Marambio, Angela (1) Durán Kimer, Daryl (2) González Ramírez, Alejandra (1) Mangini Pérez, Giuliana (1) González Ávila, Paulina (3)

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

(2) Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Viña del mar, Valparaíso, Chile.

(3) Médica Ginecóloga, Unidad Materno Fetal, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) es una microangiopatía trombótica rara y grave, caracterizada por trombocitopenia, anemia hemolítica y disfunción multiorgánica por deficiencia de ADAMTS13. Su diagnóstico en el embarazo y puerperio es difícil debido a su similitud con la preeclampsia y el síndrome HELLP, pero a diferencia de estos, requiere tratamiento urgente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente de 35 años, puérpera de 5 días tras cesárea por registro fetal no tranquilizador, con antecedente de preeclampsia, que consultó por disminución aguda de la agudeza visual. Al ingreso se encontraba hipertensa y taquicárdica, con hallazgos iniciales de proteinuria, LDH elevada y plaquetas normales. Se hospitalizó en sospecha de preeclampsia y síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), pero posteriormente evolucionó con trombocitopenia progresiva, anemia hemolítica con esquistocitos, hiperbilirrubinemia indirecta, hematuria macroscópica y falla renal aguda pese a tratamiento. Se descartó preeclampsia grave, síndrome de HELLP y síndrome de encefalopatía posterior reversible. Se estableció diagnóstico de PTT debido a clínica compatible. La paciente recibió metilprednisolona, plasmaférésis y rituximab. Se confirmó diagnóstico por buena respuesta a tratamiento con evolución favorable, normalización clínica y de laboratorio, y a los 2 meses, paciente se mantuvo asintomática.

DISCUSIÓN:

La PTT es poco frecuente y puede confundirse con otros trastornos obstétricos como la preeclampsia y síndrome de HELLP. Su diagnóstico diferencial es clave para evitar complicaciones. Este caso destaca la importancia de la evaluación continua, el seguimiento en pacientes con sintomatología persistente y el tratamiento temprano con corticoides, plasmaférésis y rituximab, mejorando el pronóstico materno.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Período Posparto, Preeclampsia, Púrpura Trombocitopénica Trombótica, Síndrome HELLP.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: angela.pacheco@alumnos.uv.cl

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

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 10:
HEMATOLOGÍA

CC#28: SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO TÍPICO EN ADULTOS, UN DIFERENCIAL QUE NO DEBEMOS OLVIDAR.

San Martín Reyes, N (1), Zúñiga Ojeda, I (1), García Cáceres, P (1), Vivallo Labra, J (1), Canteros Campillay, E (2).

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

(2) Médico Cirujano, Becado Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome Hemolítico Urémico (SHU) es una microangiopatía trombótica (MAT) que produce un compromiso sistémico caracterizado por anemia hemolítica, trombocitopenia e injuria renal aguda. Se clasifica en típico, desencadenado por la Shiga Toxina producida por la Escherichia Coli Enterohemorrágica (ECEH), y en atípico, el cual puede ser primario o secundario.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 68 años sin antecedentes consulta por dolor abdominal asociado a deposiciones líquidas de 8 episodios diarios por 3 días. Al ingreso se solicitan exámenes de laboratorios, donde destaca hemoglobina en 11.7 g/dL, plaquetas en 30.000 mm³ y creatinina en 3.61 mg/dL. Durante hospitalización se complementa estudio con bilirrubina total, que resulta en 7.97, recuento de reticulocitos en 4.45%, y haptoglobina, baja. Se solicita Film Array de patógenos gastrointestinales que resulta positivo para E. Coli O157, por lo que se inicia manejo de soporte para SHU típico.

DISCUSIÓN:

Las MAT se clasifican en primarias y secundarias. Dentro de las primarias están el púrpura trombótico trombocitopénico (PTT) idiopático, por déficit de la actividad de la enzima ADAMTS13, el SHU típico, y el SHU atípico, producido por alteraciones genéticas o inmunitarias. Entre las secundarias, pueden ser inducidas por fármacos como quinina o cisplatino, enfermedades del colágeno como lupus o síndrome antifosfolípidos, y en embarazadas, síndrome de HELLP. Si bien el SHU en adultos tiene una incidencia de 0,5-2 por 1.000.000 de habitantes, de los cuales se estima que solo entre un 6 a 23% de los casos son asociados a Shiga Toxina, en este caso debido a la diarrea asociada no debemos pasar por alto este diagnóstico diferencial.

PALABRAS CLAVE: Escherichia Coli Enterohemorrágica, Microangiopatías Trombóticas, SHU típico.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: nicosanmartin@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.

CC#59: APLASIA PURA MEGACARIOCÍTICA: NO TODO ES PTI.

Romo Hepp J. (1), Hernández Gómez P. (1), Moreno Morales V. (1), Sanhueza Segura S. (1), Aguirre Correa F. (2)

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

(2) Médico Cirujano, Hospital Clínico Félix Bulnes Cerdá, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Púrpura Trombocitopénica Inmune (PTI) es uno de los principales diagnósticos diferenciales de trombocitopenia aislada. Sin embargo, la refractariedad al tratamiento inmunosupresor debe levantar sospecha de otras etiologías. La aplasia pura megacariocítica (APM) es una entidad infrecuente, caracterizada por la ausencia selectiva de megacariocitos en la médula ósea (MO), pudiendo confundirse inicialmente con PTI retrasando un tratamiento adecuado.

Este caso enfatiza la importancia del estudio medular temprano en trombocitopenias refractarias, promoviendo una visión crítica ante diagnósticos presuntivos sin una adecuada mejoría clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 51 años en estudio ambulatorio por trombocitopenia larvada, es derivada a urgencias por plaquetopenia severa asintomática. Exámenes de laboratorio destacan anemia moderada normocítica normocrómica. Se hospitaliza bajo la sospecha de PTI, iniciando tratamiento con Inmunglobulinas y Dexametasona sin respuesta. Se decide ampliar el estudio con mielograma que informa: "MO con hipercelularidad, dependiente de serie eritroide y mieloide, destaca ausencia de megacariocitos en la muestra", y biopsia de MO que reporta: "hiperplasia linfoide policlonal inespecífica, hiperplasia eritroide inespecífica y aplasia pura de megacariocitos". Confirmada APM se inicia terapia biasociada con ciclosporina y corticoides endovenosos con parcial respuesta.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico de PTI es esencialmente clínico y de exclusión, basado en la buena respuesta al tratamiento inmunosupresor. Es por ello que la ausencia de mejoría al tratamiento obliga a reconsiderar otras causas. Este caso llevó al diagnóstico de APM, donde la relevancia diagnóstica radica en la necesidad de un manejo más intensivo, pudiendo incluir tratamiento con inmunosupresión dual o incluso trasplante hematopoyético en casos refractarios.

PALABRAS CLAVE: Megacariocitos, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Trombocitopenia.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: javiera.romo@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 11:
PEDIATRÍA

CC#01: MENINGITIS VIRAL POR PARECHOVIRUS HUMANO: ETIOLOGÍA POCO DOCUMENTADA DE FIEBRE SIN FOCO EN LA OCTAVA REGIÓN.

Aravena Chávez J.(1), Alarcón Rebolledo J.(1), Riffó Fuica A.(2), Tapia Céspedes J.(2), Miranda Garate C.(3).

(1) Estudiante de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

(2) Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile.

(3) Médica Pediatra, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La meningitis por Parechovirus Humano (HPeV) es una infección poco común que suele presentarse con un bajo nivel de sospecha, debido a la inespecificidad de su sintomatología. Considerando la baja prevalencia reportada de este agente en nuestra región, se presenta este caso para aportar evidencia sobre los posibles escenarios de presentación y su conocimiento epidemiológico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 1 mes y 25 días, consultó en urgencias por cuadro de fiebre e irritabilidad de 1 día de evolución. Ingresó en buenas condiciones, cuantificándose temperatura axilar en 38.7 °C, sin alteraciones evidentes al examen físico o laboratorio, de modo que se otorgó alta a domicilio con medidas sintomáticas. Pese a ello, reconsultó por persistencia de fiebre y rechazo alimentario, por lo cual se solicitaron nuevamente exámenes, evidenciándose alza de la proteína C reactiva, que sumado a la edad y persistencia de la sintomatología motivaron su hospitalización. Se inició tratamiento con cefotaxima y se amplió estudio en búsqueda de infecciones invasivas, entre ellos punción lumbar que resultó con panel meníngeo positivo para HPeV. Se suspendió la antibioterapia y se manejó con tratamiento de soporte, evolucionando con cese de la fiebre y examen neurológico normal, indicándose alta en buenas condiciones generales, con controles posteriores en policlínico de neurología infantil.

DISCUSIÓN:

La meningitis por HPeV suele tener signos inespecíficos con líquido cefalorraquídeo normal, lo que dificulta su diagnóstico, siendo clave el estudio molecular para su identificación en etapa aguda. Aunque su evolución suele ser favorable, hay riesgo de secuelas neurológicas que deben considerarse a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Fiebre, Meningitis, Parechovirus.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: javier.arvna@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.

CC#41: SÍNDROME OCULOGLANDULAR DE PARINAUD COMO MANIFESTACIÓN DE INFECCIÓN POR BARTONELLA HENSELAE.

Córdova de Halleux V. (1), Vargas Cornejo J. (1), Delgado Sepúlveda P. (1), Bustamante Yuivar C. (2)

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

(2) Médico Pediatra, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad por *Bartonella henselae*, agente etiológico de la enfermedad por arañazo de gato, suele presentarse con linfadenopatías regionales autolimitadas. No obstante, puede manifestarse con presentaciones atípicas, como el síndrome oculoglandular de Parinaud.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de cinco años, sano, consultó en urgencias por aumento de volumen en hemicara izquierda, asociado a ojo rojo y eritema de cinco días de evolución. Al examen destacaron hallazgos, con aumento de volumen preauricular izquierdo de aproximadamente un centímetro, firme. Los exámenes de laboratorio, se encontraban en rango normal sin elevación de parámetros inflamatorios. La tomografía computada de órbitas evidenció celulitis periorbitaria izquierda sin compromiso post septal. Se hospitalizó e inició tratamiento antibiótico endovenoso con cefotaxima y cloxacilina. Ante el antecedente de contacto con gatos cachorros, se solicitó ecografía de partes blandas, que mostró múltiples adenopatías retroauriculares izquierdas sin abscedación. Los hallazgos de conjuntivitis, linfadenopatía facial y contacto con gatos orientaron hacia un síndrome oculoglandular de Parinaud, por lo que se solicitó inmunoglobulina G (IgG) para *Bartonella henselae*. El paciente presentó evolución clínica favorable, siendo dado de alta tras completar 14 días de tratamiento antibiótico. En control ambulatorio se rescata IgG que resultó positiva en dilución 1:1024, indicándose tratamiento con azitromicina.

DISCUSIÓN:

Este caso representa una forma inusual de infección por *Bartonella henselae*, debutando como celulitis periorbitaria, lo que puede dificultar su diagnóstico. La asociación de conjuntivitis con linfadenopatías ipsilaterales debe alertar sobre el Síndrome de Parinaud. El reconocimiento oportuno permite evitar estudios invasivos y orientar adecuadamente el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *Bartonella henselae*, Celulitis, Enfermedad por rasguño de gato.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: vinzenzcordovadehalleux@gmail.com

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

CC#48: PRESENTACIÓN DE SÍNDROME HEMOLÍTICO UREMICO ATÍPICO EN LACTANTE CON DIARREA SANGUINOLENTA.

Díaz Chahuán M (1), Latorre Villarroel L (1), Mardones Marinovic E (1), Lotano Herrera E (1), Saavedra Rosas I (2).

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

(2) Médico Cirujano, Hospital de Río Negro, Provincia de Osorno, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome hemolítico urémico (SHU) se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. A diferencia del SHU típico, generalmente asociado a infecciones por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), el SHU atípico (SHUa) está relacionado con alteraciones genéticas y disfunción del complemento, pudiendo ser desencadenado por infecciones virales, medicamentos o enfermedades autoinmunes.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 7 meses, de sexo femenino, con antecedentes de hospitalización por neumonía viral grave, se presenta en urgencias por cuadro de dos días de evolución caracterizado por deposiciones con sangre. Refieren tos con expectoración y congestión nasal hace 2 semanas manejada con broncodilatador. Al examen físico destacan faringe eritematosa sin placas ni pus, murmullo pulmonar presente con movilización de secreciones, abdomen sin resistencia, sin masas ni megalías, ano sin fisuras, con pliegues conservados. Se hospitaliza y se estudia, identificando infección por rotavirus y *Clostridioides difficile*, sin identificar STEC. La paciente evoluciona con signos de microangiopatía trombótica y disfunción renal progresiva, requiriendo diálisis. La sospecha de SHUa se confirma a partir de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, junto a resultado positivo para rotavirus, negativo para STEC, y estudio inmunológico sugerente.

DISCUSIÓN:

Este caso resalta la complejidad del diagnóstico y tratamiento del SHUa, especialmente al presentarse en contexto de infecciones virales comunes, siendo importante un buen diagnóstico diferencial. La identificación y manejo tempranos fueron esenciales para prevenir complicaciones graves y mejorar el pronóstico.

PALABRAS CLAVE: Diarrea, Pediatría, Síndrome Hemolítico Urémico Atípico.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: mvdiaz@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.

CC#62: EL ENIGMA DEL NIÑO SEDIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIABETES INSÍPIDA.

Jaar Estay F. (1), Moyano Llanos N. (1), Gutiérrez Contreras M. (1), Vicenzot Cosma L. (1), Bofill Chávez L. (2).

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

(2) Médico Nefrólogo Pediatra, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Departamento de Pediatría, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La diabetes insípida (DI) es un trastorno renal que impide concentrar la orina, lo que provoca su eliminación en grandes volúmenes y con baja osmolaridad. Existen 2 subformas, DI central, donde disminuye la cantidad de hormona antidiurética (ADH), y DI nefrogénica donde los riñones no responden a la ADH. Ambas se manifiestan con poliuria y polidipsia. Para el diagnóstico, se mide volumen y osmolalidad en orina 24 h, además de electrolitos séricos, luego se realiza el test de deprivación de agua para descartar potomanía y posteriormente la prueba con vasopresina exógena para diferenciar si es central o nefrogénico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Escolar de 11 años, sin antecedentes, consulta por síntomas persistentes de poliuria y polidipsia desde los 5 años. Refiere ingesta de agua excesiva de 10 L/día y una diuresis entre 9 y 10 L/día. Ha experimentado cefalea, irritabilidad y fatiga, especialmente ante restricción de agua. Estos síntomas se fueron agravando, volviéndose más evidentes desde los 9 años. Los exámenes iniciales muestran resultados dentro de rangos normales, se realizó una resonancia magnética cerebral sin hallazgos patológicos.

DISCUSIÓN:

Para el diagnóstico se realizaron pruebas de restricción hídrica y desmopresina, que disminuyeron la diuresis a 5 L/día, sugiriendo una diabetes insípida parcial, ya que no normalizó. Se inició tratamiento con dosis bajas de desmopresina para controlar sus síntomas y mejorar su calidad de vida.

Este caso destaca la importancia del diagnóstico y manejo temprano de la DI en pediatría, ya que un retraso puede agravar los síntomas. Un seguimiento a largo plazo optimiza el control y previene complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Diabetes insípida parcial, Polidipsia, Restricción hídrica, Test de deprivación hídrica, Vasopresina.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: f.jaarestay@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 12:
MEDICINA DE URGENCIAS

CC#17: HIPERSENSIBILIDAD AL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y REQUERIMIENTO DE ANGIOPLASTIA.

Miranda Garcia T. (1), Henriquez Garrido M. (1), Guerrero Pino L. (1), Salazar Soto C. (1), Pizarro Conejeros M. (2)

(1) Interna de medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Santiago.

(2) Médico Cirujano, Hospital Provincial de Talagante.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El ácido acetilsalicílico es un antiagregante plaquetario clave en la reducción de complicaciones isquémicas de la enfermedad coronaria aguda y del intervencionismo coronario percutáneo. Sin embargo, su uso implica un desafío cuando se presenta hipersensibilidad a este fármaco, con una prevalencia de 0.2 al 0.7% en Chile.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se describe el caso de paciente masculino de 46 años con antecedentes de hipertensión y alergia a la aspirina, quien ingresó al servicio de urgencias por un infarto agudo de miocardio sin supradesnivel del ST. Dada su hipersensibilidad, se llevó a cabo un protocolo de desensibilización a la aspirina en la Unidad de Cuidados Intensivos, que se completó con éxito y sin efectos adversos.

DISCUSIÓN:

El ácido acetilsalicílico es un fármaco antiagregante plaquetario que actúa inhibiendo irreversiblemente la ciclooxygenasa-1, reduciendo la síntesis de tromboxano A2 y evitando la agregación plaquetaria, lo que previene la obstrucción sanguínea al miocardio. Es fundamental en el tratamiento de síndromes coronarios, particularmente en pacientes sometidos a angioplastia coronaria, donde previene la trombosis tras la instalación de stents.

La aspirina puede causar reacciones de hipersensibilidad, especialmente en la piel y las vías respiratorias, como angioedema, urticaria y anafilaxia. En algunos casos, también se presentan reacciones tardías como rash y eosinofilia. Para pacientes con hipersensibilidad a este fármaco, se efectúa un protocolo de desensibilización. Este consiste en administrar dosis crecientes de aspirina durante 5.5 horas, bajo monitorización estricta.

PALABRAS CLAVE: Ácido Acetilsalicílico, Alergia, Infarto al miocardio, Reporte de caso.

CORREO AUTOR RESPONSABLE:

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.

CC#30: SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: UN CASO DE DOLOR TORÁCICO QUE INTIMIDA.

Antúnez Aravena C. (1), Barraza Mendizábal B. (1), Erazo Lagos A. (1), Vargas Moreno B. (1), Salazar Schneider C. (2).

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

(2) Médico Cirujano, Becado de Medicina de Urgencias, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome Aórtico Agudo (SAA) incluye cuadros de inicio súbito, de evolución rápida y potencialmente mortales, siendo la disección aórtica (DA) la más frecuente. Factores de riesgo para DA incluyen hipertensión arterial (HTA), edad avanzada y colagenopatías. Un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son claves para reducir la alta mortalidad asociada.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 65 años, con antecedentes de HTA y reemplazo valvular aórtico. Acude a urgencias por dolor torácico retroesternal súbito de 1:30 horas de evolución, transfixiante con irradiación dorsal y EVA 10/10. A la evaluación primaria destaca PA 141/97 mmHg y soplito sistólico eyectivo en foco aórtico. Se indica manejo analgésico con fentanilo, exámenes de laboratorio y Angio-TAC tórax, abdomen y pelvis por sospecha de SAA. Evoluciona con mala respuesta a analgesia, Hb 13.7 gr/dL, TUS < 5 pg/ml y 128.000 plaquetas/uL. Luego de 3 horas, se logra realizar Angio-TAC que muestra disección desde la raíz aórtica hasta nivel de arterias renales, estenosis > 70% de aorta abdominal y hematoma intramural. Se diagnóstica DA Stanford A y se realiza reemplazo de aorta ascendente.

DISCUSIÓN:

La disección aórtica es una emergencia tiempo-dependiente con alta mortalidad si no se trata precozmente con una ventana terapéutica < 6 horas. La coexistencia con hematoma intramural ocurre en un 12% y confiere mayor gravedad al cuadro. Su manejo es médico-quirúrgico. La prevención radica en controlar factores de riesgo y educar al paciente. Se concluye que la estabilización clínica precoz de los pacientes permite confirmar el diagnóstico y tratarlos oportunamente.

PALABRAS CLAVE: Angio-TAC, Disección aórtica, Dolor torácico, Mortalidad.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: cantuneza1@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 13:
NEUROCIRUGÍA

CC#24: TUMORES MALIGNOS DE VAINA NEURAL EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1.

Torres Soto A (1), Avendaño Arriagada F (1), Aranda Godoy F (2)

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

(2) Departamento de Neurocirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Neurofibromatosis Tipo 1 (NF1) es una enfermedad genética caracterizada por alteraciones cutáneas, neurológicas y una elevada predisposición a desarrollar neoplasias, entre ellas los Tumores Malignos de la Vaina Neural (TMVN), los cuales representan una de sus manifestaciones más graves.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 15 años con NF1 diagnosticada al año de vida, desarrolló dolor neuropático progresivo en extremidad inferior derecha. La resonancia magnética evidenció un tumor de 6 cm en el trayecto del nervio ciático, con biopsia compatible con TMVN. Se realizó resección quirúrgica, seguida de quimioterapia con ifosfamida-doxorrubicina, radioterapia y tratamiento con Trametinib. Evolucionó con progresión tumoral local y metástasis pleural, confirmadas por biopsias sucesivas. A pesar del manejo multimodal, el paciente falleció a los 15 años a causa de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a derrame pleural metastásico.

DISCUSIÓN:

Este caso ilustra la agresividad del TMVN en pacientes con NF1 y la complejidad de su abordaje terapéutico. Destaca la importancia del diagnóstico precoz, el valor de la discusión multidisciplinaria, y el potencial, aunque aún limitado, de las terapias biológicas como Trametinib. La evolución clínica refuerza la necesidad de estrategias terapéuticas más efectivas y protocolos estandarizados.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, Neurofibromatosis Tipo 1, Neurofibrosarcoma, Sarcoma, Tumores de la Vaina Nerviosa.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: astorres1@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 14:
NEUROLOGÍA

CC#11: HEMICOREA COMO MANIFESTACIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO LACUNAR - A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dueñas Sánchez A (1), Viada Ferrari P (1), López Restovic P (1), Rivera Martínez R (1), Tapia Améstica M (2).

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

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

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El accidente cerebrovascular isquémico corresponde a un tipo de disfunción neurológica de origen vascular, caracterizado por un cese del flujo sanguíneo cerebral asociado a un déficit neurológico brusco. Es de elevada morbimortalidad, llegando a ser una de las principales causas de muerte en países desarrollados. Existen múltiples etiologías que pueden llevar a la presentación de un accidente cerebrovascular isquémico. Las más frecuentes incluyen la patología cardioembólica, aterotrombótica y la enfermedad de vasos pequeños, con clínica variable según origen y territorio vascular afectado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 61 años, consulta por movimientos involuntarios en hemicuerpo derecho de inicio brusco, asociado a disartria y hemiparesia. Al examen físico, se constatan movimientos involuntarios coreoatetósicos facio-bucolingüales y braqui-crurales. Estudio evidencia estenosis crítica de la arteria cerebral media izquierda y cambios compatibles con microangiopatía supra e infratentoriales. Se diagnostica accidente cerebrovascular isquémico lacunar fuera de ventana para terapia de reperfusión y se inicia manejo con neuroprotección y antiagregación plaquetaria. Evoluciona con disminución de los movimientos hasta desaparecer. Se indica alta hospitalaria y retomar controles de patología cardiovascular.

DISCUSIÓN:

El accidente cerebrovascular lacunar o por enfermedad de vaso pequeño es una causa frecuente dentro de los accidentes isquémicos. Sus manifestaciones clínicas son variadas y pueden diferir de las más habituales en otras etiologías, dentro de estas se encuentran los síndromes hiperkinéticos, que se evidencian con mayor frecuencia como asterixis y hemicorea. Es relevante el conocimiento de estas manifestaciones menos comunes, debido a que su manejo y su pronóstico dependen de un diagnóstico oportuno.

PALABRAS CLAVE: Accidente Cerebrovascular, Hemicorea, Accidente Cerebrovascular Isquémico, Accidente Vascular Cerebral Lacunar.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: abrahamduenas@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.

CC#25: PARÁLISIS DEL III PAR CRANEOAL SIN COMPROMISO PUPILAR EN PACIENTE DIABÉTICO PLURIPATOOLÓGICO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN URGENCIAS.

Valdebenito Castillo C (1), Pérez Torres N (2), Parra Venegas R (2), Valdivia Cerdá A (2), Pérez Salas C (3).

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

(2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

(3) Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La parálisis del III nervio craneal sin compromiso pupilar representa un reto diagnóstico importante debido a su amplia variedad de causas, que incluyen desde neuropatías microvasculares hasta lesiones compresivas de alto riesgo, como los aneurismas de la arteria comunicante posterior. Aunque la preservación pupilar suele sugerir un origen isquémico, especialmente en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial, este hallazgo no descarta completamente etiologías graves, lo que obliga a un abordaje diagnóstico exhaustivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se describe el caso de un hombre de 54 años con diabetes mellitus tipo 2 mal controlada, hipertensión arterial y antecedentes de neuropatías craneales, que consultó por diplopía progresiva y ptosis palpebral izquierda de dos meses de evolución. El examen físico evidenció ptosis de 3 mm, limitación en la aducción, elevación y depresión ocular, y pupilas isocóricas con reflejos conservados. La tomografía computarizada cerebral no mostró lesiones compresivas ni hemorragia, el fondo de ojo fue normal y la hemoglobina glicosilada fue de 9,2 %. Se estableció el diagnóstico de parálisis completa del III par izquierdo de probable origen microvascular, optimizándose el control metabólico y planificando una resonancia magnética con angiografía para descartar lesiones compresivas.

DISCUSIÓN:

El caso resalta la necesidad de mantener un umbral bajo para indicar estudios angiográficos en parálisis oculomotoras atípicas, incluso en pacientes con factores de riesgo vascular, y enfatiza la importancia del control estricto de comorbilidades para prevenir recurrencias y preservar la función neurológica.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico Diferencial, Enfermedades del Nervio Oculomotor, Neuropatía Diabética, Oftalmoplejía.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: cristianvaldebenito@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.

CC#43: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN MUJER JOVEN: UN DESAFÍO INTERDISCIPLINARIO.

Águila Sepúlveda, J (1), Escalona Aillon, C (1) Saldías Santiago, C (1) Martínez Sandoval, D (1) Labrín Carrasco, J (2).

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

(2) Neurólogo Adultos, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La endocarditis infecciosa es una patología cada vez más prevalente con una elevada mortalidad que se puede presentar un amplio espectro de síntomas y signos, en ocasiones, puede provocar como primera manifestación complicaciones neurológicas severas, tales como, accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos, lo cual retrasa y dificulta su diagnóstico oportuno, representando un desafío clínico, como es el caso que se describe a continuación.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 34 años, que consultó por un cuadro agudo de déficit neurológico focal en el contexto de un síndrome febril, sin otras alteraciones clínicas al examen físico. Inicialmente, se estableció un diagnóstico presuntivo de encefalitis herpética, sin embargo, los estudios de imágenes y microbiológicos confirmaron un accidente cerebrovascular isquémico secundario a endocarditis infecciosa por *Streptococcus agalactiae*. El caso se caracterizó por la ausencia de signos clásicos de la endocarditis infecciosa al ingreso y la necesidad de un enfoque interdisciplinario, que permitió su diagnóstico definitivo y la planificación quirúrgica para el reemplazo valvular aórtico.

DISCUSIÓN:

Este caso, demuestra el debut de la endocarditis infecciosa con complicaciones neurológicas como el accidente cerebrovascular isquémico en ausencia de signos clásicos. Su detección precoz mediante una exhaustiva evaluación clínica, asociado al uso de estudios imagenológicos y microbiológicos, además del enfoque interdisciplinario fueron cruciales para alcanzar un diagnóstico certero, realizar la planificación quirúrgica en el momento adecuado y lograr una evolución clínica favorable.

PALABRAS CLAVE: Accidente cerebrovascular, Endocarditis, Grupo de Salud Interdisciplinario, Insuficiencia de la Válvula Aórtica, *Streptococcus agalactiae*.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: j.guilaseplveda@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.

CC#50: NEURITIS ÓPTICA SERONEGATIVA Y CRISIS CONVULSIVAS.

Faúndez López, C. (1), Guzmán Zapata, A. (1), González Guajardo, C. (1), Mora Vernal, A (2).

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

(2) Médico Neurólogo, Unidad de Neurología Hospitalaria, Departamento de Neurología, Hospital Clínico UC-Christus, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La neuritis óptica (NO) es un síndrome agudo causado por la inflamación y desmielinización del nervio óptico, y que usualmente se manifiesta con pérdida de la agudeza visual y dolor retro ocular monocular.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se reporta el caso de un paciente masculino de 31 años con dos episodios de pérdida de agudeza visual bilateral, acompañado de escotoma central, y dolor retro ocular con resolución inicialmente espontánea y posteriormente gracias a la administración de pulsos de metilprednisolona intravenosos. Luego cursa con dos episodios de compromiso de conciencia interpretados como crisis convulsivas manejadas con levetiracetam, para finalmente debutar con un nuevo episodio de NO bilateral progresivo acompañado de defecto altitudinal del campo visual, discromatopsia y defecto pupilar aferente relativo con predominio en ojo izquierdo. Del estudio inicial destaca: resonancia magnética de encéfalo, órbitas y columna total sugerente de neuritis óptica bilateral; un patrón inflamatorio de estudio de líquido céfalo raquídeo de predominio linfocitario, con estudio de bandas oligoclonales tipo II además de anticuerpos anti-acuaporina 4 (AQP4) y glicoproteína de mielina de oligodendrocito (MOG) en suero negativos.

DISCUSIÓN:

Por lo anterior se hace una revisión de la epidemiología, clínica típica y especialmente atípica de la NO, con énfasis en su reconocimiento por su rol en la elección de estudios en búsqueda de etiologías distintas a la Esclerosis Múltiple. Por último, la seronegatividad presente en este caso clínico plantea la importancia de futuras áreas de investigación de biomarcadores con orientación diagnóstica, como lo podría ser el uso de IgA-MOG.

PALABRAS CLAVE: Biomarcadores, Convulsiones, Neuritis óptica.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: cfaundezl@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.

CC#66: HEMATOMA SUBDURAL SECUNDARIO A ANTICOAGULACIÓN; A PROPÓSITO DE UN CASO.

Campos Cid, P (1); Troncoso Rojas, J (2); Pollak Wegner, D (3).

(1) Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

(2) Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

(3) Neuróloga, Directora Residencia Neurología Universidad de la Frontera, Hospital Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Un hematoma subdural corresponde a una hemorragia localizada en el espacio entre la duramadre y aracnoides a nivel craneal. Su etiología más frecuente es postraumática, sin embargo, dentro de ellas se encuentran los trastornos de la coagulación en los cuales la terapia anticoagulante está presente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, usuario de marcapasos y anticoagulación con Acenocumarol, consulta en servicio de urgencias por cuadro de aproximadamente 1 mes de evolución caracterizado por cefalea hemicraneana derecha y cervicalgia izquierda, examen neurológico sin alteraciones. No refiere golpes ni caídas. Previamente con múltiples consultas, sin embargo, sin respuesta a analgésicos. Pruebas de coagulación destaca INR 3.8, tiempo de protrombina 25 segundos y actividad de protrombina de 18%. Se realiza tomografía computarizada de cerebro sin contraste que evidencia Hematoma subdural frontoparietal derecho crónico reagudizado con leve efecto de masa, y hematoma subdural crónico izquierdo. Se indica hospitalizar y suspender terapia anticoagulante oral. Evoluciona en buenas condiciones generales, sin alteraciones neurológicas, y tomografía computarizada de control que evidencia lesiones en vía de resolución.

DISCUSIÓN:

El uso de tratamiento anticoagulante oral como riesgo de patología vascular cerebral ha sido consistentemente descrito en la literatura, aumentando la incidencia de hematomas subdurales de manera considerable. En este caso la medida inicial fue la suspensión del tratamiento anticoagulante, evolucionando de manera favorable con una adecuada reabsorción espontánea de la lesión. El manejo conservador representa una opción válida en pacientes sin indicación quirúrgica de urgencia. Se destaca la importancia de una anamnesis acuciosa, enfatizando en los antecedentes farmacológicos del paciente. Una clínica inespecífica y consultas previas sin presentar resolución al cuadro sugiere la indicación de pruebas complementarias para lograr realizar un diagnóstico y manejo adecuado.

PALABRAS CLAVE: Hematoma subdural, Anticoagulantes, Cefalea

CORREO AUTOR RESPONSABLE: pablo.camposc@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.

CC#78: COMPROMISO LEPTOMENÍNGEO DIFUSO EN PACIENTE JOVEN: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE NEOPLASIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Gómez Hevia M (1), Gloffka Valenzuela M (1), Court Vásquez M (2), Olave Gómez R (1), Domínguez Donoso G (3).

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

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

(3) Residente Neurología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El compromiso leptomeníngeo neoplásico es una complicación poco frecuente pero devastadora: aparece en 10–20 % de los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) y hasta 1–8 % de las neoplasias sistémicas, con una sobrevida media que rara vez supera los 1–4 meses. Su presentación clínica es variada, con compromiso neurológico multifocal que con frecuencia simula meningitis infecciosa u otros cuadros inflamatorios del SNC. La resonancia magnética (RM) con gadolinio y la tomografía por emisión de positrones (PET-CT) suelen mostrar realce difuso de las meninges, pero la confirmación requiere análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) y ocasionalmente biopsia dirigida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 26 años presenta cuadro subagudo de cefalea y ataxia, compromiso de múltiples pares craneanos (diplopía e hipoacusia bilateral severa) y compromiso radicular en extremidades inferiores, con dolor, paraparesia e hiporreflexia. La RM evidencia leptomeningitis y paquimeningitis difusa con lesiones nodulares cerebelosas y en médula espinal. El LCR muestra pleocitosis linfocitaria e hipoglucorraquia severa, con panel meníngeo y reacción en cadena de la polimerasa para *Mycobacterium tuberculosis* negativos. El PET-CT de cuerpo completo demuestra compromiso leptomeníngeo hipermetabólico difuso, sugerente de tumor primario leptomeníngeo del SNC. Biopsia medular revela neoplasia indiferenciada, sin perfil inmunohistoquímico categórico. Se presume neoplasia primaria maligna del SNC, optándose por manejo paliativo.

DISCUSIÓN:

El diagnóstico inicial suele orientarse a causas infecciosas o inflamatorias. Sin embargo, la presencia de hipoglucorraquia severa acota el diagnóstico diferencial principalmente a tres etiologías: tuberculosis, infecciones fúngicas y neoplasias. En este paciente, la negatividad de los estudios microbiológicos y el compromiso leptomeníngeo difuso en imágenes apoyaron la sospecha de neoplasia. La leptomeningitis neoplásica, aunque infrecuente, debe considerarse frente a síntomas neurológicos multifocales y estudios de LCR alterados. Su diagnóstico oportuno es clave para establecer un manejo adecuado, habitualmente paliativo, impactando en la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: Diseminación leptomeníngea, Leptomeningitis tumoral, Neoplasia primaria del sistema nervioso central

CORREO AUTOR RESPONSABLE: mgomezh@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.

CC#91: FÍSTULA ARTERIOVENOSA COMO CAUSA DE PARAPLEJIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Meza Brito, A(1), Maureira Quiero, V(1), Riquelme Muñoz, E(1), Reyes Irribarra, M(1), Araya Vásquez, T(2) Morales Bustamante, N(2).

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

(2) Médico Cirujano, Unidad Médico Quirúrgica, Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos, San Javier, Chile.

(3) Neuróloga, Directora Residencia Neurología Universidad de la Frontera, Hospital Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las fístulas arteriovenosas durales espinales (FAVD) son malformaciones vasculares adquiridas de baja incidencia, que pueden ocasionar mielopatía progresiva. Su diagnóstico suele ser tardío debido a la presentación clínica inespecífica, lo cual aumenta el riesgo de secuelas neurológicas irreversibles si no se trata oportunamente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 72 años es traída por SAMU a Servicio de Urgencias Hospital de San Javier por cuadro de parestesia de extremidades inferiores de 6 meses de evolución, razón por la cual se hospitaliza para estudio por paraplejía. Al examen neurológico de ingreso destaca fuerza M0 en ambas extremidades inferiores, hipoestesia, hipotonía bilateral, incontinencia urinaria y fecal.

Se realiza Resonancia Magnética de Columna Dorsal que muestra numerosos vasos intrarraquídeos prominentes que sugieren la presencia de una fístula arteriovenosa dural, asociada a importante edema de la médula espinal desde T6 hasta el cono medular. Ingresa a plan de resolución quirúrgica en INCA donde se realiza angiografía cerebral y manejo endovascular con embolización de fístula AV en L1 derecha, sin complicaciones; además se pesquisa una fístula AV T9 a izquierda.

DISCUSIÓN:

Las FAVD constituyen la causa más frecuente de fístulas espinales adquiridas, aunque son una etiología infrecuente de mielopatía progresiva. Su evolución insidiosa con síntomas inespecíficos dificulta el diagnóstico, pudiendo confundirse con patologías degenerativas o inflamatorias. Ante una mielopatía de causa no filiada, especialmente con hallazgos clínicos y radiológicos sugestivos, la FAVD debe ser considerada, dado que el tratamiento oportuno puede modificar de forma significativa el pronóstico funcional.

PALABRAS CLAVE: Paraplejía, fístula arteriovenosa dural, mielopatía.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: ameza20@alumnos.utalca.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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 15:
OFTALMOLOGÍA

CC#07: SÍNTOMAS COMUNES, PRONÓSTICO DISTINTO: DISTINGUIR CONJUNTIVITIS DE GLAUCOMA EN ETAPAS TEMPRANAS.

Calfuala Villa M (1), Pérez Torres N (2), Parra Venegas R (2), Valdivia Cerdá A (2), Pérez Salas C (3)

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

(2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

(3) Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El enrojecimiento ocular es una causa común de consulta en atención primaria, siendo la conjuntivitis la etiología más frecuente. Sin embargo, otras patologías menos prevalentes, como el glaucoma primario de ángulo cerrado, pueden simular clínicamente una conjuntivitis en etapas iniciales. Esta condición, si no se diagnostica a tiempo, puede provocar daño visual irreversible. Identificar signos de alarma y mantener un juicio clínico flexible ante síntomas persistentes es clave para evitar retrasos diagnósticos y derivar oportunamente al nivel especializado.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 84 años consultó en tres ocasiones por ojo rojo derecho con secreción, prurito y visión borrosa. Fue tratada como conjuntivitis sin respuesta. En la tercera consulta refirió presión ocular subjetiva y se pesquisó agudeza visual disminuida. Derivada a oftalmología, se evidenció presión intraocular de 38 mmHg, ángulo cerrado y excavación papilar aumentada. Se diagnosticó glaucoma primario de ángulo cerrado, iniciándose tratamiento tópico y programando iridotomía láser.

DISCUSIÓN:

Este caso evidencia la dificultad de diferenciar entre conjuntivitis y glaucoma primario de ángulo cerrado en atención primaria, especialmente en adultos mayores. La persistencia de síntomas, ausencia de mejoría y compromiso visual progresivo deben alertar sobre diagnósticos más graves. El juicio clínico flexible y la sospecha activa frente a cuadros refractarios permiten evitar retrasos diagnósticos. Este reporte subraya la importancia del diagnóstico diferencial del ojo rojo y la necesidad de una derivación oportuna para prevenir secuelas visuales irreversibles en contextos de baja disponibilidad diagnóstica oftalmológica.

PALABRAS CLAVE: Conjuntivitis, Diagnóstico diferencial, Glaucoma.

CORREO AUTOR RESPONSABLE:

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.

CC#67: ECBALLIUM ELATERIUM, UN AGENTE POCO FRECUENTE DE CAUSTICACIÓN OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Godoy Inostroza G (1), Klagges Troncoso J (2).

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

(2) Médico Oftalmólogo, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Ecballium elaterium, o melón reuma, es una planta usada en medicina tradicional para tratar patologías reumatólogicas y sinusitis, pero su uso no supervisado presenta múltiples riesgos, particularmente a nivel ocular. El trauma ocular es una de las principales causas de ceguera prevenible; un 20% se atribuye a causticaciones, principalmente hombres que sufren accidentes de trabajo por agentes químicos industriales. Son poco frecuentes los reportes de causticación ocular por agentes vegetales.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 63 años sin antecedentes consulta por disminución de agudeza visual, ojo rojo y dolor ocular bilateral, tras la aplicación accidental de jugo de *Ecballium elaterium* en ambos ojos al tratar una sinusitis horas previas. Se realiza lavado ocular en Atención Primaria y se deriva a la Unidad de Trauma Ocular del Hospital del Salvador. A la evaluación, agudeza visual de 0.1 en ojo derecho y cuenta dedos a 50 centímetros en ojo izquierdo, quemosis, córnea opaca, pliegues corneales, Tyndall positivo y queratitis punctata severa. Se maneja con ungüento de tobramicina-dexametasona y lubricante ocular cada 2 horas, manteniéndose en controles seriados. Evoluciona favorablemente, con recuperación total de la agudeza visual a las 2 semanas.

DISCUSIÓN:

Si bien es sabido que los agentes vegetales como *Ecballium elaterium* pueden causar irritación ocular, los casos reportados se dan principalmente en contexto agrícola o de jardinería. Existen escasos reportes de causticación ocular por *Ecballium elaterium* en contexto del uso de con fines medicinales. Inicialmente es crucial el lavado ocular profuso para eliminar restos de agentes químicos y evitar que el daño sobre la superficie ocular progrese, además de un examen exhaustivo, profilaxis antibiótica y corticoides tópicos para reducir la inflamación y prevenir infecciones secundarias. Es fundamental mantener un seguimiento estrecho en fase aguda y educar a la población respecto de los potenciales riesgos del mal uso de plantas medicinales.

PALABRAS CLAVE: Córnea, Cucurbitaceae, Edema corneal, Lesiones de la córnea.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: gustavogodoy@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 16:
OTORRINOLARINGOLOGÍA

CC#34: ACÚFENOS Y BENZODIAZEPINAS: MÁS ALLÁ DEL OÍDO, UN CASO CLÍNICO DE ABSTINENCIA.

Toledo Ibieta, I. (1), Martínez Acevedo, G. (1), Paredes Ávila, A. (1), Mendoza Zambrano, E. (1), Cerdá Sepúlveda, V. (2).

(1) Interno/a de 6º Año de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

(2) Médica Cirujana, Residente Otorrinolaringología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El tinnitus, definido como la percepción de un sonido en ausencia de un estímulo auditivo externo, puede ser manifestación clínica de una gran variedad de etiologías, incluyendo patologías otológicas, neurológicas, farmacológicas y psiquiátricas. Este síntoma se informa con poca frecuencia como forma de presentación de un síndrome de abstinencia a benzodiazepinas, siendo además subdiagnosticada, puesto que no es de las principales causas y suele omitirse durante la entrevista clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 80 años, usuaria de quetiapina y clonazepam hace 2 años, consulta por tinnitus bilateral de 1 mes de evolución, descrito como “zumbido” constante, sin relación a movimientos ni cambios posturales, refiere que afecta su calidad de vida, principalmente en el sueño. Se estudia mediante examen de VIII par, el cual arroja evaluación vestíbulo-cerebelosa normal, ausencia de nistagmo, y prueba de calorimetría simétrica. La audiometría muestra una hipoacusia neurosensorial leve de oído izquierdo, con impedanciometría normal bilateral. En una nueva consulta, se interroga al paciente en búsqueda de una causa alternativa, quien refiere haber suspendido abruptamente el clonazepam hace un mes por decisión propia. Se indica reintroducir el tratamiento, evolucionando favorablemente, con resolución de la sintomatología.

DISCUSIÓN:

El síndrome de abstinencia a benzodiazepinas raramente puede cursar con fenómenos auditivos como acúfenos y alteraciones del equilibrio; en este caso, la resolución del tinnitus tras reintroducir clonazepam respalda el diagnóstico. Este reporte es relevante ya que el tinnitus es un síntoma complejo de estudiar y que puede afectar profundamente la calidad de vida del paciente, siendo fundamental una anamnesis completa, considerando cambios recientes de medicación, especialmente en pacientes geriátricos donde es frecuente la polifarmacia, para evitar realizar estudios adicionales innecesarios y favorecer un tratamiento dirigido. Además, destaca la importancia de educar sobre la adherencia terapéutica y retiro con indicación médica.

PALABRAS CLAVE: Acúfeno, Benzodiazepinas, Síndrome de Abstinencia a Sustancias.

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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 17:
RADIOLOGÍA

CC#05: AGENESIA DEL OÍDO MEDIO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gutiérrez Medina F.(1), Zúñiga Ojeda I.(1), San Martín Reyes N.(1), Radic Bustamente D.(1), Jara Navarro M.(2).

(1) Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico UC Christus, Santiago.

(2) Médico Cirujano, Becado de Urgencias, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico UC Christus, Santiago.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Anatómicamente el oído se divide en tres compartimentos: oído externo, medio e interno. El oído medio surge desde la bolsa faríngea y se compone de la cavidad timpánica, las celdillas mastoideas y la trompa de Eustaquio. Alteraciones en las distintas estructuras pueden ser sustrato de hipoacusia tanto congénita como adquirido. El propósito de este escrito es presentar un caso malformativo, resaltando la importancia de la tomografía computada (TC) en el diagnóstico y evaluación.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 31 años sin antecedentes mórbidos, consulta por hipoacusia izquierda de aproximadamente 20 años de evolución, que en los últimos meses se ha exacerbado. Niega otros síntomas asociados. Otoscopia normal. La evaluación audiológica confirma hipoacusia de conducción izquierda. Se amplía estudio con TC, donde se observa ausencia de visualización del estribo izquierdo con adecuado desarrollo de la ventana oval, y leve alteración de la morfología del yunque izquierdo. Se deriva para manejo quirúrgico.

DISCUSIÓN:

Las malformaciones congénitas del oído medio son muy poco frecuentes, con una incidencia estimada de 1:10.000. La agenesia del estribo generalmente es diagnosticada de forma incidental durante el estudio de una hipoacusia de origen incierto. La principal función del oído medio es transmitir las vibraciones acústicas, por lo que su principal manifestación es la hipoacusia de conducción. En el contexto de hipoacusia crónica asociado a alteraciones anatómicas unilaterales en diversos grados, resulta relevante ampliar el estudio para determinar si están asociadas a algún síndrome genético, además de identificar posibles factores predisponentes que hayan exacerbado la condición.

PALABRAS CLAVE: Malformaciones Congénitas, Oído Medio, Hipoacusia Conductiva.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: florencia.gutierrez@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.

CC#20: BAZO ERRANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA: REPORTE DE UN CASO.

Reyes Martín J.(1), Ramírez Moyano R.(1), Gutiérrez Medina F.(1), Pérez Brunet V.(1), Jara Navarro M.(2).

(1) Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico UC Christus, Santiago.

(2) Médico Cirujano, Becado de Urgencias, Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico UC Christus, Santiago.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de bazo errante es una condición poco común. Ocurre cuando el bazo presenta hiper-movilidad debido a la laxitud de los ligamentos que lo fijan en su posición habitual. Puede generar complicaciones graves, como torsión esplénica o compresión de estructuras abdominales adyacentes. El objetivo de este escrito es presentar un caso de bazo errante asociado a uno accesorio y resaltar la relevancia de la imagenología en el diagnóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 9 años consulta por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de dos días de evolución, con masa palpable en la misma zona. Se realiza ecografía abdominal, que muestra bazo de 12.8 cm desplazado hacia el flanco izquierdo, sugerente de bazo errante. Se realizó esplenopexia laparoscópica, donde sorpresivamente se identificó un bazo accesorio asociado al errante, y se completó con tomografía computada postoperatoria que confirmó la presencia de ambos bazos.

DISCUSIÓN:

El síndrome de bazo errante es una condición poco frecuente que se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes, especialmente en mujeres. Su diagnóstico puede ser difícil debido a los síntomas inespecíficos, siendo clave el uso de imágenes para confirmar la movilidad esplénica anómala y realizar una pesquisa precoz. En casos con torsión, la intervención quirúrgica es esencial. La esplenopexia es el tratamiento de elección, preservando la función esplénica y previniendo recurrencias.

Este caso resalta la importancia de una evaluación exhaustiva, especialmente cuando se encuentran hallazgos inesperados como el bazo accesorio, para proporcionar el tratamiento más adecuado y mejorar el pronóstico del paciente.

PALABRAS CLAVE: Bazo, Ectopía del Bazo, Enfermedades del Bazo.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jreyesmartin@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 18:
REUMATOLOGÍA

CC#60: DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS EN ADULTO MASCULINO: REPORTE DE CASO.

De La Fuente Gálvez G (1), Cornejo Guzmán J (1), Cruces Miranda K (1), Reuse Berner B (2), Morales Atlagich C (3).

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

(2) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.

(3) Médico Internista, Unidad de Pacientes Críticos, Clínica Santa María, Santiago, Chile y Docente Académico, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome antifosfolípido (SAF), son enfermedades autoinmunes muy variables. Los hombres con LES (7-15:1 versus mujeres) presentan mayor gravedad, especialmente cuando se asocia a SAF (40% de casos).

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 52 años con antecedentes de síndrome de Raynaud y poliartralgias de larga data.

Cursa cuadro respiratorio bajo, en estudio destaca: tomografía computarizada de tórax, donde se identifica neumopatía basal izquierda, derrame pleural y pericárdico; pancitopenia; y parámetros inflamatorios negativos. Se amplía estudio con anticuerpos antinucleares (ANA) granular fino 1/80 y nucleolar grumoso 1/320, anticuerpos nucleares extraíbles negativos, complementos C3 y C4 normales, anti-B2 glicoproteína inmunoglobulina (Ig) G (+) 11,2 U/mL, anticardiolipina IgG (+) 12,7 U/mL, anticoagulante lúpico (+).

Evoluciona con artralgias, palidez mucocutánea, ictericia, fiebre y oliguria. Destaca anemia hemolítica severa, parámetros inflamatorios elevados, con pruebas de coagulación alteradas, ANA 1/640, C3 y C4 bajos, concordante con crisis lúpica. Se inicia terapia de soporte. Se realiza mielograma y biopsia de médula ósea con celularidad aumentada, sin evidencia de blastos. Actualmente en tratamiento inmuno-supresor, por LES y SAF serológico triple (+).

DISCUSIÓN:

Presentamos un caso de un hombre que debutó con LES asociado a SAF serológico, posterior a pesquisa de poliserositis. A pesar de la baja prevalencia que posee un paciente masculino de presentar estas enfermedades, es imperativo diagnosticar tempranamente, debido a la gravedad y peor pronóstico a largo plazo de este grupo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Anemia hemolítica autoinmune, Lupus eritematoso sistémico, Pancitopenia, Síndrome antifosfolípido.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: gdelafuenteg@correo.uss.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.

CC#63: CALCINOSIS MASIVA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DERMATOMIOSITIS: REPORTE DE CASO.

Torres Guerrero, A (1), Alday Alvarado, D (1), Riquelme Cornejo, I (1), Gómez Sotomayor, C (1), Vega Tapia, L (2).

(1) Interno/a de Medicina, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

(2) Médico Internista, Unidad de Cuidados Intensivos, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani, Arica, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La calcinosis cutis (CC) consiste en depósitos de calcio y fosfato en piel y tejido subcutáneo, con cinco tipos: idiopática, iatrogénica, metastásica, calcifilaxis y distrófica, siendo esta última la más común. La calcificación distrófica, con calcio y fósforo normal, se asocia a enfermedades del tejido conectivo como dermatomiositis (DM) en un 20%, siendo el anticuerpo anti-NXP2 vinculado a formas con mayor riesgo de calcinosis. Clínicamente varía desde hallazgos incidentales hasta nódulos ulcerados, causando dolor y riesgo de infección. No hay tratamiento estándar; la escisión quirúrgica es la opción más frecuente. El presente caso, tiene como objetivo exponer la CC como manifestación infrecuente, de difícil manejo y potencialmente invalidante de la DM.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 29 años, sin antecedentes, consulta por 18 meses de aparición progresiva de nódulos indurados multifocales, asociados a inflamación, dolor y limitación funcional. Refiere debilidad de extremidades proximal y distal, mialgias, compromiso general y fenómeno de Raynaud. Al examen físico destaca rash heliotropo y lesiones nodulares generalizadas, eritematosas, dolorosas, algunas de ellas ulceradas con secreción calcárea, localizadas principalmente en extremidades y glúteos. El estudio inicial con tomografía computada toraco abdomino pelviana evidencia calcinosis extensa asociada a poliserositis. Los exámenes de laboratorio destacan: reactantes inflamatorios elevados con creatina quinasa, calcio y fósforo normales; ANA positivo (1:160 AC-4; 1:640 AC-P6), perfil ENA negativo, y panel de miositis positivo para IgG anti-EJ (52), anti-PM-Scl100 (18) y anti-NXP2 (233). Se diagnóstica como DM con CC masiva avanzada de mal pronóstico y se inicia manejo sintomático asociado a immunomoduladores. Evoluciona con escasa respuesta a tratamiento manteniendo seguimiento ambulatorio por reumatología y unidad del dolor.

DISCUSIÓN:

El presente caso expone una CC agresiva e inhabitual como manifestación de DM, evidenciando la importancia de una sospecha clínica oportuna para evitar un desenlace de mal pronóstico y la necesidad de mejores alternativas terapéuticas.

PALABRAS CLAVE: Calcinosis Cutis, Dermatomiositis, Enfermedades de la Piel y Tejido Conjuntivo.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: andrea.torres.guerrero@alumnos.uta.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.

CC#71: CEREBELITIS ASOCIADA A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, DESAFÍO DIAGNÓSTICO ENTRE ETIOLOGÍA INFECCIOSA Y AUTOINMUNE.

Gloffka Valenzuela M (1), Gómez Hevia M (1), Court Vásquez M (2), Vasconcello Ortiz V (1), Domínguez Donoso G (3).

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

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

(3) Residente de neurología, Hospital clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que puede comprometer múltiples órganos, siendo los más frecuentes las articulaciones, piel y riñones; también puede comprometer el sistema nervioso. Las principales manifestaciones del Neurolupus son convulsiones, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, deterioro cognitivo y cefalea. La cerebelitis es una presentación infrecuente del LES, con una prevalencia <2%, y puede presentarse con ataxia, cefalea y trastorno del movimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 21 años, en contexto de hospitalización por peritonitis secundaria a serositis por LES cursó con cefalea intensa asociada a visión borrosa y compromiso de conciencia. En Resonancia Magnética de cerebro, se evidenció leptomeningitis + cerebelitis izquierda, signos de hipertensión endocraneana aguda con compresión del IV ventrículo. El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró pleocitosis (predominio polimorfonuclear), hipoglucorraquia, panel meníngeo, cultivos y estudio infeccioso ampliado negativos. Estudio inmunológico de LCR no concluyente. En este contexto, inicialmente se sospechó infección por *Listeria monocytogenes*, sin embargo, ante la escasa respuesta al tratamiento, se planteó cuadro secundario a neurolupus. Se administraron cinco dosis de gammaglobulinas e inicio de terapia inmunosupresora, con evolución clínica e imagenológica favorable.

DISCUSIÓN:

Este es un caso con presentación atípica de Neurolupus, requiriendo un alto índice de sospecha. Dado que los hallazgos del LCR son inespecíficos y pueden simular una infección, y que la sensibilidad de los estudios para *Listeria* son bajas, resulta clave el descarte razonable de enfermedades infecciosas previo al inicio de terapia inmunomoduladora para favorecer la recuperación y minimizar el riesgo de secuelas.

PALABRAS CLAVE: Cerebelo, *Listeria*, Lupus eritematoso sistémico, Meningitis.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: martinagloffka@ug.uchile.cl

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

CC#83: ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DEL SÍNDROME DE SJÖGREN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Troncoso Rojas, J (1), Campos Cid, P (2), Gonzalez Leonelli, V (1), Lazcano Diaz, S (1), Salazar Maulén M (3).

(1) Interno de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

(2) Interno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

(3) Residente Medicina Interna, Universidad de La Frontera, Hospital Henriquez Aravena, Temuco, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La encefalitis autoinmune es una entidad potencialmente reversible, pero de difícil diagnóstico, especialmente en adultos mayores con síntomas neuropsiquiátricos inespecíficos. El síndrome de Sjögren primario (SSp), conocido por su compromiso glandular, puede presentarse con manifestaciones neurológicas centrales poco frecuentes, entre ellas encefalitis.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 75 años, autovalente, debutó con desorientación, pérdida de memoria y prosopagnosia. Evolucionó con agitación, disartria y desconexión del medio, sin hallazgos infecciosos ni estructurales concluyentes. El LCR mostró proteinorraquia sin pleocitosis, la resonancia magnética (RNM) reveló hiperintensidades temporales bilaterales y el EEG actividad bifrontal sincrónica. Destacaron anti-SSA (Ro) en títulos altos y biopsia de glándula salival compatible con sialadenitis focal linfocitaria. Ante la sospecha de encefalitis inmunomediada asociada a SSp, se inició tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulina intravenosa, seguido de micofenolato, prednisona, hidroxicloroquina y rituximab, evolucionando con mejoría clínica progresiva.

DISCUSIÓN:

El compromiso neurológico central en el SSp es poco frecuente y rara vez constituye la forma de presentación inicial, por lo que es necesario considerar el SSp como causa potencial de encefalitis en pacientes con síntomas subagudos, incluso en ausencia de manifestaciones sicca prominentes. El diagnóstico requiere un enfoque clínico e immunológico integrador. La inmunoterapia escalonada permitió revertir un cuadro severo que, de no haberse reconocido a tiempo, pudo haber sido interpretado como demencia irreversible. El tratamiento oportuno puede cambiar radicalmente el pronóstico funcional de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Encefalitis autoinmune, Síndrome de Sjögren, Sistema nervioso central.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: j.troncoso09@ufromail.cl

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

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 19:
TRAUMATOLOGÍA & ORTOPEDIA

CC#03: COXARTROSIS EN DISPLASIA ESPONDILOMETAFISIARIA DE ESQUINAS ROTAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Puigmartí Aranguren, A.(1), Palma Barrera, S.(1), Rubilar Devia, J. (1), Daswani Khiani, S. (1), Meirovich Weiner, J. (2).

(1) Interno Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

(2) Médico Cirujano - Traumatología y Ortopedia, Clínica Indisa, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La displasia espondilometafisiaria de esquinas rotas es una displasia esquelética poco frecuente, caracterizada por alteraciones metafisiarias y deformidades óseas progresivas. Estas alteraciones predisponen a desalineamientos biomecánicos que favorecen el desarrollo precoz de coxartrosis, condición degenerativa incapacitante de la articulación coxofemoral.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 16 años, con antecedente de displasia espondilometafisiaria y coxa vara bilateral, consulta por dolor crónico y rigidez en ambas caderas, con limitación funcional severa. Al examen destaca coxalgia bilateral, rango articular reducido, escoliosis y genu valgo. Estudios imagenológicos evidencian artrosis avanzada de caderas con cabezas femorales hipoplásicas y ascenso trocantérico. Se indica artroplastia total de cadera bilateral en dos tiempos. A los 8 días postoperatorios de la primera cirugía, el paciente presenta secreción serohemática y fiebre, manejándose como infección periprotésica aguda. Se realiza aseo quirúrgico con cultivo positivo para *Corynebacterium striatum*. Se indica tratamiento con Linezolid y Levofloxacino por 6 meses. Evoluciona con adecuada cicatrización y recuperación funcional de caderas, persistiendo molestias en rodillas, programadas para corrección quirúrgica posterior.

DISCUSIÓN:

El manejo de la coxartrosis secundaria a displasia espondilometafisiaria requiere un enfoque multidisciplinario. La artroplastia total de cadera representa una solución funcional efectiva en casos avanzados. Las infecciones periprotésicas, aunque infrecuentes, constituyen una complicación severa, cuyo éxito terapéutico depende de la detección y tratamiento precoz. Este caso ilustra la importancia del seguimiento riguroso y la rehabilitación para lograr una recuperación funcional satisfactoria.

PALABRAS CLAVE: Displasia del Desarrollo de la Cadera, Osteoartritis de la Cadera, Prótesis de cadera.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: a.puigmartiaranguren@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.

CC#18: METALOSIS SECUNDARIA A ASAS DE ALAMBRE POR FRACTURA PERIPROTÉSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Palma Barrera, S.(1), Puigmartí Aranguren, A.(1), Rubilar Devia, J.(1), Bórquez Morales, F. (1), Arriagada Valenzuela, C. (2)

(1) Interno Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

(2) Médico Cirujano - Traumatología y Ortopedia, Clínica Indisa, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Metalosis es una complicación rara pero grave que puede surgir tras cirugías ortopédicas con implantes metálicos, como la artroplastia total de cadera. Se caracteriza por necrosis y fibrosis de los tejidos blandos alrededor del implante, además de quistes y pseudotumores. Clínicamente, provoca dolor, inflamación y daño en los tejidos circundantes, pudiendo afectar estructuras nerviosas, vasculares y órganos cercanos. Su tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario, destacando la extracción completa del implante metálico y desbridamiento de tejidos afectados.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 77 años con antecedentes de artrosis severa bilateral, quien fue sometida a prótesis total de cadera derecha. Tras una fractura trocantérea derecha sin desplazamiento, se realizó fijación con asas de alambre, desarrollando posteriormente dolor persistente e inflamación.

Luego de 11 meses, una resonancia magnética evidenció pseudotumores y signos de metalosis. Por lo que se realizó una cirugía de revisión, con recambio protésico y aseo quirúrgico. Los cultivos intraoperatorios revelaron *Staphylococcus epidermidis*, confirmando una infección periprotésica. El estudio histopatológico mostró fibrosis e infiltración de material metálico en los tejidos circundantes. El tratamiento incluyó la extracción de los restos metálicos, desbridamiento quirúrgico y terapia antibiótica con vancomicina y cotrimoxazol. La evolución postoperatoria fue favorable, con mejoría del dolor e inflamación, aunque persistió una debilidad muscular moderada.

DISCUSIÓN:

Este caso resalta la importancia de una adecuada selección de materiales en la fijación de fracturas periprotésicas, así como un seguimiento estricto para detectar complicaciones tempranas. La extracción completa del material metálico afectado y un manejo multidisciplinario son clave para optimizar los resultados en pacientes con metalosis.

PALABRAS CLAVE: Cadera, Desbridamiento, Infecciones, Prótesis, *Staphylococcus epidermidis*.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: spalmabarrera@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.

CC#47: TENOSINOVITIS SÉPTICA UNA COMPLICACIÓN RARA DE MORDEDURA DE PERRO: REPORTE DE UN CASO.

Carreño O'kuinghttons, A (1), Céspedes Moya, J(1), Lara Coria, M(1), Zilleruelo Cañas, R(2).

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

(2) Médico Cirujano, Residente de Traumatología y Ortopedia, Pontificia Universidad católica de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La Tenosinovitis séptica es una infección del tendón y su vaina sinovial, representa el 9.5% de las infecciones en la mano. Es una urgencia traumatólogica, dado a las consecuencias funcionales que genera, por lo que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 60 años, sin antecedentes relevantes, consultó en urgencias por una mordedura de perro en la zona flexora de la falange proximal del meñique derecho. Se realizó aseo de la zona y se dio tratamiento ambulatorio con antibióticos. Consultó nuevamente al tercer día de tratamiento, por aumento de dolor y líquido purulento en la zona.

Al examen físico destacaba un dedo con aumento de volumen fusiforme, posición de flexión en reposo y dolor a la extensión pasiva, también dolor a la palpación de la vaina flexora. Se hospitalizó para aseo quirúrgico y tratamiento con antibióticos endovenosos.

DISCUSIÓN:

La Tenosinovitis séptica es una complicación infrecuente y grave, la cual hay que sospechar frente a una evolución tórpida o deterioro clínico, para lograr un diagnóstico precoz y prevenir complicaciones.

El diagnóstico es principalmente clínico con los signos de Kanavel presentes en este caso. Ante la duda diagnóstica, la ecografía y la resonancia magnética son útiles, pero no deben retrasar el tratamiento o derivación. El manejo depende del cuadro clínico del paciente, puede ir desde antibióticos endovenosos y aseo quirúrgico como en este caso hasta desbridamiento del tejido necrótico o amputación.

PALABRAS CLAVE: Infección, Mordeduras y picaduras, Tenosinovitis.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: agustincarreno@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.

CC#70: ENFERMEDAD DE PERTHES EN PACIENTE CON DISPLASIA DE CADERA CONTRALATERAL, REPORTE DE CASO.

Quezada Pereira, J (1), Fernández Monsalve, F (2), Yáñez Reyes, B (1), Hidalgo Ramírez, M (1), Aguayo Barrientos, C (3).

(1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián sede Concepción, Complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
(2) Traumatólogo, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

(3) Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello sede Concepción, Complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La displasia de cadera (DDC) es una alteración del desarrollo de la articulación coxofemoral, en que existe una relación incongruente del acetábulo y la cabeza femoral, caracterizándose por falta de cobertura femoral. La enfermedad de Perthes es una necrosis avascular idiopática y aséptica del niño, cuya secuela es una coxa magna, plana; pudiendo cursar con displasia acetabular secundaria. La coexistencia entre DDC y enfermedad de Perthes contralateral es una asociación rara, descrita escasamente en la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenina, 22 años, con antecedentes de displasia de cadera izquierda operada al año de edad. Consultó por coxalgia anterior izquierda irradiada a rodilla y claudicación. El examen físico evidencia dismetría a expensas de acortamiento derecho, con buen rango, indoloro. Se evalúa radiografía de pelvis anteroposterior previa, en que se observa a izquierda un ángulo de Wiberg de 19 grados, sin signos degenerativos y a derecha coxa magna con displasia acetabular, sugerente de secuela de enfermedad de Perthes.

Se explica el pronóstico y posibilidades, sin embargo, la paciente decide seguimiento imagenológico evaluando a futuro la necesidad de resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN:

La asociación entre DDC y enfermedad de Perthes contralateral es rara, con escasa literatura al respecto. La incidencia de DDC en Chile es de 1 por cada 500 a 600 recién nacidos, en enfermedad de Perthes es de 1-2.5 cada 10.000 niños, no disponiéndose datos chilenos. En nuestra búsqueda encontramos sólo un reporte de caso, por lo que no existen estadísticas en cuanto a la asociación de estas patologías. Es conveniente reportar estos casos para obtener una cifra de incidencia, correlacionar e investigar los factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE: Articulación de la Cadera, Displasia del Desarrollo de la Cadera, Enfermedad de Legg-Calve-Perthes

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jquezadap@correo.uss.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.

CC#90: DOLOR LUMBAR PERSISTENTE EN ADOLESCENTE: DIAGNÓSTICO TARDÍO DE FRACTURA POR COMPRESIÓN VERTEBRAL.

Martin Godoy, J (1), Sánchez Sandoval, J (1), Carrasco López, G (1), Toro González, V (1), García Zavala, R (2)

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

(2) Médico General, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las fracturas lumbares necesitan un alto nivel de sospecha diagnóstica en adolescentes ya que el dolor es comúnmente atribuido a causas benignas como el lumbago mecánico. Ante dolor persistente y antecedentes de traumatismo es fundamental mantener un alto índice de sospecha y utilizar de manera oportuna los exámenes complementarios. Presentamos este caso para destacar la importancia de una evaluación clínica adecuada y el uso oportuno de imágenes como resonancia magnética (RM), y así evitar diagnósticos erróneos y retrasos terapéuticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 15 años consultó por dolor lumbosacro intermitente de tres meses de evolución posterior a caída de nivel sobre los glúteos durante un partido de basquetbol y que aumenta con la actividad física. Inicialmente fue diagnosticado con lumbago mecánico sin solicitud de imágenes y tratado con antiinflamatorios no esteroidales. Consulta tres meses después con especialista en columna y reveló dolor a la palpación en L4-L5, contractura muscular y signo de TEPE positivo. Se solicitó RM de columna que informa espondilólisis L5 derecha y lisis pedicular L5 izquierda con edema óseo asociado. Leve discopatía L5-S1. Se manejó de forma conservadora con kinesioterapia consistente en ejercicios de fortalecimiento dorsal y abdominal, y plan nutricional con aumento proteico (1.2-2.0 g/kg/día) y calórico (30-35 kcal/kg/día).

DISCUSIÓN:

Aunque el lumbago mecánico es común en adolescentes, la persistencia del dolor y antecedentes traumáticos requieren descartar lesiones estructurales como fracturas vertebrales. La RM es fundamental para identificar lesiones óseas no visibles en radiografías simples. El tratamiento conservador es seguro y efectivo en adolescentes, gracias a su alta capacidad de regeneración ósea. El abordaje debe ser integral, con analgesia, rehabilitación y nutrición específica. El soporte proteico y calórico favorece la síntesis de matriz ósea y la preservación muscular durante el reposo. El entrenamiento de fuerza supervisado es seguro en adolescentes y esencial para la prevención de recaídas.

PALABRAS CLAVE: Lesiones deportivas, Dolor musculoesquelético, Nutrición deportiva.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jmartin2019@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.

CASOS CLÍNICOS

SECCIÓN 20:
UROLOGÍA

CC#58: LINFANGIOMA EN VESÍCULA SEMINAL: REPORTE DE UN CASO INUSUAL RECENTE CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN HBLT.

Reinicke Burgos, M.(1), Fernández Herrera, F.(2), Le Roy López, M.(2), Pérez Canobra, R.(3), Toffanari Araya, J.(4).

(1) Interna de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

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

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

(4) Becada Urología Universidad de Santiago, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El linfangioma es una malformación benigna congénita del sistema linfático. Su aparición en adultos es muy rara; solo el 0,05 % de los casos se localiza en el retroperitoneo y es aún menos frecuente en las vesículas seminales. La fisiopatología consiste en una proliferación anómala de vasos linfáticos que forman espacios quísticos independientes del drenaje normal. Clínicamente puede ser asintomático o manifestarse con síntomas urinarios bajos, hematospermia o hematuria. La sospecha diagnóstica se realiza mediante Tomografía Computarizada (TC) o Resonancia Magnética (RM), confirmándose mediante histología. El tratamiento ideal es la resección quirúrgica, con excelente pronóstico.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Hombre de 60 años con enfermedad renal crónica etapa IV, obesidad e hiperplasia prostática benigna. Consulta por retención aguda de orina y proctalgia de 3 meses de evolución. Al examen físico se describe un tacto rectal con próstata aumentada de tamaño uniformemente, sensible globalmente a la palpación, con testículos no dolorosos. Dentro del laboratorio destaca un Antígeno Prostático Específico elevado, urocultivo positivo para *Enterococcus faecalis*, tratado con ciprofloxacino. Se realiza Tomografía Computada de abdomen y pelvis que evidencia lesión indeterminada en testículo izquierdo, con posterior Resonancia magnética pélvica que informa quiste complejo multitabulado de vesícula seminal izquierda de 10x7x8,5 cm. Se decide resolución quirúrgica mediante vesiculectomía bilateral. La biopsia revela linfangioma con inflamación crónica fibrosa, reacción granulomatosa con células gigantes, ectasia ductal y hamartomas organizados.

DISCUSIÓN:

El linfangioma de vesículas seminales es una entidad rara. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica-imagenológica, confirmándose por anatomía patológica. La literatura disponible, basada en reportes de casos aislados, respalda un manejo quirúrgico con excelente pronóstico. Este caso amplía el conocimiento sobre esta patología poco frecuente.

PALABRAS CLAVE: Hematuria, Linfangioma, Quiste, Urología, Vesículas Seminales.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: m.reinicke@ufromail.cl

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

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 1: MEJORES TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

PRIMER LUGAR TI#10: ESTILBENOS COMO INHIBIDORES DE MCT1 Y MCT4: EFECTOS IN VITRO Y EN DROSOPHILA CON GLIOBLASTOMA

Albornoz Barraza A (1), Ibáñez Chía A (2), Sierralta Jara J (3).

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

(2) Investigador Postdoctoral, Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

(3) Profesor Titular, Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El lactato es una molécula clave en el metabolismo tumoral y es movilizado por los transportadores de monocarboxilatos 1 y 4 (MCT1/4), ambos potenciales blancos terapéuticos en cáncer y glioblastoma. Los estilbenos, compuestos naturales con propiedades anticancerígenas, podrían actuar modulando este transporte, aunque su mecanismo aún no está completamente claro. Este estudio explora la relación entre los estilbenos y el metabolismo del lactato en un modelo *in vivo* de glioblastoma.

OBJETIVOS:

1) Evaluar la capacidad de los estilbenos para disminuir *in vitro* el transporte de lactato mediado por MCT1 y MCT4; 2) Determinar el efecto antiproliferativo de los estilbenos sobre líneas celulares de cáncer *in vitro* mediante ensayos de viabilidad celular; 3) Analizar la eficacia de los estilbenos sobre el crecimiento tumoral en un modelo de glioblastoma en *Drosophila melanogaster*.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se evaluó la capacidad de estilbenos análogos a resveratrol para inhibir el transporte de lactato en células HEK293, así como su efecto antiproliferativo en líneas cancerosas SiHa y MDA-MB-231. Además, se analizó su eficacia en un modelo de glioblastoma en *Drosophila*, cuantificando el volumen tumoral y el número de células tumorales.

RESULTADOS:

Los estilbenos demostraron inhibir diferencialmente el transporte de lactato, siendo más efectivos en células expresando MCT1 y MCT4. En particular, piceatanol destacó por su capacidad para inhibir MCT1, reducir la proliferación celular y disminuir significativamente el volumen y celularidad del tumor en *Drosophila*.

DISCUSIÓN:

Estos resultados posicionan a piceatanol como un inhibidor funcional de MCT1 con efectos antitumorales tanto *in vitro* como *in vivo*. Su eficacia y baja toxicidad lo destacan como un prometedor compuesto natural para estudios preclínicos, ya sea como herramienta experimental o potencial inhibidor dual de MCTs. Este trabajo refuerza el valor terapéutico de los MCTs y promueve el desarrollo de estrategias anticancerígenas basadas en metabolitos naturales.

PALABRAS CLAVE: *Drosophila melanogaster*, Estilbenos, Glioblastoma, Lactato, Transportadores de Monocarboxilatos.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: anezka.albornoz@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.

SEGUNDO LUGAR TI#09: 20 AÑOS DE CÁNCER TESTICULAR: FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD DESDE CENTRO CHILENO DE ALTA COMPLEJIDAD.

Acosta Garay, A (1), Ramirez Moyano, R (1), Alvarado Vázquez, P (1), Ortega Quintana, J (2), Saez Iturra, V (3), Roa Solís, R (2), Fuentes Espinoza, A (4,5)

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

(2) Alumno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(3) Alumno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile

(4) Urólogo, Departamento de Uroología, Res de Salud UC-Christus, Santiago de Chile.

(5) Urólogo, Centro Asistencial Dr. Sótero Del Río, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer testicular es el tumor sólido maligno más frecuente en hombres entre 15 y 35 años. En Chile, su elevada incidencia llevó a su inclusión en el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) en 2010. Pese a sus altas tasas de curación, algunos pacientes presentan desenlaces desfavorables.

OBJETIVO:

Determinar factores pronósticos asociados a mortalidad de los tumores testiculares tratados en el Centro Asistencial Dr. Sótero del Río desde el año 2000 hasta el 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, analítico, que incluye a 792 pacientes sometidos a orquitectomía radical en el Hospital Dr. Sótero del Río entre 2000 y 2020, clasificando los tumores según su histología predominante. Se analizaron como variables clínicas y patológicas el tamaño tumoral, tipo histológico, estadio, invasión linfovascular (ILV), compromiso de rete testis y pertenencia al GES. Se efectuó un análisis estadístico mediante pruebas de asociación y regresión logística multivariable para estimar odds ratio (OR) significativos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 792 pacientes, según histología 393 seminoma (50,1%), 379 no seminoma (48,4%) y 12 correspondientes a otros tipos histológicos, como linfoma (1,5%). La mortalidad específica fue de 7,7%. La histología no seminoma (OR 2,49; IC95% 1,15–5,85) y estadios avanzados (OR 7,02; IC95% 4,39–12,05) se asociaron a mayor riesgo de mortalidad. En contraste, la pertenencia al programa GES mostró un efecto protector (OR 0,37; IC95% 0,18–0,73). ILV, tamaño tumoral mayor a 4 cm y compromiso de rete testis no evidenciaron una asociación significativa.

DISCUSIÓN:

El tipo histológico y el estadio clínico al diagnóstico representaron factores clave asociados a mortalidad por cáncer testicular. La implementación del programa GES se asoció a mejor pronóstico, resaltando el impacto de las políticas públicas en el manejo del cáncer testicular en Chile.

PALABRAS CLAVE: Chile, Neoplasias Testiculares, Mortalidad.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: aacostg@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.

TERCER LUGAR TI#03: NEOPLASIAS MALIGNAS DE ÓRGANOS DIGESTIVOS EN CHILE DESDE 2010 AL 2023.

Ip Francesconi V(1), Agüero Jiménez A(2,3).

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

(2) Docente, Programa de Bioestadística, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

(3) Doctorando, Centro de Investigación de Complejidad Social, Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Las neoplasias malignas del sistema digestivo, como el cáncer colorrectal y gástrico, se encuentran entre los tipos de cáncer más frecuentes en Chile. El cáncer gástrico es una de las principales causas de mortalidad por cáncer en el país, con cerca de 3.200 muertes anuales. Factores como edad, sexo, dieta, consumo de sal, tabaco, alcohol y la infección por *Helicobacter pylori* se asocian a su desarrollo. Estas neoplasias afectan mayormente a hombres mayores de 60 años.

OBJETIVO:

Evaluar la incidencia de hospitalizaciones por neoplasias malignas de órganos digestivos en Chile entre los años 2010 y 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El diseño de estudio utilizado fue una cohorte retrospectiva basado en el análisis de datos secundarios de registros hospitalarios entre los años 2010 y 2023. Estos datos están disponibles en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de Chile. Se estimaron y describieron tasas estandarizadas (directas) de hospitalizaciones por neoplasias malignas de órganos digestivos (códigos C15-C26 de la Clasificación internacional de enfermedades revisión número 10) en Chile entre los años 2010-2023. Estas tasas se evaluaron según variables sociodemográficas y temporalidad.

RESULTADOS:

Las hospitalizaciones por neoplasias digestivas aumentaron este último tiempo en ambos sexos. El cáncer de colon mostró aumento con una tasa de 180 y 181 por cada 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente, en 2023. El cáncer gástrico disminuyó en hombres en 2022-2023, alcanzando 148 por 100.000. Las mayores tasas se dieron entre los pacientes de 40 y 80 años. En las regiones de Arica y Parinacota y Los Lagos registraron las tasas acumuladas más altas (>600 por 100.000).

DISCUSIÓN:

Existen desigualdades por sexo, edad y región en la incidencia de estas neoplasias de órganos digestivos. Se requieren políticas públicas diferenciadas y estrategias preventivas focalizadas, considerando los determinantes sociales y los grupos de mayor riesgo.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias, Sistema Digestivo, Hospitalización, Epidemiología, Factores de Riesgo.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: valentina.ip@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.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 2:
CIENCIAS BIOLÓGICAS

TI#04: EFECTOS CARDIOVASCULARES DE 2-APB EN CORDEROS RECIÉN NACIDOS EXPUESTOS A HIPOXIA CRÓNICA GESTACIONAL: ANÁLISIS DE VARIABILIDAD CARDIACA.

Canales García G. (1), Bello Zepeda J. (2), Montenegro Carrillo G. (2), Acuña Acuña B. (2), Bustamante Canales L. (2), Bécerra López N., Reyes Catalán, RV (3).

(1) Estudiante de medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

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

(3) Unidad de fisiología y fisiopatología perinatal, Programa de fisiopatología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) es una herramienta no invasiva utilizada para evaluar la modulación autonómica del sistema cardiovascular. Los canales de calcio operados por depósito (SOC) regulan la entrada de calcio intracelular en múltiples tejidos, incluyendo el sistema cardiovascular, y podrían participar en la programación fetal frente a condiciones adversas como la hipoxia gestacional crónica. El 2-aminoethylidiphenylborinate (2-APB) es un inhibidor no selectivo de SOC que también puede afectar estos canales y otras vías de señalización, lo que plantea interrogantes sobre sus efectos cardiovasculares y autonómicos en la etapa neonatal.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se utilizaron 11 ovejas preñadas (*Ovis Aries*) en un modelo experimental de hipoxia gestacional (Low-High-Low), con exposición a 3600 m de altitud durante el 70 % de la gestación. A los 3 días postnatales, los corderos fueron instrumentados para monitorización hemodinámica y divididos en dos grupos: uno tratado con 2-APB (10 mg/kg/día, IV) y otro control con vehículo, durante 10 días. Se registraron presión arterial sistémica (PAS) y frecuencia cardíaca (FC) mediante un sistema de adquisición (PowerLab). Los datos fueron procesados con LabChart y analizados con GraphPad usando *t* de Student, considerando significativo *p* < 0,05.

RESULTADOS:

Los resultados mostraron que no se observaron diferencias significativas entre los grupos en los valores diarios de HRV ni de variables hemodinámicas. En el análisis del área bajo la curva, se identificaron diferencias significativas en la PAM, sPAS y FC entre los grupos, sin cambios en HRV.

DISCUSIÓN:

En conclusión, la administración de 2-APB no produjo cambios significativos en los parámetros de HRV en corderos expuestos a hipoxia gestacional. Sin embargo, las diferencias observadas en variables hemodinámicas acumuladas sugieren un posible efecto cardiovascular no mediado por la modulación autonómica directa, que requiere mayor exploración.

PALABRAS CLAVE: Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca, Sistema Nervioso Autónomo, Sistema Nervioso Simpático, Sistema Nervioso Parasimpático.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: gonzalo.canales.g@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.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 3:
PSIQUIATRÍA

TI#07: USO DE KETAMINA EN PERSONAS QUE SE SOMETEN A INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA: EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ANÍMICA.

Muñoz Pérez J (1), Soza Restrepo J (2), Belaustegui Paravich M (2), Gomberoff Yudilevich A (2), Toro Espinoza P (3).

(1) Residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Interno/a de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(3) Profesor asociado, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La depresión tiene alta frecuencia y costo económico en Chile y el mundo. La ketamina ha recibido atención por sus propiedades antidepresivas rápidas con la administración de una dosis única en depresión resistente al tratamiento. La hipótesis es que la ketamina reduce los síntomas depresivos de forma superior a otros sedantes utilizados en procedimientos endoscópicos.

OBJETIVO:

El objetivo es medir cambios sintomáticos en pacientes que se utilice la ketamina como sedante, y comparar este cambio con el de otros sedantes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional en el Centro de Endoscopía Digestiva del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años agenda-dos para un procedimiento endoscópico, con un puntaje en el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) sugerente de síntomas depresivos. Se realizó un tamizaje inicial, luego se aplicó la escala PHQ-9, y en caso de una puntuación ≥ 5 se continuó con la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D). Este mismo instrumento se implementó 24 horas y una semana después.

RESULTADOS:

No se halló diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones antes y después del tratamiento a las 24 horas y a la semana del procedimiento. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los puntajes de HAM-D a lo largo del tiempo.

DISCUSIÓN:

La falta de diferencias significativas podría explicarse por la dosis, el uso concomitante de midazolam o el intervalo entre evaluaciones. Es posible que la ketamina tenga un efecto más pronunciado en pacientes con depresión severa o resistente, lo que no se reflejó en nuestro perfil de síntomas. En conclusión, no se demostraron efectos significativos de la ketamina sobre la reducción de síntomas depresivos en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos, aunque se requieren estudios adicionales con mayor tamaño muestral y diseño controlado.

PALABRAS CLAVE: Depresión, Ketamina, Endoscopía, Colonoscopía

CORREO AUTOR RESPONSABLE: jsoza1@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.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 4:
RADIOLOGÍA

TI#11: DAÑO EN EL ADN MEDIADO POR ESTRÉS OXIDATIVO SECUNDARIO A RADIACIÓN IONIZANTE EN TOMOGRAFÍA COMPUTADA MODERNA DE BAJA DOSIS.

Aranis Urtubia, I (1), Ramos Bascuñan, B (1), Coghlan Araya, C (1), García Tapia, E (1), Ulloa Jiménez, M.-J (5), Sotomayor, C.G. (2,3,4).

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

(2) Médico Radiólogo, Unidad de Radiología, Departamento de Radiología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

Se ha propuesto que, si persisten las prácticas médicas actuales sobre el uso de radiación ionizante en estudios de tomografía computada, este examen podría contribuir al 5% de los nuevos casos de cáncer anuales. Este daño estaría mediado por el estrés oxidativo sobre el ADN secundario a radiación ionizante.

OBJETIVO:

Caracterizar el estrés oxidativo y el daño en el ADN asociados a la tomografía computada moderna.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo en Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que incluyó voluntarios sanos (Grupo A) y pacientes con indicación para tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste bifásico (Grupo B). Se midieron biomarcadores de estrés oxidativo y daño en el ADN mediante muestras de sangre tomadas en dos momentos: 50 a 70 minutos previo al examen e inmediatamente posterior a éste.

RESULTADOS:

Se reclutaron 35 sujetos (n=17 en A y 18 en B). Aunque la edad y el sexo variaron entre grupos, el índice de masa corporal y daño en el ADN previo al examen fueron comparables. La dosis efectiva específica por paciente fue de 6.7 mSv. En el grupo A los biomarcadores de estrés oxidativo y el daño en el ADN no cambiaron entre el tiempo previo y posterior al examen ($P>0.05$ en todos los casos). En el grupo B, el daño en el ADN aumentó significativamente [15%, $P<0.001$], junto con un aumento en la actividad de enzimas antioxidantes en una magnitud similar [10%, 15% y 26% para glutatión peroxidasa, superóxido dismutasa y catalasa, respectivamente; $P<0.05$ en todos los casos].

DISCUSIÓN:

Con dosis efectivas de radiación ionizante relativamente bajas en tomografía computada, se observa un aumento en el daño al ADN y actividad enzimática antioxidante. Estos resultados destacan la relevancia de investigar medidas preventivas para mitigar el daño al ADN asociado a la tomografía computada.

PALABRAS CLAVE: Antioxidantes, ADN, Estrés Oxidativo, Radiación Ionizante, Tomografía Computada.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: isidora.aranis@ug.uchile.c

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.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 5:
SALUD PÚBLICA

TI#17: HOSPITALIZACIONES POR INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO EN CHILE ENTRE EL 2018 A 2023.

Sáez Araneda, C. (1), Navia Ramírez, M. (1), Terrazas Fillol, M. (1), San Martín Guzmán, S. (1), Clavería Cambón, A. (1), Herrera Rojas, G. (1), Bustamante Painepi, B (2).

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

(2) Docente Medicina Interna, Hospital de Simulación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El infarto agudo al miocardio (IAM) es la necrosis del miocardio secundario a una isquemia prolongada. Se caracteriza por dolor torácico opresivo y se diagnostica en base a la clínica, evidencia electrocardiográfica y biomarcadores cardíacos.

OBJETIVO:

Se establece como objetivo principal analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por IAM en el período 2018 a 2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal retrospectivo respecto a la TEH por IAM en Chile entre 2018 y 2023, según grupo etario, sexo, causa de egreso y estadía hospitalaria. Los datos fueron obtenidos desde el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y procesados con Microsoft Excel. No se requirió aprobación ética, ya que se utilizaron bases públicas y anonimizadas.

RESULTADOS:

Se estudió un total de 40.762 atenciones, se evidenció un aumento abrupto de la TEH en el año 2020, el grupo etario más afectado fue entre 50 a 59 años, siendo más prevalente en hombres, el diagnóstico de egreso más frecuente fue por IAM sin otra especificación, seguido por IAM subendocárdico. El promedio de estadía hospitalaria fue de 8,15 días.

DISCUSIÓN:

Se evidenció una mayor TEH durante 2020, asociado a la morbimortalidad de los eventos cardiovasculares en pacientes con COVID y peor control de patologías crónicas. Es más frecuente en hombres mayores especialmente los diagnosticados con enfermedades metabólicas. Sin embargo, las mujeres postmenopáusicas presentan mayor riesgo cardiovascular comparado a hombres de su misma edad. Las estadías hospitalarias más prolongadas pueden verse reflejadas por el peor outcome de pacientes COVID positivo. Dada la alta TEH que mantiene el IAM es imperativo educar y vigilar a la población, en especial la más afectada, sobre el riesgo cardiovascular a largo plazo que dejó la pandemia.

PALABRAS CLAVE: Infarto del miocardio, angina inestable, COVID-19, Hospitalización.

CORREO AUTOR RESPONSABLE:

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.

TI#05: MORTALIDAD POR EMBOLIA PULMONAR EN CHILE, ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO ENTRE 2016 Y 2023.

Balbontín Barañao, F (1), Thompson Krziwan, D (1), Núñez Rojas, N (1), Unda Formell, M (1), López Arnello, M (1), Ojeda Rojas, E. (2)

1) Estudiante de Medicina, Universidad San Sebastián, sede Santiago, Chile

2) Médico Cirujano, Universidad San Sebastián, sede Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El embolismo pulmonar (EP) es la obstrucción de la arteria pulmonar o sus ramas, constituyendo una de las principales causas de muerte cardiovascular en pacientes hospitalizados, tanto en nuestro país como a nivel internacional.

OBJETIVO:

Identificar la tasa de mortalidad (TM) por embolia pulmonar en Chile entre 2016 y 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y cuantitativo, basado en datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se realizó un análisis descriptivo considerando sexo, grupos etarios y regiones de Chile. Para cada año del periodo, se calcularon las TM y el índice de sobremortalidad según sexo (ISM), utilizando medidas de tendencia central, gráficos y tablas elaboradas en Microsoft Excel. No se requirió aprobación ética.

RESULTADOS:

La TM general fue de 2,58 por 100.000 habitantes, alcanzando su máximo en 2022 con 3,57. El sexo femenino presentó la mayor TM del periodo (3,94/100.000 habitantes). El grupo etario más afectado fue el de 80 años o más, con una TM de 40,52/100.000. La región Metropolitana registró la mayor TM (3,21/100.000).

DISCUSIÓN:

El aumento de la TM en 2022 podría relacionarse con la pandemia, debido a la superposición de síntomas con COVID-19 y limitaciones diagnósticas. La mayor TM en mujeres podría vincularse a factores procoagulantes hormonales. El grupo de 80 años y más mostró mayor TM, probablemente por factores biológicos del envejecimiento. La mayor TM en la región Metropolitana podría asociarse al elevado número de accidentes automovilísticos y prolongadas hospitalizaciones.

La EP es una patología de alta mortalidad. Se identificó un grupo de riesgo (adultos mayores), sugiriendo fortalecer políticas públicas que permitan la pesquisa temprana de factores de riesgo asociados.

PALABRAS CLAVE: Chile, Embolia pulmonar, Mortalidad.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: florenciabalbontin01@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.

TI#02: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR SÍFILIS DURANTE LOS AÑOS 2020-2023 EN CHILE.

Monson Lavín B (1), Suquinagua Calle A (1), Franzani Valech N (1), Cárdenas Ojeda T (1), Toledo Valdebenito G (2), Silva Bravo V (2), Medina Vargas D (3).

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

(2) Médica Cirujana egresada, Universidad del Alba, Santiago, Chile.

(3) Médico cirujano, Hospital San José de Melipilla, Melipilla, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La sífilis es una enfermedad sistémica infecciosa, que tiene diversas maneras de contagio, puede afectar a todos los grupos etarios, y es de notificación obligatoria en Chile.

OBJETIVO:

Describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) de pacientes con sífilis durante los años 2020-2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional y descriptivo respecto a los egresos por sífilis (n=1564) según sexo, grupo etario y promedio de días de hospitalización. Se calculó TEH según datos del Departamento de Estadística e Información en Salud. No requirió aprobación por comité de ética.

RESULTADOS:

Se determinó una TEH del periodo de 2,22 casos por 100.000 habitantes, con una tendencia al aumento, siendo el año 2022 el con mayor tasa, que fue 2,67 casos. Los hombres presentaron la mayor TEH con 3,01. El grupo etario con mayor TEH es el de 0 a 4 años con 17,79/100.000 habitantes. El mayor promedio de días de hospitalización ocurrió el año 2020 siendo de 11,31 días.

DISCUSIÓN:

La mayor TEH fue en 2022, lo cual concuerda con los reportes del Ministerio de Salud, siendo el año con más reportes. La mayor TEH en hombres se podría explicar por el mayor número de conductas de riesgo que suele tener asociado. El grupo etario con mayor TEH fue el grupo de 0 a 4 años, esto podría ser por el mayor número de casos de sífilis congénita, causado por la disminución de los controles prenatales en la pandemia. El mayor promedio de días de hospitalización durante el año 2020, se podría explicar por los efectos superpuestos en la pandemia.

Se evidenciaron dos grupos de riesgo asociados a sus grupos etarios, por lo cual se recomienda desarrollar protocolos para población pediátrica o controles prenatales, y políticas públicas que ayuden a su divulgación.

PALABRAS CLAVE: Chile, Hospitalización, Sífilis, Sífilis Congénita.

CORREO AUTOR RESPONSABLE:

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.

TI#15: HOSPITALIZACIONES POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN CHILE ENTRE EL PERÍODO DE 2018 A 2023.

Navia Ramírez, M. (1), Sáez Araneda, C. (1), Terrazas Fillol, M. (1), San Martín Guzmán, S. (1), Clavería Cambón, A. (1), Herrera Rojas, G. (1), Bustamante Painepi, B (2).

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

(2) Docente Medicina Interna, Hospital de Simulación, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia subaracnoidea (HS) es una forma aguda de accidente cerebrovascular caracterizada por sangrado en el espacio subaracnoideo, con significativa morbimortalidad.

OBJETIVO:

Analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por HS en el período 2018 a 2023 en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo y longitudinal retrospectivo respecto a la TEH por HS en Chile entre 2018 y 2023, estandarizado según edad, sexo, causa de egreso y estadía hospitalaria. Los datos fueron obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y procesados con Microsoft Excel. No se requirió aprobación ética, ya que se utilizaron bases públicas y anonimizadas.

RESULTADOS:

Se analizaron 5.588 egresos hospitalarios por HS entre 2018 y 2023. Aumentó la TEH durante el período, alcanzando su máximo el 2020. Fueron mayormente afectados la población de 50 a 59 años y mujeres. El egreso más frecuente correspondió a la HS de la arteria cerebral media, con un 25,27% (n=451). El promedio de estadía hospitalaria fue de 18,86 días, destacando las HS de origen en la arteria vertebral como las estadías más prolongadas, con un promedio de 30,96 días. La tasa de letalidad fue 15.46%.

DISCUSIÓN:

La mayor TEH en 2020, fue reflejo de la ampliación del uso de angio-TC como de los retrasos inducidos por la crisis sanitaria del COVID-19 y su predisposición a rotura aneurismática. El rango etario más afectado puede deberse a depósitos ateroscleróticos y mal control de la hipertensión arterial. El predominio femenino sugiere factores hormonales y conductas de riesgo como tabaquismo. La arteria cerebral media es vulnerable por su bifurcación y alta tensión hemodinámica, favoreciendo aneurismas saculares. Las HS vertebrales prolongaron la hospitalización por su complejidad y riesgo de vasoespasmo. Estos hallazgos subrayan la urgencia de protocolos de tamizaje y manejo adaptado al territorio arterial.

PALABRAS CLAVE: Arteria cerebral media, Hemorragia subaracnoidea, Hospitalización.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: mafe.navia.r@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.

TI#13: TASA DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2020-2023: UN ENFOQUE DESCRIPTIVO.

Quiroz Flores, M (1), Batallé Naranjo, L (2), Ríos Moreno, D (3), Siñija Muñoz, K (4), González Céspedes, D (5), Bravo Lozada, A (6)

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

(2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

(3) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

(4) Estudiante de Medicina, Universidad del Alba, Santiago, Chile.

(5) Médico Cirujano, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile.

(6) Médico Cirujano, Cesfam Eduardo Frei Montalva, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El síndrome del manguito rotador es una de las patologías musculoesqueléticas más frecuentes del hombro, especialmente en adultos mayores. Su etiología es principalmente degenerativa con una presentación clínica que incluye dolor, debilidad y limitación funcional. Requiere en ciertos casos realizar una intervención quirúrgica, por lo tanto, la tasa de egresos hospitalarios (TEH) es un indicador clave de la carga que presenta esta patología para los sistemas de salud para comprender los desafíos médicos y socioeconómicos asociados. El objetivo del estudio es conocer la magnitud de los egresos hospitalarios por síndrome del manguito rotador en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se aplicó un estudio descriptivo, observacional, transversal y ecológico sobre las TEH por síndrome del manguito rotador en adultos desde los 20 años, período 2020-2023 en Chile (n=21.481). Se utilizaron datos a partir del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y proyecciones poblacionales del INE.

RESULTADOS:

En el período 2020-2023 se registró una TEH de 38,40 casos por cada 100.000 habitantes, presentando una aumento progresivo hasta alcanzar su valor máximo en el año 2022 con una TEH de 46,77, un incremento del 54 % respecto al valor inicial. Posteriormente, en 2023, la TEH disminuyó levemente a 38,05 casos por cada 100.000 habitantes.

DISCUSIÓN:

Estos hallazgos podrían reflejar una creciente demanda quirúrgica, mejores capacidades diagnósticas y variaciones en el acceso a atención traumatológica. Dentro de las limitaciones de este estudio está que los egresos hospitalarios no representan casos únicos, por lo que pueden sobreestimar la carga real. Además, al considerar solo datos del sistema público, se excluyen pacientes del sistema privado, Fuerzas Armadas y mutuales, lo que podría generar subestimación y sesgos por diferencias sociodemográficas. La relación con la pandemia COVID-19 no está del todo clara, pero podría ser una causal. El síndrome del manguito rotador representa una carga asistencial relevante en Chile. Su monitoreo podría orientar políticas públicas para optimizar recursos y mejorar el acceso a cirugía oportuna.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología, Hombro, Hospitalización, Síndrome del manguito rotador.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: quirozflores@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.

TI#08: TUMORES RENALES EN MENORES DE 60 AÑOS: CARACTERIZACIÓN Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS

Ramírez Moyano, R (1), Acosta Garay, A (1), Alvarado Vázquez, P (1), Ortega Quintana, J (2), Roa Solís, R (2), Sáez Iturra, V (3), Fuentes Espinoza, A (4,5)

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

(2) Alumno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(3) Alumno de Medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.

(4) Urólogo, Departamento de Urología, Red de Salud UC-Christus, Santiago de Chile.

(5) Urólogo, Centro Asistencial Dr. Sótero Del Río, Santiago, Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de células renales (CCR) en adultos menores de 60 años es poco frecuente y escasamente descrito en Latinoamérica.

OBJETIVO:

Caracterizar la presentación clínica, manejo quirúrgico y resultados oncológicos en pacientes menores de 60 años con CCR intervenidos en un hospital terciario chileno.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo; se revisaron fichas de 247 pacientes (<60 años) sometidos a 256 cirugías por CCR entre 2012-2025. Se recopilaron variables demográficas, comorbilidades, estadificación TNM, técnica quirúrgica, complicaciones Clavien-Dindo y función renal pre y postoperatoria. Se les realizó control de seguimiento. Se utilizó programa estadístico R, utilizando pruebas t pareadas o Wilcoxon y χ^2 según tipo de variable. Sobrevida libre de recurrencia (SLR) estimada mediante Kaplan-Meier.

RESULTADOS:

La mediana de edad fue 52 años (Rango 46-57), 66 % fueron hombres. Sólo el 39,8 % se diagnosticó en estadio T1a. La nefrectomía radical fue la técnica más frecuente (60,9 %), principalmente laparoscópica (39,8%). Las complicaciones \geq Clavien III ocurrieron en 5,5 %. La TFG disminuyó un 12 % a 12 meses ($p<0,001$). La SLR a 3 años fue 93 % y la sobrevida global 98 %.

DISCUSIÓN:

El CCR es una entidad presente en pacientes <60 años. Ocurre principalmente en hombres, con necesidad de cirugías radicales por etapas localmente avanzadas, pero logrando un adecuado control oncológico, a costa de un deterioro de la función renal. Estos resultados respaldan programas de detección temprana y estrategias de preservación de función renal en población joven.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma de células renales, Tasa de filtración glomerular, Nefrectomía.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: renato.ramrez@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.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SECCIÓN 6:
UROLOGÍA

TI#16: CORRELACIÓN ENTRE TAMAÑO PROSTÁTICO Y LA OBSTRUCCIÓN DE SALIDA VESICAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS.

Ferrière-Steinert S (1), Heskia Araya S (1), Márquez Pérez D (2), Valenzuela Jiménez J (1), Valdevenito Sepúlveda J (3).

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

(2) Estudiante de Medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

(3) Médico-Cirujano, Urólogo. Departamento de Urología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La relación entre volumen prostático y obstrucción del tracto de salida vesical (BOO, por sus siglas en inglés) sigue siendo controvertida. Aunque se reconoce que la hiperplasia prostática benigna contribuye a la BOO, el impacto del tamaño prostático en la obstrucción urodinámica objetiva es debatido.

OBJETIVO:

El objetivo es analizar la evidencia disponible y estimar la correlación entre volumen prostático y BOO en hombres con diagnóstico o sospecha de hiperplasia prostática benigna.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una búsqueda sistemática en Scopus, PubMed y una revisión manual de la literatura relevante, incluyendo estudios que evaluaran la correlación entre tamaño prostático y BOO mediante la clasificación de Schäffer o el Índice de Obstrucción del Tracto de Salida Vesical (BOOI) como estándares de referencia. Se extrajeron los coeficientes de correlación y se sintetizaron mediante metaanálisis de efectos aleatorios. También se revisaron estimaciones ajustadas de modelos lineales multivariados.

RESULTADOS:

Se incluyeron 14 estudios con 5350 pacientes. La correlación univariada agrupada entre volumen prostático y grado de obstrucción según la clasificación de Schäffer fue $r^2 = 0,16$ (IC 95%: 0,13–0,29), mientras que con BOOI fue $r^2 = 0,14$ (IC 95%: 0,06–0,24), correspondiendo a un aumento de un grado por cada 35 mL y de 10 puntos por cada 30 mL de volumen prostático respectivamente. No obstante, en un modelo multivariado con dos cohortes y ajuste por factores de confusión, el valor predictivo del volumen disminuyó notablemente ($\beta = 0,03$; IC 95%: 0,01–0,04), acercándose a una asociación insignificante.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Nuestros hallazgos sugieren que el volumen prostático presenta una correlación moderada con la BOO según diversos métodos de evaluación, pudiendo ser un parámetro útil en la evaluación inicial. Sin embargo, su valor predictivo se debilita al considerar variables mediadoras como la morfología prostática, reafirmando que el tamaño prostático no determina la presencia de BOO por sí solo.

PALABRAS CLAVE: Correlación de datos; Hiperplasia prostática benigna; Obstrucción del Cuello de la Vejiga Urinaria; Urodinámica.

CORREO AUTOR RESPONSABLE: sebastianheskia@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.



rcem.uchile.cl