



2

DA
JORNADA DE
PROYECCIÓN PARA
INVESTIGADORES
JÓVENES 2021

LIBRO DE RESUMENES

Estimados asistentes a la 2da Jornada de Proyección para Investigadores Jóvenes 2021

En nombre de la escuela de Medicina de la Universidad Finis Terrae y su dirección de Postítulo e Investigación, me es muy grato dar a cada uno de ustedes, la más cordial bienvenida a esta 2da jornada de Proyección para Investigadores Jóvenes 2021.

Esta Jornada tiene un doble fin. El primero es permitir que los trabajos de investigación realizados por cada uno de sus presentadores, en el contexto de pandemia que estamos viviendo, puedan ser presentados y visibilizados. El segundo, y más importante, es establecer y dar relevancia a lo que debe ser uno de los pilares de nuestra universidad: la capacidad de innovar, generar conocimiento y pensamiento crítico.

Esperamos que esta jornada sea un hito en el camino que la Universidad ha emprendido para consolidarse no sólo como una entidad de altísima calidad docente, sino también generadora de conocimiento y formadora de médicos capaces de enfrentar los diferentes desafíos clínicos con una actitud crítica y constructiva.

Esperamos sea una excelente instancia de aprender y compartir conocimiento, les saluda afectuosamente,



Dr. Tomás Regueira H.
Director de Postítulo e Investigación
Escuela de Medicina
Universidad Finis Terrae

Santiago, 25 de marzo de 2021

TL-1 SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A MICOSIS INVASIVA POR TRICHOSPORON. REPORTE DE UN CASO.	6
TL-2 TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN UNILATERAL	7
TL-3 ESCLERODERMIA LOCALIZADA O MORFEA: REPORTE DE CASO	8
TL-4 NEOPLASIA MUCINOSA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OLVIDADO DE DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILÍACA DERECHA.	9
TL-5 BRADICARDIA FETAL EN CONTEXTO DE ISOMERISMO AURICULAR IZQUIERDO.	10
TL-6 COMPROMISO BITALÁMICO ASOCIADO A USO DE VIGABATRINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	11
TL-7 HEPATITIS AGUDA COLESTASICA POR VIRUS EPSTEIN BARR, A PROPÓSITO DE UN CASO.	12
TL-8 ABSCESO DE PSOAS: REPORTE DE CASO	13
TL-9 ESCLERODERMIA LOCALIZADA O MORFEA: REPORTE DE CASO	14
TL-10 SÍNDROME DE MAYER – ROKITANSKY – KÜSTER – HAUSER	15
TL-11 HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO Y PERIOCULAR PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	16
TL-12 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE CAMBIOS MÍNIMOS A PROPÓSITO DE UN CASO	17
TL-13 REPORTE DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO ASOCIADO AL USO DE COCAÍNA	18
TL-14 CASE REPORT: SÍNDROME DE PAGGET SCHROETTER	19
TL-15 PAPILOMATOSIS ESOFÁGICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO	20
TL-16 RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA Y SU CORRELACIÓN HISTOLOGICA	21
TL-17 CEFALEA CRÓNICA CON APARICIÓN DE BANDERAS ROJAS ASOCIADO A ANEURISMA CARÓTIDO-OFTÁLMICO DERECHO. REPORTE DE UN CASO.	22
TL-18 ENFRENTAMIENTO DE ADENOPATÍAS CERVICALES EN SERVICIO DE URGENCIA A PARTIR DE UN CASO	23
TL-19 REPORTE DE UN CASO: ANOMALÍA DE EBSTEIN CON EVOLUCIÓN SINTOMÁTICA TARDÍA EN UN PACIENTE TRATADO POR WOLFF PARKINSON WHITE	24
TL-20 SÍNDROME PAGET SCHROETTER: REPORTE A PARTIR DE UN CASO	25
TL-21 CARPAL BOSS SINTOMÁTICO, REPORTE DE UN CASO	26
TL-22 REPORTE DE CASO: SOSPECHA CLÍNICA DE MIOCARDITIS AGUDA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE COVID-19	27
TL-23 HERPES ZOSTER DISEMINADO, REPORTE DE UN CASO	28
TL-24 MALFORMACIONES MÜLLERIANAS: REPORTE DE CASO DE UN EMBARAZO DE TÉRMINO EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO	29
TL-25 TRICHOMONA VAGINALIS SINTOMÁTICA EN EL HOMBRE	30
TL-26 ENFRENTAMIENTO AL MEDIASTINO ENSANCHADO EN SERVICIO DE URGENCIAS A PARTIR DE UN CASO	31
TL-27 PIELONEFRITIS AGUDA ENFISEMATOSA TRATADA CON CATETER PIG TAIL BILATERAL. REPORTE DE UN CASO.	32
TL-28 ÍLEO BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO	33
TL-29 INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA SECUNDARIA ADENOCARCINOMA DE CIEGO	34
TL-30 DIAGNOSTICO ANTENATAL DE TRUNCUS ARTERIOSO	35
TL-31 ESCRÓFULA EN UN PACIENTE CON VIH, REPORTE DE UN CASO	36
TL-32 ANGIOPATÍA POST VARICELA, UNA COMPLICACIÓN POCO HABITUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	37
TL-33 CASE REPORT: PILOLEIOMIOMA DE UBICACIÓN ATÍPICA	38
TL-34 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES DE 40 A 70 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.	39
TL-35 HIPOFOSFATEMIA SEVERA EN PACIENTE CON DEBUT DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA: REPORTE DE UN CASO	40
TL-36 HIPOFOSFATEMIA SEVERA EN PACIENTE CON DEBUT DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA: REPORTE DE UN CASO V 2.0	41
TL-37 USO DE FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROMES CONVULSIVOS	42
TL-38 EXPERIENCIA EN MANEJO DE PACIENTES CON ABSCESO TUBO - OVÁRICO EN 6 AÑOS, EN HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ.	43
TL-39 PAPILOMATOSIS RETICULAR Y CONFLUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	44
TL-40 QUEILITIS GRANULOMATOSA DE MIESCHER: A PROPÓSITO DE UN CASO	45
TL-41 LIQUEN PLANO UNGUEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	46
TL-42 TRANSPORTE DE PACIENTES HIPERCRTICOS EN COVID 19	47
TL-43 ALOPECIA AREATA OFIÁCEA: A PROPÓSITO DE UN CASO	48
TL-44 HERNIA DE GARENGEOT: HERNIA CRURAL COMPLICADA CONTENIENDO EL APÉNDICE CECAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.	49
TL-45 SÍNDROME DE WEST: A PROPÓSITO DE UN CASO	50
TL-46 ENFERMEDAD ROSAI-DORFMAN, UN CASO CLÍNICO	51
TL-47 REPORTE DE UN CASO: PRIMIGESTA DE 22+3 SEMANAS CON TUMOR RENAL SOMETIDA A NEFRECTOMÍA RADICAL	52
TL-48 SÍNDROME DE HIPERINMUNIGLOBULINA E: APROPÓSITO DE UN CASO	53
TL-49 GLAUCOMA BILATERAL SECUNDARIO A TOPIRAMATO	54
TL-50 DISTROFIAS MUSCULARES, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO	55

TL-51 PERFIL DE INGRESO DE ADAPTABILIDAD Y COMPETENCIAS RELACIONALES DE ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA, AÑO 2020.	56
TL-52 LIQUEN PLANO PILARIS Y ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	57
TL-53 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN UN CONSULTORIO UNIVERSITARIO.	58
TL-54 EMBARAZO ECTÓPICO: REPORTE DE EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA	59
TL-55 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INCISIONAL ATASCADA CON COMPROMISO DE LA ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO	60
TL-56 PROBABLE ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL POR ANTICUERPOS ANTI-M. CASO CLÍNICO	61
TL-57 PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO VESICAL: REPORTE DE UN CASO	62
TL-58 TUMOR DE KLATSKIN: UN DIAGNÓSTICO USUALMENTE TARDÍO	63
TL-59 COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO	64
TL-60 SÍNDROME DE MAYER – ROKITANSKY – KÜSTER – HAUSER: REPORTE DE CASO	65
TL-61 TUBERCULOSIS MILIAR Y MENÍNGEA CONCOMITANTE EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO INUSUAL	66
TL-62 RABDOMIOMA FETAL: REPORTE DE UN CASO	67
TL-63 REPORTE DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO A CAUSA DE SÍNDROME DE BOERHAAVE EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME HIPEROSMOLAR HIPERGLICÉMICO	68
TL-64 TUMOR ESTROMAL DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO (STUMP): A PROPÓSITO DE UN CASO	69
TL-65 SÍNDROME DE BROWN SÉQUARD EN PACIENTE CON HERIDA CORTOPUNZANTE CERVICAL: REPORTE DE UN CASO	70
TL-66 FÍSTULA QUILOSA CERVICAL COMO COMPLICACIÓN DE TIROIDECTOMÍA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA	71
TL-67 HERNIA OBTURATRIZ COMPLICADA TIPO RICHTER: REPORTE DE UN CASO	72
TL-68 REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE WELLENS COMO PRESENTACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTE CON PUENTE MIOCÁRDICO	73
TL-69 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) EN PACIENTE CON CO-INFECCIÓN SARS-COV-2 Y VIRUS HANTA.	74
TL-70 FOLICULITIS DECALVANTE ASOCIADA A LIQUEN PLANO PILARIS: A PROPÓSITO DE UN CASO	75
TL-71 REPORTE DE UN CASO: CEFALEA SECUNDARIA A DISECCIÓN VERTEBRAL EN PACIENTE ADULTO.	76
TL-72 TORSION TESTICULAR INCOMPLETA, PERSISTE Y VIABILIDAD TESTICULAR: REPORTE DE UN CASO	77
TL-73 ESTATUS EPILEPTICO EN PACIENTE CON SINDROME DE OVERLOP (LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDEA): PRESENTACIÓN DE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE HIPONATREMIA INDUCIDA POR ANTIHIPERTENSIVOS	78
TL-74 FIBROSIS QUÍSTICA EN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO	79
TL-75 FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR: REPORTE DE UN CASO	80
TL-76 VALVAS URETRALES POSTERIORES EN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO	81
TL-77 ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA TRICUSPÍDEA NATIVA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO	82
TL-78 SINDROME DE DIGEORGE: REPORTE DE UN CASO	83
TL-79 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCESO SUBMANDIBULAR DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO.	84
TL-80 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN PREESCOLAR: REPORTE DE UN CASO	85
TL-81 AVANCES EN EL MANEJO DE ACNÉ VULGARIS Y TERAPIA HORMONAL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA HASTA 2020.	86
TL-82 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO: UNA COMPLICACIÓN GRAVE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE GRILLAS SUBDURALES CON ELECTRODOS PROFUNDOS PARA MONITOREO ELECTROENCEFALOGRAFICO INVASIVO.	87
TL-83 CRANEOSINOSTOSIS: REPORTE DE UN CASO	88
TL-84 PRÓTESIS DE PENE, TRATAMIENTO FUNCIONAL Y ESTÉTICO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL SECUNDARIA A PRIAPISMO MANTENIDO.	89
TL-85 ENFERMEDAD DE KENNEDY A PROPÓSITO DE UN CASO	90
TL-86 PARAPLEJIA AGUDA SECUNDARIA A PROCESO NEOPLÁSICO, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.	91
TL-87 TRATAMIENTO CON ZOLGENSMA® EN PACIENTE CON AME TIPO 1 QUE HA RECIBIDO NUSINERSEN PREVIAMENTE. REPORTE DE CASO.	92
TL-88 SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO PEDIATRICO: REVISION A PROPOSITO DE UN CASO	93
TL-89 BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: CASO CON PRESENTACIÓN INCIERTA DE OSTEOMELITIS AGUDA.	94
TL-90 SOSPECHA DE SINDROME LEMIERRE SECUNDARIA HA ABSCESO DE PISO DE BOCA DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO INUSUAL.	95
TL-91 PIE DIABÉTICO Y SUS COMPLICACIONES, A PROPÓSITO DE UN CASO.	96
TL-92 ¿AUMENTAN LAS NECESIDADES DE SALUD MENTAL EN LAS MADRES RECIENTES CONFINADAS POR COVID-19 EN CHILE (RESULTADOS PRELIMINARES)?	97

Estudio de Caso

TL-1 SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A MICOSIS INVASIVA POR TRICHOSPORON. REPORTE DE UN CASO.

Fernanda Mariana Rifo Sedini, Paulina Pilar Calzada Olave, Daniel Casanova Wang, Paula Pizarro Ávalos, Javiera Silva Allendes, Carolina Bendek Venegas.

INTRODUCCIÓN: Trichosporon spp. es un hongo que puede formar parte de la flora comensal gastrointestinal del ser humano como también puede colonizar transitoriamente piel y vía respiratoria. La micosis invasiva por este hongo es poco frecuente y se ha descrito en pacientes inmunocomprometidos y en antecedente de uso de antimicrobianos. Su clínica es inespecífica con alta mortalidad y su diagnóstico se basa en el resultado de hemocultivos, cultivos y análisis histológico de las lesiones en piel. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente lactante mayor de sexo masculino con antecedentes de amigdalitis aguda hace 2 semanas tratada con amoxicilina. Acude a urgencias por cuadro de 4 días de evolución de 8 episodios de diarrea diarios, asociado a 3 episodios de vómitos, compromiso del estado general, anorexia y fiebre cuantificada hasta 39.9° tratada con paracetamol y medidas físicas, con regular respuesta. Al examen físico destaca febril, pálido con leve tinte icterico, bien hidratado. Al laboratorio se evidencia hiperglicemia, injuria renal pre renal, hiponatremia leve, acidosis metabólica moderada, hemoconcentración y PCR 51.5 mg/L con leucocitosis de predominio segmentados. Se diagnostica gastroenteritis aguda, de probable etiología viral, complicada. Bajo este contexto se hospitaliza en pediatría básico. A las 5 horas de su ingreso, se pesquiza aumento de volumen súbito en región cervical posterior izquierda, de 4x4 cm asociado a calor local, dolor a la palpación superficial y trismus. Paciente se encuentra decaído, hidratado, con extremidades frías, llene capilar conservado, febril y taquicárdico. En minutos se compromete de conciencia, con estridor, mala perfusión distal, piel reticulada y distensión abdominal importante. En contexto de shock séptico, se administra volumen y se intuba. Evoluciona desfavorablemente con aumento progresivo del volumen cervical que adquiere tono violáceo; desarrolla asistolia, iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin éxito. Autopsia informa shock séptico por micosis invasiva y diseminada por Trichosporon secundaria a colitis aguda severa abscedada. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La tricosporonosis es una entidad de manifestación clínica inespecífica y de alta mortalidad que afecta a pacientes con antecedentes de inmunosupresión y en 68,9% de los casos en contexto de antibioterapia. Si bien el paciente no tenía historia ni signos evidentes de inmunosupresión, contaba con el antecedente de uso de antibioterapia oral 2 semanas previo al cuadro. Existe escasa bibliografía sobre la micosis invasiva por Trichosporon spp. por lo que se espera que a futuro se desarrollen mayores estudios considerando que es una entidad con prevalencia en ascenso.

Estudio de Caso

TL-2 TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN UNILATERAL

Jennifer Anne Green Muñoz, María Paula Crespo Mendoza, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, María José Espinoza Tillería, Ignacio Javier Correa Barría, Javiera Paz Cifuentes Fuentes.

Introducción: La tiroiditis subaguda es una enfermedad inflamatoria de probable etiología viral, que se presenta con dolor cervical. La clínica típica permite una alta sospecha diagnóstica que se confirma con estudios complementarios. Se presenta el siguiente caso de una paciente con una tiroiditis subaguda unilateral. Presentación del caso: Paciente femenina de 35 años, sana, que consultó por dolor cervical de 2 semanas. En sospecha de tiroiditis subaguda, se le solicitó hormonas tiroideas que mostraron un hipertiroidismo, y una ecografía donde se observó una tiroides heterogénea compatible con tiroiditis de Quervain con compromiso unilateral. Discusión: La tiroiditis subaguda es una patología inflamatoria caracterizada por dolor cervical y alteración de la función tiroidea. El diagnóstico se basa en la clínica apoyado por exámenes complementarios. En cuanto al estudio imagenológico, la ecografía suele mostrar una tiroides aumentada de tamaño e hipoecogénica. El tratamiento de estos pacientes es sintomático. Este caso muestra un cuadro clínico típico de tiroiditis subaguda, que se confirma con las pruebas tiroideas, pero con un patrón ecográfico infrecuente unilateral. En la tiroiditis se suele comprometer ambos lóbulos desde el inicio, sin embargo, existen casos donde el compromiso parte unilateral y luego se extiende. En el caso de esta paciente, habría que plantear tres posibilidades: 1) compromiso unilateral puro, 2) compromiso unilateral que se extiende a bilateral, o 3) patología maligna. Las primeras dos opciones parecen más razonables dado que no hay hallazgos que apoyen un origen maligno. Se requiere un nuevo control ecográfico para comprobar un compromiso unilateral. Conclusión: La tiroiditis subaguda presenta una clínica característica. La ecografía es útil porque permite visualizar la glándula aumentada de tamaño, hipoecogénica y con afectación bilateral, sin embargo, puede ser unilateral como es el caso de esta paciente. En tal caso, es ideal un nuevo control ecográfico para determinar si se mantiene unilateral, o se extiende a bilateral.

Estudio de Caso

TL-3 ESCLERODERMIA LOCALIZADA O MORFEA: REPORTE DE CASO

Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, María Paula Crespo Mendoza, Ignacio Javier Correa Barría, María José Espinoza Tillería, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Jennifer Anne Green Muñoz, Jeanne Márquez Tuohy, Valentina Del Buono Borie.

Esclerodermia localizada o Morfea: Reporte de caso La esclerodermia es un conjunto de enfermedades caracterizadas por comprometer la dermis, asociado con o sin afectación visceral (E. sistémica y E. Localizada). La E. localizada es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica, lenta y progresiva del tejido conectivo, de causa desconocida, con afectación de piel y tejidos subyacentes (2). Caso Clínico Niño de 8 años sano y sin antecedentes; consulta el 02/2018 por lesiones hipocrómicas redondeadas, nacaradas, con disminución de elasticidad en ambas mejillas, sin dolor o prurito. Dermatólogo solicita biopsia, y en espera de resultado surgen lesiones similares en antebrazos, manos y piernas. Biopsia resulta compatibles con morfea, por lo que es derivado a reumatología quien solicita FR, CCP, ANA, Jo-1, SCL-70, aCL que resultan negativos, caracterizando la morfea como panesclerótica, se inicia tratamiento el 08/2019 con prednisona y metotrexato con respuesta favorable, pero sin lograr remisión completa de lesiones. Estudio con ecografía doppler de miembros superior muestra signos de actividad por lo que inicia fototerapia específica UV, con buena tolerancia y recuperando elasticidad progresivamente. Discusión La morfea panesclerótica (2%) tiende a ser la más incapacitante, la fibrosis es agresiva y progresiva. Como complicaciones presenta contracturas articulares, atrofia muscular, úlceras cutáneas, entre otras. El diagnóstico es clínico apoyado en algunos casos con biopsia. El laboratorio es inespecífico, con VHS elevada y marcadores inmunológicos FR, ANA y aCL positivos en diferente proporción. El tratamiento depende de la severidad y del subtipo, en los casos moderados - severos es necesario terapias prolongadas con corticoides sistémicos y metotrexato, con escasos efectos adversos. Conclusión Se presenta un caso de morfea, con un retraso de 18 meses en el inicio del tratamiento, lo que es de gravedad ya que puede repercutir en la evolución de la enfermedad, sobre todo en formas graves como la morfea panesclerótica.

Estudio de Caso

TL-4 NEOPLASIA MUCINOSA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL OLVIDADO DE DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILÍACA DERECHA.

Caroline Valeska Brandau Soza, Valentina Rocío Holzapfel San Martín, María Paula Crespo Mendoza, Andrés Gabriel Muñoz Espinoza, Catalina Edith Larsen Apablaza, María Fernanda Álvarez González, Elías Flores Días.

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias del apéndice (NA) son infrecuentes, presentan una incidencia inferior al 0,5% de todos los tumores gastrointestinales. Los NA más comunes son las neoplasias epiteliales, las que se clasifican en tipo mucinoso y no mucinoso. El tumor mucinoso apendicular (TMA) no tiene clínica característica, al contrario, es de presentación muy variable. Puede ser asintomático o incluso llegar a presentar un abdomen agudo simulando una apendicitis. El diagnóstico definitivo se realiza con el estudio anatomopatológico de la pieza apendicular. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino, 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial. Consulta en servicio de urgencia por dolor abdominal. Al examen físico abdomen blando depresible sensible en fosa ilíaca derecha, Blumberg negativo. Laboratorio normal. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que informa "dilatación de apéndice cecal, sin cambios inflamatorios-edematosos del tejido adiposo periapendicular. TMA". Dado lo anterior se realiza apendicectomía laparoscópica sin incidentes y se envía muestra a servicio de anatomía patológica. Evoluciona favorablemente con alta médica al tercer día postoperatorio. Resultado de biopsia informa: "TMA de bajo grado, no se observa invasión neoplásica de la pared apendicular, borde de sección libre de neoplasia". Se continúa seguimiento por cirugía proctológica/oncología. **DISCUSIÓN:** La baja prevaencia del TMA frecuentemente hace un diagnóstico preoperatorio inapropiado. El tratamiento de los TMA es la cirugía, la cual puede variar desde la apendicectomía hasta la hemicolectomía derecha con histerectomía y salpingooforectomía bilateral en el caso de las mujeres. Esta decisión dependerá del estadio TNM y de las características histológicas del tumor primario. En este caso, el paciente sólo requirió apendicectomía con vigilancia oncológica en su centro de referencia. Este caso recuerda a la comunidad científica el manejo de un diagnóstico diferencial poco frecuente de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha. Palabras claves: Neoplasias de apéndice, apendicectomía, Mucocel.

Estudio de Caso

TL-5 BRADICARDIA FETAL EN CONTEXTO DE ISOMERISMO AURICULAR IZQUIERDO.

Catalina Isidora Alvear Muñoz, Caroline Valeska Brandau Soza, Juan Valentín Zavala Ovalle, María Paula Crespo Mendoza, Mario Francisco Andrade León, María Fernanda Álvarez González.

INTRODUCCIÓN Bradicardia fetal se define como frecuencia cardíaca fetal menor a 110 lpm. Es una consulta inhabitual en el servicio Urgencias Gineco-obstétricas. Dentro de sus múltiples causas se encuentran las malformaciones cardíacas. El síndrome de herotaxia (SH) es una patología que se presenta en un 1-1,4% de los nacimientos vivos. El SH se caracteriza por una lateralización anormal de las vísceras abdominales, órganos torácicos y segmentos cardíacos. La presencia de lesiones cardiovasculares complejas sigue siendo una de las características principales del SH, un ejemplo es el isomerismo atrial izquierdo, que clínicamente se presenta con bradicardia fetal. **PRESENTACIÓN DEL CASO** Femenina, 26 años, multípara de 1, embarazo de 24+1 s. Ingres a servicio de urgencia HEC por la pesquisa de bradicardia fetal sostenida (BFS) de un día de evolución. A la anamnesis dirigida se encuentra asintomática, examen físico general sin hallazgos. Al examen ginecológico destaca frecuencia cardíaca fetal 100, resto sin alteraciones. Se realiza ecografía de urgencias que objetiva bradicardia fetal 100 lpm constante con aparente ritmo sinusal. Bajo el diagnóstico de BFS se decide hospitalizar para completar estudio. Evoluciona favorablemente sin cambios y se decide alta con seguimiento estricto. A las 30+5s se realiza ecocardiograma fetal que informa "Cardiopatía congénita compleja con bradicardia sinusal, obs. Isomerismo auricular izquierdo/aurícula común". Paciente continúa su embarazo sin complicaciones de forma ambulatoria. A las 36+3 semanas se realiza cesárea programada sin complicaciones, con un recién nacido APGAR 8-9, AEG. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Las BFS requieren evaluación de urgencia y estudio dirigido para un manejo apropiado. Además de realizar una anamnesis exhaustiva, demanda estudios específicos como ecocardiograma y anticuerpos maternos. Al igual que el caso presentado, la mayoría de las bradicardias sinusales son bien toleradas en el período prenatal y no requieren tratamiento específico. El pronóstico es variado, dependiendo del tipo y gravedad de las arritmias fetales. **Palabras claves:** Arritmias cardíacas, Bradicardia fetal, Ecocardiografía.

Estudio de Caso

TL-6 COMPROMISO BITALÁMICO ASOCIADO A USO DE VIGABATRINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulina Pilar Calzada Olave, Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman, Carolina Andrea Bendek Venegas, Leyla Victoria Chaban Carrasco, Antonia Cooper Schenke.

INTRODUCCIÓN La vigabatrina es un antiepiléptico indicado, en pediatría, en combinación con otros fármacos para el tratamiento de epilepsias parciales refractarias y en monoterapia para espasmos infantiles del síndrome de West (SW). La incidencia de los efectos adversos aumenta en forma proporcional a la dosis administrada. **PRESENTACIÓN DEL CASO** Paciente femenina de 8 meses, con antecedente de SW y epilepsia focal frontal, con desarrollo psicomotor (DSM) normal, en tratamiento con vigabatrina y ácido valproico hace 2 meses. Madre consulta por fijación de mirada en salvas, de hasta 8 minutos, autolimitada, por lo cual se hospitaliza para realización de resonancia nuclear magnética (RNM) cerebral. Durante hospitalización presenta shock séptico de foco pulmonar, que tras 72 horas de suspendida sedación evoluciona con retraso DSM global y compromiso de conciencia cuantitativo. RNM cerebral informa lesiones bitalámicas, núcleos subtalámicos, fórnix y sus pilares, sugerente a uso de vigabatrina (dosis 200 mg/kg/día). Debido a esto, se disminuye dosis de vigabatrina a 150 mg/kg/día, evolucionado en forma favorable. **DISCUSIÓN** La vigabatrina es un inhibidor selectivo e irreversible de la enzima responsable del catabolismo del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA). Es usado como primera línea en los espasmos infantiles del SW, siendo más efectiva en paciente con esclerosis tuberosa. Tiene metabolismo esencialmente renal y presenta múltiples efectos adversos como somnolencia, fatiga, cefalea y mareo. Los más graves son pérdida de visión y anormalidades en la RNM cerebral, específicamente lesiones hiperintensas localizadas en ganglios basales, tálamo, tronco encefálico y núcleo dentado del cerebelo. La incidencia de anormalidades en imágenes es del 32%, ocurre principalmente en lactantes tratados por espasmos infantiles y es dosis dependiente. No se ha asociado a déficit neurológico y desaparece con la disminución o suspensión del fármaco. **CONCLUSIÓN** La vigabatrina es un fármaco antiepiléptico, cuya administración debe ser supervisada a modo de pesquisar y evitar efectos adversos potencialmente graves e irreversibles, como la pérdida de visión y compromiso encefálico.

Estudio de Caso

TL-7 HEPATITIS AGUDA COLESTASICA POR VIRUS EPSTEIN BARR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Andrea Bendek Venegas, Paulina Pilar Calzada Olave, Leyla Victoria Chaban Carrasco, Jhasmin Alejandra Hurtado Guaman, Antonia Cooper Schenke.

INTRODUCCIÓN El virus Epstein Barr (VEB), virus ADN de la familia herpesviridae, se caracteriza por provocar mononucleosis infecciosa (MI), en el 90% de los casos, predominando en niños y adolescentes, alcanzando un 95% a nivel mundial, siendo el humano su único reservorio natural. La hepatitis aguda secundaria a VEB es una de las complicaciones más frecuentes de la MI, llegando a ser colestásica hasta en un 5%. Habitualmente es de curso benigno, autolimitado. Su diagnóstico es clínico, de laboratorio y serológico; y su tratamiento es sintomático. **PRESENTACIÓN DEL CASO** Adolescente sano, con antecedente reciente de amigdalitis, tratada con amoxicilina por 7 días, que consulta por persistencia de fiebre, de 12 días de evolución, asociado a malestar general, adenopatías cervicales, leve exudado periamigdalino, tinte icterico y coluria. Se realizan exámenes que destacan leucocitosis con linfocitosis, elevación de transaminasas (3 veces su valor normal), con patrón colestásico, hepatomegalia a la ecografía y PCR para VEB positiva, realizándose diagnóstico de MI con hepatitis aguda colestásica (HAC). Se maneja en forma sintomática evolucionando favorablemente. **DISCUSIÓN** La infección por VEB generalmente es asintomática o cursa como MI, caracterizada por fiebre, adenopatías, faringoamigdalitis, hepatoesplenomegalia y linfocitosis atípica. La afectación hepática afecta un 80-90% de los casos, con elevación leve a moderada y autolimitada de transaminasas, siendo la presencia de ictericia rara (5%); hasta un 5% son HAC, la gran mayoría de evolución favorable. El diagnóstico puede ser con anticuerpos heterófilos o específicos contra cápside viral (IgM VCA) o mediante técnicas de PCR. No se asocia a mayor riesgo de inmunodeficiencia. El tratamiento es sintomático, debido a que no existe tratamiento específico para VEB. **CONCLUSIÓN** La afectación hepática en la infección por VEB es frecuente, la aparición de hepatitis colestásica con ictericia es rara y debe ser un diagnóstico a tener en consideración. Su evolución suele ser favorable con resolución analítica más lenta.

Estudio de Caso

TL-8 ABSCESO DE PSOAS: REPORTE DE CASO

Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, María Paula Crespo Mendoza, Jennifer Anne Green Muñoz, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Ignacio Javier Correa Barría, María José Espinoza Tillería, Jeanne Márquez Tuohy, María Fernanda Álvarez González.

Absceso de psoas: reporte de caso El absceso del psoas corresponde a una enfermedad infecciosa infrecuente y de difícil diagnóstico por su clínica inespecífica y además asociado a una elevada mortalidad. Descrito inicialmente en 1881 por H. Mynter en relación al Mal de Pott; con la triada clínica de fiebre, dolor lumbar y dolor anterior de muslo; pero su presentación suele ser atípica e inicialmente oligosintomática. Puede ser de etiología primaria o secundaria asociado a enfermedades crónicas con compromiso inmunológico como diabetes mellitus, infección por virus de inmunodeficiencia y enfermedades autoinmunes. En la actualidad el uso de técnicas imagenológicas ha aumentado el diagnóstico en países tropicales y en vías de desarrollo, reduciendo la demora en el diagnóstico y su mortalidad asociada. El tratamiento se basa en antibioterapia combinada y drenaje percutáneo o quirúrgico según disponibilidad y estado del paciente. Caso, hombre de 70 años, con antecedentes de tabaquismo crónico suspendido, quien refiere 1 semana de estreñimiento, fiebre intermitente y dolor lumbar y de muslo derecho que imposibilita la marcha, consulta a urgencia donde se realiza TAC de abdomen que detecta un absceso en psoas derecho, es hospitalizado en UCI donde se realizan 4 drenajes quirúrgicos debido a recurrencia del absceso, durante su estadía presenta falla multiorgánica y sepsis por *Klebsiella* requiriendo en 3 meses de hospitalización, con posterior evolución favorable.

Estudio de Caso

TL-9 ESCLERODERMIA LOCALIZADA O MORFEA: REPORTE DE CASO

Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, María Paula Crespo Mendoza, Ignacio Javier Correa Barría, María José Espinoza Tillería, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Jennifer Anne Green Muñoz, Jeanne Márquez Tuohy, Valentina Del Buono Borie.

Esclerodermia localizada o Morfea: Reporte de caso La esclerodermia es un conjunto de enfermedades caracterizadas por comprometer la dermis, asociado con o sin afectación visceral (E. sistémica y E. Localizada); su raíz proviene del griego skleros (duro o endurecido) y dermis (piel). La E. localizada es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica, lenta y progresiva del tejido conectivo, de causa desconocida, con afectación de piel y tejidos subyacentes. Caso Clínico Niño de 8 años sano y sin antecedentes; consulta el 02/2018 por lesiones hipocrómicas redondeadas, nacaradas, con disminución de elasticidad en ambas mejillas, sin dolor o prurito. En evaluación por dermatólogo solicita biopsia, y en espera de resultado surgen lesiones similares en antebrazos, manos y piernas. Se informa biopsia compatible con morfea, por lo que es derivado a reumatología infantil quien solicita FR, CCP, ANA, Jo-1, SCL-70, aCL que resultan negativos, y caracterizando la morfea como panesclerótica, inicia tratamiento el 08/2019 con prednisona y metotrexato con respuesta favorable, pero sin lograr remisión completa de lesiones. Estudios de actividad con ecografía doppler resultan positivos por lo que se solicita comité multidisciplinario para iniciar fototerapia específica UV, con buena tolerancia y recuperando elasticidad progresivamente de zonas comprometidas. Discusión: El subtipo morfea panesclerótica (2%) tiende a ser la más incapacitante, la fibrosis es agresiva y progresiva. Como complicaciones presenta contracturas articulares, atrofia muscular, úlceras cutáneas, entre otras. El diagnóstico es clínico apoyado en algunos casos con biopsia. El laboratorio es inespecífico, con VHS elevada y marcadores inmunológicos FR, ANA y aCL positivos en diferente proporción. En cuanto al tratamiento, aun no existe consenso sobre esquemas terapéuticos para cada subtipo de morfea, ya que esto depende de la severidad y extensión de las lesiones, en casos leves puede ocurrir remisión espontánea mientras que en moderados/severos es necesario terapias prolongadas con corticoides sistémicos, metotrexato y otros inmunomoduladores, además de fototerapias. Conclusión: Se presenta un caso de morfea severo, con un retraso de 18 meses en el inicio del tratamiento, en donde se requirió un apoyo multidisciplinario para lograr la remisión de las lesiones activas lo que ejemplifica la necesidad de contar con más estudios y evidencia sobre el manejo de esta enfermedad.

Estudio de Caso

TL-10 SÍNDROME DE MAYER – ROKITANSKY – KÜSTER – HAUSER

María Paula Crespo Mendoza, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, Jennifer Anne Green Muñoz, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Ignacio Javier Correa Barría, María José Espinoza Tillería, Jeanne Márquez Tuohy, Andrés González Lártiga.

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKHS) es una anomalía congénita poco frecuente del tracto genital. Es la causa más frecuente de agenesia vaginal y la segunda de amenorrea primaria. Se produce por una alteración en el desarrollo de los conductos müllerianos, comprometiendo de forma parcial o total vagina y útero. Generalmente se hace el diagnóstico en la adolescencia por amenorrea primaria en mujeres fenotípicamente normales. Se presenta el caso de una paciente femenina de 15 años, sin antecedentes mórbidos y sin actividad sexual, que consulta por amenorrea primaria en centro médico. Fenotipo femenino, con desarrollo puberal acorde, genitales externos y caracteres sexuales secundarios normales (Tanner IV). Se solicitó laboratorio (pruebas tiroideas, hormona foliculoestimulante, hormona luteinizante y estradiol: normales), edad ósea (concordante con edad cronológica) y ecografía abdominopélvica (agenesia uterina). Dado hallazgo ecográfico, se pide Resonancia Magnética (RM) de pelvis, que evidencia agenesia uterina con canal vaginal atrésico y ovarios morfológicamente normales. Se explica diagnóstico a familia y paciente, decidiendo posponer tratamiento hasta los 18 años con dilatadores vaginales. En este caso, la amenorrea fue el motivo de consulta, pero puede asociarse a otras anormalidades (hasta 40% urológicas y 10% óseas, entre otras). Las pruebas endocrinológicas son normales y la confirmación es imagenológica, mediante ecografía transabdominal o, ante dudas, mediante uso de RM. La imagen evidencia atresia vaginal y un útero rudimentario o ausente, con ovarios funcionantes. El tratamiento es multidisciplinario y apunta a la creación de una vagina funcional, ya sea con dilatadores vaginales o cirugía. En conclusión el MRKHS es una patología poco frecuente, que requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico, confirmándose con imágenes. El tratamiento puede ser quirúrgico o no. Es importante un manejo interdisciplinario por el impacto psicosocial de la patología, tanto para la paciente como para la familia. Palabras claves: Atresia, agenesia, amenorrea primaria

Estudio de Caso

TL-11 HERPES ZÓSTER OFTÁLMICO Y PERIOCULAR PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Luciano Souyris Basso, Javiera Silva Allendes, Bárbara Scheel Porflit, Ernesto Núñez Davey, Fernanda Rifo Sedini, Claudia Vásquez Walter, Rodrigo Oliveira Castilho, María José Ruidiaz Herde.

El herpes zóster (HZ) se caracteriza por una erupción vesicular dolorosa, que compromete un dermatoma de forma unilateral. Corresponde a la manifestación clínica de la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ) latente en ganglios sensoriales alcanzados durante la varicela. La prevalencia de la enfermedad se estima entre 20-30% y su incidencia aumenta con la edad debido al compromiso de la inmunidad celular. El HZ es una patología poco frecuente en niños sin una descripción actual de la incidencia y prevalencia en esta población. Su aparición podría estar asociada a inmunosupresión. Sin embargo, otros factores de riesgo a considerar son los trasplantes, enfermedad autoinmune, infecciones por VIH, género, raza, trauma físico. El herpes zóster oftálmico (HZO), es una de las complicaciones del HZ y se produce por compromiso de la rama oftálmica del quinto par craneal. Su incidencia oscila entre 8 y 20 por ciento y el 50 por ciento de los pacientes con HZO experimentarán un compromiso ocular directo con el consecuente desarrollo de discapacidad visual si no se utiliza la terapia antiviral. Se manifiesta por pródromo de cefalea, compromiso del estado general, fiebre, dolor unilateral o la hiperestesia del ojo ipsilateral del nervio afectado, la frente y la parte superior de la cabeza. Asociado a la erupción cutánea se puede producir conjuntivitis hiperémica, uveítis, epiescleritis y queratitis, raramente aparece ptosis. Se presenta paciente de 8 años de edad sin antecedentes mórbidos que consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por ojo rojo derecho asociado a escasa secreción, al que a los dos días se agrega fiebre cuantificada en 38.5°C. Al examen físico, presenta ojo rojo superficial derecho, asociado a eritema y vesículas en párpados superior e inferior, presencia de secreción purulenta y ptosis palpebral superior secundaria, sin disminución de la agudeza visual. No presentaba lesiones en el ojo izquierdo, ni en el resto del examen físico segmentario. Se solicitan exámenes de laboratorio que resultan en rangos normales; cultivo de secreción ocular que informa escasa cantidad de leucocitos y sin desarrollo microbiano a las 48 hrs de incubación; TAC de órbita con evidencia de aumento de volumen de partes blandas extracraneales faciales derechas, predominantemente preseptales. Se hospitaliza con el diagnóstico de herpes oftálmico sobreinfectado para manejo y terapia antibiótica endovenosa y Aciclovir, con buena respuesta. A las 72 horas de hospitalización, es evaluada por oftalmología, quienes diagnostican herpes zóster facial derecho de distribución atípica, con compromiso de párpado superior y canto interno derecho, asociado a ptosis palpebral superior secundaria y conjuntivitis tarsal, sin compromiso de la visión, por lo que se indica tratamiento tópico. Actualmente, la paciente se encuentra sana, sin compromiso de la visión y no ha presentado cuadros similares hasta la fecha.

Estudio de Caso

TL-12 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ENFERMEDAD DE CAMBIOS MÍNIMOS A PROPÓSITO DE UN CASO

Franco Victoriano Poo, Rossana Alessandra Castro Palli, Daniela Coronel Cárdenas, Agustín Patricio González Avello, Catalina Edith Larsen Apablaza, Roberto Ignacio Cortés Pérez.

La enfermedad de cambios mínimos es la glomerulopatía más frecuente en la edad pediátrica, no así en adultos. Este trastorno suele presentarse como nefropatía primaria con clínica de síndrome nefrótico, pero se ha visto asociación con el uso de antiinflamatorios no esteroidales. En el estudio con biopsia no se muestran alteraciones o lesiones glomerulares francas en la microscopía óptica ni tampoco presencia de depósitos en estudios con inmunofluorescencia, pero el estudio frente a microscopía electrónica muestra una retracción, ensanchamiento y acortamiento de los procesos de los podocitos que podría jugar un papel importante en el exceso de carga de albúmina al espacio urinario. En esta ocasión, se presenta un caso de una paciente femenina de 58 años, que acude al servicio de urgencias de un hospital, por un cuadro de larga duración caracterizado por astenia, disminución de diuresis, orinas espumosas y edema generalizado progresivo. Dentro de los antecedentes mórbidos destaca ser usuaria crónica de antiinflamatorios no esteroidales debido a artrosis cervical. Dentro de los exámenes de laboratorio tomados en la urgencia, destaca deterioro de la función renal, hipoalbuminemia y sedimento de orina con leucocituria, cilindros granulosos gruesos y hematuria. La paciente es hospitalizada en servicio de medicina interna para estudio y manejo con el diagnóstico de Síndrome nefrótico impuro, durante su estadía en el servicio se confirma el síndrome nefrótico con una proteinuria de 24 horas de 18 gramos. Se realizan exámenes de laboratorio de la esfera inmunológica e infecciosa, serologías virales e imágenes de tórax, abdomen, pelvis y mamografía, con lo que se descartan causas secundarias de síndrome nefrótico. La paciente evoluciona clínicamente favorable, con disminución de los edemas periféricos y de la proteinuria y mejoría de función renal, además se inicia tratamiento anticoagulante. Previo al alta, se realiza estudio con biopsia renal cuyo resultado es evaluado en policlínico de medicina interna e informa hallazgos compatibles con enfermedad de cambios mínimos, por lo que se inicia tratamiento esteroideal en dosis altas, con posterior evolución favorable a un mes de iniciar la terapia. La enfermedad por cambios mínimos es una patología que se observa más frecuentemente en pediatría, donde el diagnóstico suele ser clínico, en cambio, en adultos generalmente se llega al diagnóstico a través de una biopsia renal en contexto del estudio de un síndrome nefrótico. En el caso presentado, cabe destacar el descarte de causas secundarias de síndrome nefrótico tales como diabetes, enfermedades auto-inmunológicas, neoplasias ocultas y drogas, destacando el antecedente de uso crónico de antiinflamatorios no esteroidales. Finalmente, en el manejo de la paciente presentada, el uso de terapia esteroideal se asoció a una remisión completa de la enfermedad.

Estudio de Caso

TL-13 REPORTE DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO ASOCIADO AL USO DE COCAÍNA

María Jesús Ojeda, Antonia Léniz, Trinidad Aubele, Martín Ojeda, Bárbara Aranda, Sebastian Troncoso, Eugenio Donaire.

Introducción: Neumomediastino se define como la presencia de aire en el mediastino. Esta alteración puede ser de causa traumática o no traumática, las cuales pueden deberse, por ejemplo, a crisis asmática, inhalación de tóxicos, rotura de bulas y uso de drogas inhalatorias como cocaína, entre otras (1). Su clínica se caracteriza por dolor torácico intenso, disnea, y en algunos casos la autopercepción de enfisema subcutáneo a nivel torácico, cervical y facial (2). Su incidencia varía de 1/25.000 a 1/100.000 (2), siendo más frecuente en pacientes masculinos. Su diagnóstico es un desafío, pero con una historia clínica acuciosa complementado con el uso de imágenes, como radiografías y tomografía computarizada (TC), es posible llegar a esta conclusión. Los pacientes se presentan con mayor frecuencia con dolor torácico (55%), disnea (40%), tos (32%), dolor cervical (17%), odinofagia (14%) y disfagia (10%). Al examen físico es común encontrar enfisema subcutáneo (30-90%) (3). A continuación se presenta un caso clínico de neumomediastino espontáneo o no traumático asociado al consumo de cocaína. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 25 años usuaria de clonazepam 2mg por noche, con historia de violencia intrafamiliar y uso de drogas. 24 horas posterior al consumo abundante de cocaína, la paciente sufre golpe en zona torácica, evolucionando súbitamente con dolor torácico, apremio respiratorio, accesos de tos y enfisema subcutáneo, por lo que decide consultar en el servicio de urgencias 48 horas posterior al episodio. Se le realizó una radiografía de tórax que mostró extenso enfisema subcutáneo que abarcaba desde región torácica hasta región cervical bilateral. Frente a esto se realiza TC de tórax con contraste donde se presencia neumomediastino de moderada cuantía con extensión hacia espacio retrofaríngeo, generando enfisema subcutáneo toraco-cérvico-facial. No hubo evidencia de neumotórax, consolidaciones o derrame pleural. Dada historia y exámenes se hospitalizo con diagnóstico de neumomediastino espontáneo secundario a consumo de cocaína. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los 6 días. **Discusión:** El neumomediastino espontáneo es un gran desafío diagnóstico, dada la amplia gama de diagnósticos diferenciales que presenta. Se requiere de una historia minuciosa para detectar los factores de riesgo (tales como en este caso el consumo abundante de cocaína). Está descrito en la bibliografía el uso de ecografía en el servicio de urgencia como primer acercamiento, pero es necesario complementar esto con una radiografía frontal y lateral (con inclusión de zona cervical). No se sugiere el uso de tomografía computarizada dado que esta logra diagnóstico en un porcentaje insignificante. En resumen, el neumomediastino espontáneo asociado al uso de cocaína requiere de una historia clínica completa (si es necesario en varias ocasiones) con examen físico acorde para así lograr la sospecha diagnóstica adecuada

Estudio de Caso

TL-14 CASE REPORT: SÍNDROME DE PAGGET SCHROETTER

Diego Domínguez Souter, María Jesús Ojeda Vergara, Antonia Léniz Maritano, María Ignacia Ojeda Vergara, José Manuel Morán, Rodrigo Domínguez.

Las Trombosis venosas profundas de miembro superior (TVPMS) pertenecen al 10% del total de Trombosis venosas profundas, estimándose una incidencia de 0.4-1 caso por 10.000 habitantes. Las causas se dividen en primarias y secundarias, siendo un 20% de ellas primarias, encontrándose en este grupo el Síndrome de Opérculo torácico y el Síndrome de Pagget Schroetter. El Síndrome de Opérculo torácico (SOT) es un cuadro caracterizado por un conjunto de síntomas secundarios a la compresión del Plexo braquial y/o Arteria braquial o Vena Subclavia en el espacio Costoclavicular. El síndrome de Pagget Schroetter (SPC) se refiere a una trombosis primaria de la Vena Subclavia en la unión costoclavicular y pertenece al subgrupo de SOT venoso. Ésta es una entidad rara, la cual se ha calculado su incidencia de 1 a 2.5 paciente por 100.000 habitantes por año según el estudio encuestado. Las causas se pueden dividir en congénitas y adquiridas (dentro de ella el trauma previo de Clavícula). En un 60-80% de los casos se encuentra presente historia de obstrucción venosa previa asociado a actividad o ejercicio extenuante. A continuación, presentamos el caso de un paciente que debuta con SPC posterior a Osteosíntesis de Clavícula.

Estudio de Caso

TL-15 PAPILOMATOSIS ESOFÁGICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ignacio Javier Correa Barría, María Paula Crespo Mendoza, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, Caroline Valeska Brandau Soza, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Jennifer Anne Green Muñoz.

Los papilomas esofágicos corresponden a lesiones epiteliales benignas, definidas histológicamente como proyecciones de epitelio escamoso con un centro de tejido conectivo que contiene su irrigación. Es una patología infrecuente, cuya prevalencia varía entre un 0.01 a 0.43%, con distribución similar en hombres y mujeres. Clínicamente suele ser una patología asintomática, que se diagnostica de forma incidental en el estudio endoscópico de otras patologías, sin embargo, puede manifestarse con disfagia cuando son de mayor tamaño. Esta entidad suele presentarse en el tercio distal del esófago, asociado a factores irritantes, y en el tercio proximal cuando se relaciona a lesiones por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Los papilomas no producidos por el VPH se denominan papilomas escamosos, en cambio, los asociados a VPH son llamados condilomas. Se expone el caso de una paciente de 42 años, sana, con antecedente de padre fallecido por cáncer gástrico, con historia de 1 año de evolución de epigastralgia tipo urente, sin síntomas sugerentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Por exacerbación de dolor se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA), la que evidencia un papiloma en la región cervical del esófago, gastropatía erosiva y test de ureasa positivo. La biopsia diferida informa la lesión como un papiloma escamoso, sin displasia ni coilocitos. Se realizó manejo sintomático con Inhibidores de la bomba de protones (IBP) y erradicación de *Helicobacter pylori*, tras lo cual cedió sintomatología. En cuanto a la papilomatosis, la paciente se encuentra a la espera del control endoscópico en 6 meses más, recomendado por el riesgo de recidiva, a pesar de que no hay un manejo estandarizado. El caso expuesto muestra una presentación anómala ya que las lesiones que no son producidas por VPH tienden a estar en porciones distales del esófago y, según el estudio anatomopatológico la etiología viral fue descartada como causa.

Investigación Clínica

TL-16 RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE PRÓSTATA Y SU CORRELACIÓN HISTOLOGICA

Natalia Nicole Méndez Román, Paula Javiera Medina Castillo, Maria Pia Troncoso Morgado, Gigliola Andrea Basso Barra, Antonio Ignacio Hernández Inostroza.

INTRODUCCIÓN La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de la próstata pesquiza focos sospechosos de cáncer prostático (CaP) especialmente aquellos de alto grado y mayor volumen. La RMmp reporta hasta un 44% más diagnóstico de cáncer en el subgrupo de pacientes con biopsia previa negativa que mantiene una sospecha clínica de cáncer. **MATERIALES Y MÉTODOS** Se analizan los resultados de RMmp prostáticas realizadas entre los años 2017 y 2018. Se utilizó un Resonador 3T, sin coil endorectal en pacientes con sospecha clínica de cáncer de próstata definido como PSA elevado y/o tacto rectal alterado. La interpretación y reporte se realizó usando PIRADS 2.0. Pacientes con sospecha clínica, independiente del hallazgo de la RMmp, fueron sometidos a una Biopsia de próstata ecoguiada. Se definió cáncer clínicamente significativo aquellos con patrón de Gleason 4 o mayor, o Gleason 6 con >3 cilindros comprometidos en la biopsia. **RESULTADOS** Se realizaron 608 RMmp. La edad promedio de los pacientes fue 61,3 años (34-88), el PSA promedio fue de 6,61 ng/dL (0,34-133) y volumen prostático de 56 cc (7-202). 219 pacientes tenían biopsia previa, de estas: 46,1% positivas para Adenocarcinoma Gleason 3+3, ISUP 1. La distribución de los PIRADS 1-2, 3, 4 y 5 fue 46,6%, 24,1%, 29,6% y 10,6% respectivamente. El promedio del tamaño de las lesiones fue de 9,7 mm (5-14) en su eje mayor y 20,7 mm (5-42) para las lesiones PIRADS 4 y 5 respectivamente. Se realizaron 201 biopsias prostáticas, 52,2% resultó positiva para CaP y de estas un 76,7% corresponde a CaP clínicamente significativo. Un 88,6% de pacientes con biopsia positiva presentaban un PIRADS 3. Un 50% (17 de 24) de pacientes con Biopsia previa negativa, tuvieron diagnóstico de cáncer después de la biopsia guiada por los hallazgos de la resonancia. De estos, 12 (70,6%) presentaron CaP clínicamente significativo. En las biopsias post RMmp positivas se encontró una correlación imagenológica-histológica del 89%. Las resonancias que informaron T3b (1,6%) todas tuvieron evidencia histológica de cáncer significativo **CONCLUSIÓN** La Resonancia multiparamétrica de la próstata entrega invaluable información sobre focos de cáncer clínicamente significativo al interior de la glándula. Su creciente incorporación al flujo diagnóstico ha demostrado su utilidad, sobre todo en el subgrupo de pacientes con biopsia prostática previa negativa.

Estudio de Caso

TL-17 CEFALEA CRÓNICA CON APARICIÓN DE BANDERAS ROJAS ASOCIADO A ANEURISMA CARÓTIDO-OFTÁLMICO DERECHO. REPORTE DE UN CASO.

Alejandra Pino Troncoso, María Jesús Ojeda Vergara, Antonia Léniz Maritano, Diego Domínguez Souter, María Ignacia Ojeda Vergara, Victoria Ried Guachalla, Mónica Guachalla.

La cefalea es un síntoma frecuente tanto en la atención ambulatoria como en los servicios de urgencias. La clave para realizar un manejo adecuado es identificar si el paciente presenta síntomas o signos que apunten a que requiere una derivación inmediata al servicio de urgencias por sospecha de alguna patología que pueda poner en riesgo su vida o funcionalidad, ya que, de estar presentes, nos orientan la gran mayoría de las veces, a una cefalea secundaria. Dentro de estas, se encuentran aquellas de etiología vascular, en aproximadamente un 27%, lo que tiene relación al caso que será presentado. Se expone historia clínica de una paciente femenina de 47 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, disautonomía y usuaria de marcapasos que desde su adolescencia presentó episodios recurrentes de cefalea migrañosa y posteriormente sufrieron un cambio de las características habituales, sin embargo pospuso la consulta médica lo que llevó al retraso del diagnóstico y manejo quirúrgico de la etiología que finalmente correspondía a un aneurisma sacular carótido oftálmico derecho. La relevancia de este caso se enfoca en el valor de la educación a la población sobre la consulta temprana frente a síntomas de alarma, ya que pese a que las cefaleas primarias siguen siendo más frecuentes, es relevante aprender a identificar las secundarias en forma precoz para poder hacer un estudio atingente y planificar el enfrentamiento, tomando en cuenta los posibles riesgos de su manejo.

Estudio de Caso

TL-18 ENFRENTAMIENTO DE ADENOPATÍAS CERVICALES EN SERVICIO DE URGENCIA A PARTIR DE UN CASO

Alejandra Pino Troncoso, Pablo Garrido Romero, María Trinidad Aubele León, Martín Ojeda Saavedra, Bárbara Aranda, Sebastián Troncoso, Eugenio Donaire.

Una adenopatía corresponde a la alteración de cualquiera de las características de un linfonodo, ya sea en tamaño, velocidad de crecimiento, consistencia o cantidad de linfonodos comprometidos. Constituyen una consulta frecuente en el servicio de urgencias y es importante al momento de enfrentar al paciente, tener un pensamiento organizado para aprovechar el tiempo limitado que se tiene para la atención sin que pasen inadvertidas causas que requieran un manejo y resolución precoz para que se pueda obtener el mejor desenlace posible. La mayoría son de origen infeccioso en menores de 40 años, sin embargo también se debe considerar la malignidad, enfermedades autoinmunes, iatrogénicas (medicamentosas) y misceláneo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 67 años sin antecedentes mórbidos conocidos que consulta en servicio de urgencias por cuadro de 7 días de evolución de aumento de volumen cervical derecho asociado a dolor en región I y II del cuello. Refiere sudoración nocturna, niega odinofagia, pérdida de peso en los últimos 3 meses, sensación febril, o compromiso del estado general. Como primera aproximación diagnóstica, se planteó la hipótesis de un absceso cervical por lo que se realizó ecografía de partes blandas de cuello que mostraba una masa adenopática del territorio yugular interno derecho sin signo de abscedación; debido a este nuevo hallazgo se decide ampliar estudio con TAC de tórax y cuello que describe "Linfadenopatía yugular interna abscedada. Poliadenopatías reactivas del hemicuello derecho, mediastino y compresión extrínseca de la vena yugular interna derecha". Se complementa el estudio con exámenes de laboratorio destacando anemia moderada (8,9 g/dL) normocítica y normocrómica, leucocitosis de 40.100 mm³, fórmula diferencial desviada a línea germinal con blastos de 5%. Sin alteración de plaquetas. Por lo que se hospitaliza al paciente para estudio de linfoma y posterior tratamiento.

Estudio de Caso

TL-19 REPORTE DE UN CASO: ANOMALÍA DE EBSTEIN CON EVOLUCIÓN SINTOMÁTICA TARDÍA EN UN PACIENTE TRATADO POR WOLFF PARKINSON WHITE

María Jesús Ojeda Vergara, Diego Domínguez Souter, Antonia Léniz Maritano, María Ignacia Ojeda Vergara, José Manuel Morán Cárdenas, Felipe Giagnoni Caro, Verónica Galleguillos.

La anomalía de Ebstein (AE) es una cardiopatía congénita rara (se estima aproximadamente 1 en 200,000 recién nacidos). Ésta se genera por un desplazamiento apical del plano valvular de la Tricúspide, afectando a los velos valvulares septal y posterior, con adhesión variable al tabique interventricular. El velo anterior suele estar ensanchado con cuerdas tendinosas acortadas, llevando como consecuencia un atrio aumentado de tamaño y un grado de insuficiencia tricuspídea variable. Algunas series estiman que hasta un 80% de los casos pueden presentar una comunicación inter atrial. El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) se refiere a la presencia de arritmias sintomáticas atribuibles a una vía de conducción accesoria en un paciente cuyo ECG de reposo muestra una pre excitación ventricular. La prevalencia de esta condición en la población general se estima de 0,1–0,3%. Existe una asociación entre WPW y la AE, donde 10-15% de pacientes con WPW poseen AE, mientras que un 5 - 25% de los casos de AE se asocian a WPW. A continuación, presentamos el caso de un paciente con antecedentes de AE y WPW, cuya evolución en el tiempo nos plantea desafíos respecto al control y monitoreo de estos pacientes.

Estudio de Caso

TL-20 SÍNDROME PAGET SCHROETTER: REPORTE A PARTIR DE UN CASO

Bárbara Aranda, Martín Ojeda, Alejandra Pino, Antonia Leniz, Sebastián Troncoso, Dr. Eugenio Donaire.

INTRODUCCIÓN Síndrome Paget Schroetter (SPS) es un síndrome de opérculo torácico (SOT) asociado a trombosis venosa profunda (TVP) subclavia, causado por compresión de plexo neurovascular entre clavícula y costilla; compresión venosa (vSOT) causa dolor y edema de la extremidad. vSOT se estudia con ecografía doppler por ser económica, sensible y específica, e imágenes que observan relación entre estructuras y variantes anatómicas. De confirmarse TVP subclavia, se diagnostica SPS. Deben descartarse trombofilias por su alta prevalencia en TVP superiores. Se maneja con anticoagulación al menos 3 meses y eventual trombólisis local precoz, además de cirugía descompresiva. **CASO CLÍNICO** Paciente masculino 29 años, sin antecedentes mórbidos (AM) ni hábitos nocivos, practica natación 5 días a la semana, consulta en Servicio de Urgencia por un día de dolor de extremidad superior izquierda (ESI), aumento de volumen progresivo y parestesias. Niega trauma y fiebre. Examen físico: hemodinamia estable; aumento de volumen de ESI, coloración violácea de mano, empastamiento bicipital, pulsos presentes. Se realiza ecografía doppler ESI: vena subclavia, axilar y braquiales con expansión de lumen, pérdida de compresibilidad y ausencia de flujo a Doppler, ocupadas por material hipocogénico, con ausencia de flujo en venas radiales y cubitales. Se hospitaliza por TVP ESI. Hemograma, perfil bioquímico, hepático y renal normal, radiografía de hombros y cervical descartan alteraciones anatómicas. Evaluado por cirugía vascular, inicia anticoagulación con heparina, tras buena evolución se traslapa a Rivaroxaban e indica por 4 meses, descartando realizar trombólisis local. Estudiado por reumatólogo con panel de trombofilias que resulta negativo, descartándose patologías autoinmunes. Posterior al alta, se realiza ecografía doppler dinámica de vasos subclavios izquierdos: compresión extrínseca severa sobre vasos subclavios izquierdos y ausencia de trombosis. Con diagnóstico de SPS, terminada la anticoagulación y sin reaparición de síntomas, se decide descompresión de vasos subclavios mediante resección robótica de primera costilla ipsilateral. **DISCUSIÓN** El SPS se presenta en jóvenes, sin AM, atléticos o que refieren actividad repetitiva/vigorosa de extremidades superiores, que coincide con las características del paciente presentado. De acuerdo con lo recomendado en guías, el paciente fue anticoagulado 4 meses, sin realizarse trombólisis. Se descartaron trombofilias. Completado el manejo inicial, y tal como se recomienda, se realizó cirugía descompresiva, en este caso, resección robótica de la primera costilla ipsilateral. **CONCLUSIÓN** Se sospecha SOT por síntomas de compresión neurovascular, si presenta TVP subclavia es SPS. El manejo es multidisciplinario: cirugía vascular para evaluar trombólisis local y anticoagulación, equipo de cirugía para definir técnica de descompresión, reumatología para estudio autoinmune, fisioterapia para rehabilitación, e imagenología para estudios.

Estudio de Caso

TL-21 CARPAL BOSS SINTOMÁTICO, REPORTE DE UN CASO

Diego Domínguez Souter, María Jesús Ojeda Vergara, Alejandra Teresa Pino Troncoso, José Manuel Morán Cárdenas, Antonia Léniz Maritano, María Ignacia Ojeda Vergara, Rene Letelier.

La Giba Carpiana (GC) o Carpal Boss (CB) corresponde a una prominencia ósea dorsal fija en la base del segundo y/o tercer metacarpiano. Tanto la incidencia como la etiología de esta patología son desconocidas, sin embargo se plantean distintas teorías sobre la posible causa, entre estas se considera el que sea una lesión adquirida por trauma repetitivo en la zona debido a actividad laboral, una malformación ósea que genera un osteofito degenerativo o por último, la persistencia del os styloideum, un hueso accesorio que generalmente desaparece durante la vida fetal y de persistir puede generar alteraciones en la movilidad de la muñeca. Se presenta a cualquier edad y sin predilección por sexo. Suele ser una entidad asintomática y si llega a presentar síntomas, el principal es el dolor en la base del segundo o tercer metacarpiano pudiendo estar o no asociado a edema. Los síntomas se presentan usualmente en la mano dominante de forma espontánea o al realizar flexión palmar forzada y se atribuyen al desarrollo de osteoartritis, bursitis, formación de ganglión o pinzamiento del tendón extensor. Si bien existen maniobras al examen físico frente a la sospecha de una GC, la confirmación diagnóstica se realiza con exámenes imagenológicos, de gran importancia para definir si la lesión palpada es intraósea o extraósea. Frente a la sospecha de esta patología la aproximación inicial se realiza con una radiografía de mano en una proyección especial llamada "giba carpiana" para evitar la superposición de imágenes óseas. Otras opciones de estudio son la tomografía computarizada, resonancia magnética o una angi resonancia dependiendo de la dificultad del caso. Debido a los síntomas con los que se presenta el CB, se deben considerar múltiples diagnósticos diferenciales, entre estos se encuentran: ganglión, quiste sinovial, lipoma o tumor de células gigantes. Se debe considerar también que puede coexistir más de una patología, cómo sería el caso de una giba carpiana con un ganglión, bursa inflamada o sinovitis y de ser así se perderá la característica consistencia dura del carpal boss lo que puede dificultar su diagnóstico. A la fecha el tratamiento es controvertido, se inicia con manejo farmacológico y fisioterapia y frente a casos especiales se considera la resolución quirúrgica. A continuación, presentamos el caso de una paciente con dolor en la base del tercer metacarpiano, cuyo diagnóstico de CB fue tardío. Esta patología nos plantea un desafío respecto a su diagnóstico oportuno, diagnósticos diferenciales y tratamiento.

Estudio de Caso

TL-22 REPORTE DE CASO: SOSPECHA CLÍNICA DE MIOCARDITIS AGUDA Y MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE COVID-19

Martin Ojeda, Jennifer Green, Barbara Aranda, Constanza Astorga, Sebastian Troncoso, Catalina Astudillo, Eugenio Donaire.

Paciente de sexo masculino de 50 años, sin antecedentes patológicos, acude a S.U desde consultorio por cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por compromiso del estado general, disnea de pequeños esfuerzos asociada a malestar torácico inespecífico, fiebre cuantificada hasta 39°C, artralgias, mialgias, cefalea y dolor abdominal difuso asociado a deposiciones blandas. Presenta PCR SARS-CoV 2 positiva 14 días previo a ingreso, cuando consultó en atención primaria por dolor costal al toser y sensación febril que es tratada ambulatoriamente. Niega síntomas cardiovasculares previos y no refiere historia familiar de patología cardiovascular. Ingresa a servicio de urgencias hemodinámicamente estable, taquipneico sin requerimiento de oxígeno. Exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios y marcadores de daño cardíaco elevados. EKG ingreso en taquicardia sinusal con signos de crecimiento ventricular por criterios de voltaje y morfología sugerente de pericarditis aguda. AngioTC Tórax que muestra un extenso foco de condensación en lóbulo inferior izquierdo y pequeño foco periférico en lóbulo superior derecho de aspecto atelectásico. Se evidencia también cardiomegalia asociada a leve derrame pericárdico y signos sugerentes de hipertensión pulmonar. Sin signos de enfermedad tromboembólica pulmonar o de extremidades y sin derrame pleural. Se hospitaliza con diagnóstico Neumonía basal izquierda y sospecha clínica de miocarditis. Se inicia terapia antibiótica endovenosa. Evoluciona con mala mecánica ventilatoria, taquipnea persistente hasta 45 rpm con uso de musculatura. Presenta evolución desfavorable con soporte de O₂ de alto flujo. Se traslada a UPC y se decide intubación orotraqueal manteniéndose en ventilación mecánica invasiva durante 5 días. Durante estadía en UPC evoluciona con episodios de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida refractaria a cardioversión eléctrica y farmacológica. Se observa Pro-BNP elevado con ecocardiograma que muestra miocardiopatía dilatada con fracción de eyección severamente disminuida (Aproximada en 20%) con leve derrame pericárdico. Estudio de serología VIH, VHB, VHC, HTLV, Chagas y Sífilis resultan negativos. Requirió soporte inotrópico con dobutamina durante estadía en UPC. Se logra weaning de VMI de manera satisfactoria y suspensión de drogas vasoactivas por lo que se traslada a servicio de medicina interna para continuar tratamiento y estudio. Persiste con FA refractaria a tratamiento por lo que se inició anticoagulación. Se realiza ecocardiograma de control a los 15 días de hospitalización que muestra mejoría con respecto al estudio previo. No se observan cavidades dilatadas descritas previamente y se observa un aumento en la fracción de eyección. Por buena evolución clínica es dado de alta asistida con indicación de terapia anticoagulante oral y antiarrítmicos de clase III, se programa control y seguimiento por cardiología de manera ambulatoria.

Estudio de Caso

TL-23 HERPES ZOSTER DISEMINADO, REPORTE DE UN CASO

Sebastian Troncoso Soto, Barbara Aranda, Martin Ojeda, Trinidad Aubele, Ismael Laing, Constanza Astorga, Eugenio Donaire.

El virus de la varicela zoster es un virus de la familia herpesviridae que son patogénicos solo para humanos. El virus de la varicela zoster es el único virus capaz de producir dos síndromes diferentes: el de la varicela y el del herpes zoster. El herpes zóster afecta principalmente a adultos mayores de 50 años. Los pacientes con una inmunodeficiencia tienen una incidencia mayor de presentar herpes zóster diseminado. Aproximadamente un tercio de las personas tendrá un episodio de herpes zóster durante su vida, la frecuencia aumenta con la edad. Se han reportado muy pocos casos de pacientes con herpes zoster cutáneo diseminado en pacientes inmunocompetentes, la mayoría de estos casos ha sido en pacientes mayores de 65 años. El caso a continuación es de un paciente de 62 años inmunocompetente que presentó lesiones cutáneas diseminadas, su diagnóstico y manejo

Estudio de Caso

TL-24 MALFORMACIONES MÜLLERIANAS: REPORTE DE CASO DE UN EMBARAZO DE TÉRMINO EN PACIENTE CON ÚTERO DIDELFO

Fernanda Belen Bahamonde Goldberg, Francisca Antonia Álvarez Riffo, Catalina Isidora Alvear Muñoz, Gabriela Beatriz Araya Ordenes, Valentina Rocío Holzapfel San Martín, Andrés Gabriel Muñoz Espinoza, Marcelo Barria Candell.

Las malformaciones Müllerianas son anomalías congénitas del desarrollo genital femenino las que ocurren por alteración del desarrollo de los conductos de Müller, y dentro de estas encontramos el útero didelfo. Esta malformación se relaciona con resultados adversos durante el embarazo. A continuación, se presentará un caso de una paciente femenina de 33 años, nulípara, cursando embarazo 40 + 2 semanas, con antecedente de útero didelfo y tabique vaginal incompleto, quien tras llegar a término inicia trabajo de parto espontáneo, pero finalmente debido a una dilatación estacionaria se le realiza una cesárea con un recién nacido sano. Las pacientes con malformaciones Müllerianas suelen ser asintomáticas, pero se asocian a peores resultados obstétricos, por lo cual es clave su diagnóstico. En el siguiente trabajo se tocará el tema de Malformación Müllerianas, con énfasis en el útero didelfo, y se hablará sobre las diferentes complicaciones que se suelen asociar a las gestaciones en mujeres con este antecedente.

Estudio de Caso

TL-25 TRICHOMONA VAGINALIS SINTOMÁTICA EN EL HOMBRE

Constanza Paola Astorga Díaz, Jennifer Anne Green Muñoz, Catalina Alvear Muñoz, María Trinidad Aubele Leon, Alejandra Teresa Pino Troncoso, Eugenio Donaire Vera.

Introducción: La tricomoniasis es una infección producida por el protozoo *Trichomonas vaginalis* (TV) y corresponde a la ETS, no viral, más frecuente del mundo. Cursa de forma asintomática en la mayoría, sin embargo, en aquellos sintomáticos suele presentarse con descarga vaginal o uretral, disuria y dolor abdominal. Aunque es menos frecuente en hombres, es una causa de uretritis, prostatitis y epididimitis, y se ha asociado con un mayor riesgo de contraer y transmitir el VIH, razón por la cual su diagnóstico es relevante. En relación a lo anterior, se presenta el siguiente caso: Hombre sin antecedentes mórbidos, consulta en el SU por 3 días de dolor testicular derecho EVA 5/10, irradiado a fosa ilíaca derecha, asociado a vómitos y disuria. Ingresó normotenso, normocárdico, subfebril (37.2°C). Al examen físico destacó abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Blumberg (-), puño percusión (-). Testículo derecho levemente sensible a la palpación. Se realizan exámenes de laboratorio en los que destaca una orina completa: aspecto turbio, nitritos (-), leucocitos >100, eritrocitos 5-10. TV regular cantidad y mucus regular cantidad. Urocultivo: 0 UFC/ml a las 24hrs de incubación. Se decide alta con manejo antibiótico de primera línea para tricomoniasis con metronidazol, con tratamiento además para la pareja, y control en 48hrs. Discusión: Se estima que más de 1 millón de personas contraen alguna ETS cada día y solo el año 2016 se reportó 156 millones de nuevos contagios de TV a nivel mundial. En hombres la enfermedad suele ser asintomática (razón que motivó el interés de exponer el caso), lo que dificulta la estimación de su prevalencia. En mujeres la clínica más frecuente es la leucorrea abundante, espumosa, fétida y de color amarillo verdoso que puede asociarse a prurito, dispareunia, y disuria. Los hombres suelen ser asintomáticos, sin embargo, cuando hay síntomas se presentan con uretritis, balanitis, prostatitis, estenosis uretral, y epididimitis, tal como se pudo observar en el caso presentado, donde acude un paciente con sintomatología de epididimitis. Los métodos diagnósticos disponibles hoy en día son variados, siendo la PCR el gold estándar. Para el diagnóstico en mujeres se toma una muestra del fluido vaginal; en el hombre es más difícil debido a que pocos tienen descarga uretral o es de escasa cuantía. Una opción es utilizar semen como muestra. En este caso no fue necesario llegar a pruebas diagnósticas más extensas, ya que el paciente contaba con descarga uretral, que permitió el hallazgo en el examen de orina.

Estudio de Caso

TL-26 ENFRENTAMIENTO AL MEDIASTINO ENSANCHADO EN SERVICIO DE URGENCIAS A PARTIR DE UN CASO

Maria Jesus Ojeda Vergara, Maria trinidad Aubele Leon, Alejandra Teresa Pino Troncoso, Catalina Isidora Alvear Muñoz, Nerea Otondo Otondo, Pablo Garrido Romero, Dr. Eugenio Donaire.

Enfrentamiento al Mediastino Ensanchado en Servicio de Urgencias a partir de un caso Mediastino ensanchado corresponde a un aumento de tamaño transversal del mediastino a nivel de botón aórtico en una imagen de tórax, ya sea una radiografía de tórax antero-posterior (AP), AP supino, o tomografía computarizada (TC) de tórax. Para definirlo se suele utilizar el tamaño transversal de mediastino mayor a 8 cm y la relación del ancho mediastino con el ancho torácico mayor a 0,25. La presencia de este signo imagenológico se relaciona con diferentes patologías, de causas traumáticas y no traumáticas que afecten a los órganos y grandes vasos que se encuentren en la zona. Su importancia radica frente a la sospecha de lesión aórtica, donde se considera un indicador significativo de ruptura aórtica, estando presente en alrededor de 5% de los traumas cerrados. En esta situación clínica, el diagnóstico precoz está directamente relacionado con la sobrevida y pronóstico del paciente. Se presenta a una paciente femenina de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, resistencia a la insulina, esquizofrenia y tabaquismo crónico que acude al servicio de urgencia por cuadro de dolor torácico de cuatro días de evolución, tipo "eléctrico", con predominio en hemitórax izquierdo, que apareció en reposo y es de carácter constante, sin otros síntomas. Al interrogatorio dirigido paciente refiere no haber tomado sus medicamentos para la presión en los últimos días. Ingresó con PA 220/140 mmHg, FC 105 lpm, FR 16 rpm, sat 98% ambiental, en buenas condiciones generales, pulsos simétricos, yugulares planas; murmullo pulmonar simétrico sin ruidos agregados; ritmo cardíaco regular en dos tiempos sin soplos; sin alteraciones en examen abdominal ni neurológico. Se inicia estudio destacando troponinas en rango normal, electrocardiograma con ritmo sinusal, regular con ondas T negativas asimétricas en DI, V5 y V6 y un ensanchamiento del mediastino en la radiografía de tórax con diámetro de 9.77 cm. Se maneja crisis hipertensiva con captopril sublingual, sin embargo, por persistencia de síntomas y cifras tensionales elevadas se decide administrar labetalol. Se sospecha síndrome aórtico agudo, por lo que se continúa estudio con angioTC de tórax evidenciando una dilatación difusa del arco aórtico de paredes regulares con un diámetro máximo del segmento aórtico ascendente de 3.9 cm, sin flap intimal ni otras alteraciones. La paciente evoluciona de forma favorable, con disminución de presión arterial, regresión completa del dolor torácico y sin evidencia de daño de órgano blanco por lo que es dada de alta del servicio de urgencia. Al enfrentar un paciente con dolor torácico asociado a ensanchamiento del mediastino en imágenes, es de suma importancia tener claro los diagnósticos diferenciales tiempo dependientes y ser sistemático en el proceso diagnóstico de estos, ya que debido a un retraso en el diagnóstico de la patología se pueden tener consecuencias fatales.

Estudio de Caso

TL-27 PIELONEFRITIS AGUDA ENFISEMATOSA TRATADA CON CATETER PIG TAIL BILATERAL. REPORTE DE UN CASO.

Caroline Valeska Brandau Soza, Pablo Antonio Garrido Romero, Sebastián Ignacio Moreno Torrejón, Carola Soledad Arce Olave, Pablo Sebastián Guerrero Silva.

INTRODUCCIÓN: La Pielonefritis Enfisematosa (PE) es un tipo de infección renal severa e infrecuente, que resulta en la producción de gas en el parénquima renal, sistema colector o tejido perinefrítico. Cerca del 60-70% se asocian a diabetes mellitus no controlada. Otros factores de riesgo asociados abuso de drogas, vejiga neurogénica, alcoholismo y anormalidades del tracto urinario. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 69 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica en hemodiálisis y Diabetes Mellitus 2 insulino requirente. Consulta por cuadro de 1 mes de evolución de compromiso de estado general asociado a hematuria y tenesmo. Al examen físico de ingreso se aprecia estable, febril, deshidratada, abdomen doloroso en ambos flancos, y puño percusión positiva. Se solicitan exámenes de ingreso. Destaca hematuria y parámetros inflamatorios elevados. Se decide hospitalizar para irrigación vesical y estudio. Se realiza Tomografía axial computada urológica (URO-TAC) que describe hallazgos consistentes con pielitis enfisematosa, disminución de la corteza renal consistente con nefropatía crónica e hidroureteronefrosis bilateral. Se inicia tratamiento antibiótico bi-asociado para completar 21 días. Además se realiza instalación de catéter pigtail bilateral. URO TAC de control evidencia disminución de la presencia de gas en senos renales. Se completa esquema antibiótico, con posterior retiro de catéter doble J. Tras mejoría clínica y disminución de parámetros inflamatorios, se decide alta hospitalaria. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El tratamiento de la PE es variado y depende de su extensión. Clásicamente, se realiza tratamiento antibiótico asociado a drenaje de la vía urinaria con catéter percutáneo o, en casos más severos, se plantea la nefrectomía. En este caso se resolvió la PE de una forma no convencional, con tratamiento antibiótico de amplio espectro y drenaje de la vía urinaria con catéter pig tail bilateral. Se decidió un esquema antibiótico con ertapenem y ampicilina por 21 días dado la resistencia bacteriana evidenciada en el antibiograma y la persistencia del aumento de los parámetros inflamatorios. Con la descripción de este caso clínico se propone un enfrentamiento alternativo al tratamiento de la PE, con una técnica conservadora y conocida por el equipo de Urología.

Estudio de Caso

TL-28 ÍLEO BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ernesto Núñez Davey, Fernanda Rifo Sedini, Javiera Silva Allendes, Bárbara Scheel Porflit, Luciano Souyris Basso, Rodrigo Oliveira Castilho, Claudia Vásquez Walter, Dr. Eduardo Morales.

Íleo Biliar: a propósito de un caso. El íleo biliar corresponde a un tipo de obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala con el sistema biliar, generando una obstrucción intestinal que puede ser completa o incompleta. Se considera una patología infrecuente que comprende entre 1-3% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado afectando de forma más frecuente al íleon, seguido de yeyuno, y con menor prevalencia colon y duodeno (Síndrome de Bouveret). Respecto a la comunicación entre el sistema biliar e intestinal, se debe a la presencia de una fístula colecistoduodenal (65-77%), colecistocólicas (10-25%), colecistogástricas (5%) o menos frecuente coledocoduodenales (

Estudio de Caso

TL-29 INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA SECUNDARIA ADENOCARCINOMA DE CIEGO

Fernanda Mariana Rifo Sedini, Alejandro Zárate Castillo.

La obstrucción intestinal (OI) es a la interrupción parcial o completa del flujo normal del contenido intestinal. Según su origen puede ser intra o extrauminal y según el sitio de obstrucción puede considerarse alta o baja. Corresponde al 15% de las consultas en el servicio de urgencias por dolor abdominal agudo y constituye un 15% de las cirugías de urgencias. La causa más frecuente de OI corresponde a las adherencias; y en relación a OI bajas, los tumores y vólvulos de sigmoides corresponden a la mayoría de los casos. Solo un 5% del total de causas de una OI, en adultos, son por intususcepción intestinal. La intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento del intestino en el lumen de un segmento adyacente que ocurre como consecuencia del aumento de volumen hacia el lumen de los tejidos intestinales. En adultos, un 90% de los casos ocurre por procesos patológicos y 60% de estos son neoplásicos. Se manifiesta con clínica crónica e inespecífica donde los signos y síntomas orientan hacia una obstrucción intestinal. Actualmente, el examen de elección para detectar una intususcepción intestinal corresponde a la tomografía computada (TC) de abdomen, con uso limitado al momento de determinar si el punto de inicio es maligno o no. Por ser una entidad infrecuente en adultos, se presenta un caso clínico a continuación. Se presenta el caso clínico de una mujer, adulto mayor, con antecedentes mórbidos de tabaquismo activo y esclerosis múltiple, que acudió por un cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal asociado a cambios en el hábito intestinal. Al examen físico, paciente hemodinámicamente estable y se palpó masa abdominal en cuadrante superior derecho. Se solicitó exámenes de laboratorio, con hallazgos no categóricos y una TC de abdomen y pelvis con contraste compatible con intususcepción intestinal. En contexto de que la causa principal de esta entidad corresponde a las lesiones malignas, se realiza cirugía con criterio oncológico, con la resección en bloque del segmento comprometido más 25 linfonodos, hallando una intususcepción ileocólica por adenocarcinoma. Recordar que la intususcepción intestinal es un cuadro infrecuente en adultos, pero que todo cirujano debe considerarla como causa de obstrucción intestinal debido a que su tratamiento requiere la cirugía con criterio oncológica con el fin de evitar sus complicaciones.

Estudio de Caso

TL-30 DIAGNOSTICO ANTENATAL DE TRUNCUS ARTERIOSO

Alejandro Enrique Álvarez Jara, Francisca Antonia Álvarez Riffo, Eduardo Astudillo.

El truncus arterioso corresponde a una cardiopatía congénita conotruncal poco frecuente, que si no es diagnosticada y tratada quirúrgicamente en el periodo de recién nacido se asocia a elevada mortalidad y morbilidad, por lo que su diagnóstico precoz idealmente en el feto es de vital importancia. Esta patología se caracteriza porque nace de ambos ventrículos un tronco arterial único, asociado a una comunicación interventricular de tipo perimembranosa. En este trabajo presentamos un caso con diagnóstico antenatal de truncus arterioso tipo III.

Estudio de Caso

TL-31 ESCRÓFULA EN UN PACIENTE CON VIH, REPORTE DE UN CASO

Ismael Laing Valdés, Nerea Otondo Otondo, Catalina Astudillo Basaure, María Trinidad Aubele León, Alejandra Teresa Pino Troncoso, Fernanda Vicencio Barrenechea, Eugenio Andrés Donaire Vera.

La tuberculosis es una infección producida por la micobacteria *Mycobacterium tuberculosis* caracterizada por formar granulomas en los tejidos afectados. Habitualmente genera infección pulmonar, sin embargo tiene presentaciones extrapulmonares, siendo la más común la afección de tejido ganglionar. Con los avances de la sociedad humana la incidencia de tuberculosis ha ido a la baja en países desarrollados y en vías de desarrollo, tendencia que se observó en Chile. A pesar de esto, en los últimos reportes se ha visto aumento de la tasa, evento asociado a múltiples causas, entre ellas el aumento de la incidencia de VIH, la inmigración y el hacinamiento. Por otro lado se ha visto aumento de la incidencia de VIH al nivel de una epidemia descontrolada, asociada a la infección por tuberculosis y a sus presentaciones extrapulmonares. A continuación se presenta el caso de un paciente haitiano, VIH y VHB +, que se presenta en servicio de urgencias por aumento de volumen cervical anterior, posteriormente diagnosticado como infección ganglionar: una escrófula.

Estudio de Caso

TL-32 ANGIOPATÍA POST VARICELA, UNA COMPLICACIÓN POCO HABITUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Roberto Ignacio Cortés Pérez, Catalina Astudillo Besaure, Catalina Edith Larsen Apablaza, Dra. Romina Meléndez Escobar.

Introducción: La infección por VVZ es la principal causa de vasculopatías y accidentes vasculares cerebrales en la infancia, llegando a ser hasta el 40% del total. El conocimiento en cuanto a la clínica, diagnóstico y tratamiento de la angiopatía post varicela (APV) es todavía limitado y, hasta el momento, no existe consenso. Objetivo: presentar nueva información para dar a conocer y poder entender mejor dicha enfermedad. Se presenta caso de paciente masculino 7 años, con antecedente infección de Varicela hace 6 meses sin secuelas, consulta en el servicio de urgencia del Hospital el Carmen por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por movimientos involuntarios en hemisferio derecho, de inicio súbito, no asociado a otra sintomatología. Madre refiere que ha ido incrementando con el paso de los días y llamativos durante episodios de estrés y disminuyen al estar tranquilo. Niega sintomatología respiratoria, digestiva y urinaria. Al examen físico destaca movimientos coreoatetósicos braquio-cruales derechos involuntarios, de intensidad leve que dificultan la marcha y bipedestación. Es evaluado por equipo de neurología infantil y hospitalizado con diagnóstico de hemicorea en estudio. Se solicitan exámenes para evaluación que destaca hemograma, función hepática, cinética de hierro, vitamina B12, antiestreptolisinas O (ASLO) y TAC de cerebro sin alteraciones. Se decide ampliar estudio y se solicita angiorresonancia cerebral la cual informa infarto isquémico subagudo tardío y antiguo en cabeza de núcleo caudado y región anterior del núcleo putaminal izquierdo. Observación de vasculitis en arteria cerebral media y anterior izquierda (segmentos M1 y A1). Se solicita ecocardiograma y eco doppler carotídeo resultando normales, se inicia tratamiento anticoagulante y corticoides endovenosos. Es evaluado por equipo de infectología infantil, quienes sugieren realizar punción lumbar por sospecha de angiopatía post varicela. El estudio del líquido destaca PCR negativo para VVZ y Serología positiva (Ac IgG: 2000 mIU/ml). Post procedimiento se inicia tratamiento con Aciclovir endovenoso, el cual se mantiene por 5 días. Posterior al inicio del tratamiento paciente presenta favorable evolución con disminución de su clínica hasta la completa resolución del cuadro por lo que se decide alta hospitalaria. Hasta la fecha no ha presentado nuevos episodios. Discusión: Los métodos de estudio como resonancia magnética, TAC y punción lumbar, son pobre indicadores de vasculitis, por lo que el diagnóstico no depende de un solo método sino del conjunto de estos. El tratamiento con antivirales, corticoides, antiagregantes plaquetarios e inmunosupresores no ha demostrado efectividad ya que el curso de la patología es autolimitada.

Estudio de Caso

TL-33 CASE REPORT: PILOLEIOMIOMA DE UBICACIÓN ATÍPICA

José Manuel Morán Cárdenas, María Jesus Ojeda Vergara, Diego Andrés Domínguez Souter, Antonia Léniz Maritano, María Ignacia Ojeda Vergara, Martín Vidal.

Los leiomiomas (LM) cutáneos son tumores benignos de músculo liso infrecuentes, únicos o múltiples, existen diferentes tipos, siendo el piloleiomioma el más frecuente. Estos se pueden asociar a múltiples patologías como la miomatosis uterina y el carcinoma de células renales. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 50 años la cual consultó por una pápula hiperqueratósica de 1 cm de diámetro, con centro deprimido, en pliegue interdigital (entre el pulgar y el índice) de mano izquierda, cuyo estudio histológico demostró un piloleiomioma. Se estudió de forma dirigida con imágenes renales y uterinas que descartaron lesiones asociadas. Se presenta el caso de una patología infrecuente que puede corresponder a un marcador de patología sistémica tan grave como el cáncer renal, o tener una presentación benigna por sí sola.

Investigación Clínica

TL-34 EVALUACIÓN DE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS CLIMATÉRICOS Y CALIDAD DE VIDA DE MUJERES DE 40 A 70 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Rossana Alessandra Castro Palli, Agustín Patricio González Avello, Valeria Andrea Véliz Rojas, Javiera Jael Ramírez Araya, María Ignacia Ahumada Ly.

Introducción. El climaterio constituye una etapa natural en la vida de toda mujer, donde se presentan cambios físicos, sociales y culturales. Este proceso fisiológico es consecuencia de la claudicación de las gónadas, que comienza con la disminución de la fertilidad y termina con la senectud. Su importancia radica en que el hipoestrogenismo generado determina cambios fisiopatológicos que deterioran su calidad de vida, y favorece el desarrollo de enfermedades crónicas, que son las potenciales causas de mortalidad e incapacidad en la mujer. **Objetivo.** Evaluar la prevalencia, intensidad y distribución de síntomas climatéricos en mujeres de entre 40 a 70 años que asisten a una consulta ginecológica en un centro de atención primaria universitario. **Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, llevado a cabo entre septiembre y octubre del año 2020, en el Consultorio Universitario UFT de La Cisterna. La muestra estuvo compuesta por 66 mujeres, en un rango etario entre 40 a 70 años, las cuales acudieron a consulta ginecológica por diversos motivos. Todas ellas accedieron a participar de forma voluntaria y anónima, firmando un consentimiento informado. Para evaluar la prevalencia de síntomas climatéricos, se utilizó como instrumento de medición "Menopause rating scale (MRS)", el cual permite también evaluar el grado de afectación en su calidad de vida que genera dicho síntoma. Por otro lado, se reunieron datos como la edad, fecha de su última menstruación, uso de terapia hormonal, entre otros, de manera de correlacionar estas variables con el grado de sintomatología. **Resultados.** La edad promedio fue de 52,5 años. Un 56% corresponden a mujeres post menopáusicas. La edad promedio de la última menstruación, excluyendo a las pacientes histerectomizadas, fue a los 46.5 años. En cuanto a los síntomas climatéricos, la mayoría de las molestias se agrupan en la esfera somática, donde los síntomas predominantes fueron las molestias musculares y articulares con un promedio de 2,2 puntos en la escala MRS. Le siguen en frecuencia el cansancio físico y mental, dificultades en el sueño e irritabilidad. El síntoma menos prevalente fue sequedad vaginal, con un promedio de 1,2 puntos. Con respecto a la suma de todos los dominios, el puntaje mínimo alcanzado fue de 1 punto, y el máximo de 39 puntos, con un promedio de 18,8 puntos. Un 59% de las encuestadas presentaba síntomas climatéricos severos (definido como un puntaje mayor o igual a 15). Cabe destacar que del total de mujeres, sólo 9 pacientes se encontraban utilizando algún tipo de terapia hormonal (14%), 12% eran histerectomizadas y 8% no poseían ambos ovarios. **Discusión:** Los síntomas atribuibles al periodo climatérico son altamente prevalentes en las mujeres Chilenas, donde lo más prevalente fueron las molestias musculares y articulares. Sin embargo, todos ellos determinan en algún grado alteración en la calidad de vida, que es prevenible mediante una oportuna pesquisa e intervención.

Estudio de Caso

TL-35 HIPOFOSFATEMIA SEVERA EN PACIENTE CON DEBUT DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA: REPORTE DE UN CASO

María Jesús Ojeda Vergara, María Trinidad Aubele León, Alejandra Teresa Pino Troncoso, Barbara Aranda Ricouz, Martín Ojeda Saavedra, Sebastian Troncoso Soto, Eugenio Donaire.

El fosfato corresponde a una molécula fundamental para el normal funcionamiento de múltiples procesos del cuerpo, por esto, la presentación clínica de su desbalance es variada, afectando a distintos sistemas, generando desde alteración de conciencia hasta síntomas de falla cardíaca, alteración de la función respiratoria, entre otros. La hipofosfatemia es una consecuencia común en el tratamiento la cetoacidosis diabética estando presente en un 74% de los casos, y siendo severa en un 23%, asociada a un aumento en la excreción urinaria. La indicación de reposición es fosfato no es común, y si se realiza debe ser bajo monitorización estricta de niveles. Se presenta un caso de paciente joven con debut de cetoacidosis en donde mantiene una hipofosfatemia severa pese reposición, y sus consecuencias clínicas, destacando la importancia de medir niveles de la molécula para tomar decisiones frente al tratamiento de la cetoacidosis.

Estudio de Caso

TL-36 HIPOFOSFATEMIA SEVERA EN PACIENTE CON DEBUT DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA: REPORTE DE UN CASO V 2.0

María Jesús Ojeda Alejandra Pino María Trinidad Aubele Barbara Aranda Martín Ojeda Sebastián Troncoso, Eugenio Donaire.

El fosfato corresponde a una molécula fundamental para el normal funcionamiento de múltiples procesos del cuerpo, por esto, la presentación clínica de su desbalance es variada, afectando a distintos sistemas, generando desde alteración de conciencia hasta síntomas de falla cardíaca, alteración de la función respiratoria, entre otros. La hipofosfatemia es una consecuencia común en el tratamiento la cetoacidosis diabética estando presente en un 74% de los casos, y siendo severa en un 23%, asociada a un aumento en la excreción urinaria. La indicación de reposición es fosfato no es común, y si se realiza debe ser bajo monitorización estricta de niveles. Se presenta un caso de paciente joven con debut de cetoacidosis en donde mantiene una hipofosfatemia severa pese reposición, y sus consecuencias clínicas, destacando la importancia de medir niveles de la molécula para tomar decisiones frente al tratamiento de la cetoacidosis.

Investigación Clínica

TL-37 USO DE FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROMES CONVULSIVOS

José Manuel Morán Cárdenas, Carla Francisca Montiel Gosthe, Fernanda Mariana Rifo Sedini, María Jesús Ojeda Vergara, Alejandra Teresa Pino Troncoso, Antonia Léniz Maritano, Martín Ojeda Saavedra, Paulina Silva.

Antecedentes: La epilepsia se considera uno de los trastornos neurológicos más frecuentes y tiende a desarrollarse en el primer año de vida. En la mayoría de los casos los pacientes con epilepsia responden a tratamiento, pero la eficacia de los resultados requiere dosis crecientes de los fármacos antiepilépticos (FAEs), que presentan diversos efectos adversos conocidos como el metabolismo de vitaminas y disminución de la densidad mineral ósea. Objetivo: establecer la influencia del uso de FAE en el deterioro del estado nutricional de pacientes pediátricos. Método: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, basado en cohorte única de 13 pacientes pediátricos en tratamiento con FAE (monoterapia, terapia dual o triterapia) en los que se determinó el estado nutricional usando los percentiles de cada paciente, comparándolo con las tablas de evaluación nutricional de la OMS para pacientes menores de 6 años y tablas NCHS para mayores de 6 años. Resultados: Dentro de la cohorte única de 13 pacientes pediátricos se obtuvo una media para percentil de crecimiento 59 con mediana de 50 y desviación estándar de 33,73. Los resultados fueron estadísticamente no significativos con $p > 0.05$ usando T-Test. Relación del FAE con el estado nutricional: De la población estudiada, los FAEs más utilizados fueron Levetiracetam, Ácido Valproico y Lorazepam y se evaluó su relación con el estado nutricional. Los pacientes sin Lorazepam mostraron una media del percentil de 33 mientras que los que estaban en tratamiento mostraron una media de 75.5 ($p= 0.019$). Demostrando que los pacientes usuarios del FAE tendían a un promedio superior a la media, sin embargo dentro de lo normal establecido por la OMS. Respecto al uso de ácido Valproico no se evidencia diferencia significativa en el estado nutricional de los pacientes con y sin uso de este ($p= 0.6804$). Mostrando una media de los percentiles de 61.4 para aquellos sin tratamiento y de 51.66 para aquellos con tratamiento. En cuanto a los usuarios y no usuarios de Lorazepam, no hay diferencia significativa en los estados nutricionales ($p= 0,1569$), evidenciando una media de percentiles de 64.90 para pacientes no usuarios del medicamento y de 27.5 para aquellos que si lo usan. De igual forma, no se muestra relación entre los otros FAE (Topiramato, Primidona, Fenobarbital, Clonazepam, Carbamazepina) y estado nutricional ($p>0.05$). Relación número de fármacos con estado nutricional: No se evidenció una correlación entre el número de fármacos antiepilépticos utilizados y el estado nutricional del paciente, determinando independencia de las variables ($p= 0.9707$). Relación duración terapia con estado nutricional: No se obtuvo una correlación entre la duración del tratamiento con el estado nutricional. Se estableció independencia entre las variables ($p= 0.8989$). Discusión y conclusión: No es posible establecer un resultado concluyente de que los FAEs pudieran tener influencia en el estado nutricional de los pacientes pediátricos.

Investigación Clínica

TL-38 EXPERIENCIA EN MANEJO DE PACIENTES CON ABSCESO TUBO - OVÁRICO EN 6 AÑOS, EN HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ.

Catalina Edith Larsen Apablaza, Yasna Lissette Cabello Muñoz, Dra. Paola Sussana Zambrano Franco, Florencia Carrera Flores, Diego Carrasco Espina, Dr. Dusan Marcelo Bader Pavlovic.

Se realizó un análisis retrospectivo de 185 mujeres entre 17 y 56 años de edad que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico para el diagnóstico de absceso tubo - ovárico en el Departamento de Ginecología del Hospital el Carmen de Maipú, de la ciudad de Santiago (Santiago, Chile) entre los años 2014 y 2020. Para el análisis se recopiló información de las fichas clínicas electrónicas de la base de datos del hospital. Los factores escogidos para tabular, fueron seleccionados en base a su relación con absceso tubo ovárico o enfermedad inflamatoria pélvica descrita en la literatura. Posteriormente se integraron al programa estadístico SPSS para poder realizar análisis comparativo de las variables. Se analizaron los días de hospitalización en relación a las pacientes operadas con laparotomía exploradora versus laparoscopia, observándose que las pacientes operadas por laparoscopia cursan con menos días de hospitalización que las operadas por laparotomía abierta, además de forma paralela se buscaron factores protectores y de riesgo para absceso tubo ovárico.

Estudio de Caso

TL-39 PAPILOMATOSIS RETICULAR Y CONFLUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Zavala Ovalle, Juan Valentín, Carrasco Espina, Diego René, Alvarez Riffo, Francisca Antonia, Alegría Cifuentes, Paulina Ignacia, Alegría Cifuentes, Francisca Valentina.

Paciente de 15 años, sexo femenino, con antecedentes de rinitis alérgica en tratamiento con loratadina, sin alergias a medicamentos, consulta por cuadro de tres años de evolución caracterizado por manchas hipocrómicas confluentes en tórax, sin otros síntomas. Examen físico: placas pigmentadas reticuladas y confluentes en axilas, cuello, abdomen y zona inframamaria. En región proximal de ambas extremidades inferiores presenta máculas hipopigmentadas. Signo de uñetazo negativo. Se confirmó diagnóstico con biopsia la cual mostró epidermis con papilomatosis, hiperqueratosis ortoqueratótica con elongación de las crestas interpapilares y dermis con escaso infiltrado linfocitario perivascular superficial, siento estos hallazgos compatibles con papilomatosis cutánea. Recibió tratamiento con minociclina 50 mg vía oral cada 12 hrs durante 6 semanas con buena respuesta. La papilomatosis reticular y confluyente es una enfermedad poco común que afecta a adolescentes, especialmente a mujeres jóvenes con tipos de piel oscura. Se presenta como parches pigmentados asintomáticos de textura papilomatosa que se fusionan para formar placas reticulares localizadas en el cuello y áreas intertriginosas. Hasta la fecha se desconoce la causa de la enfermedad, aunque se ha implicado una queratinización anormal y, en ocasiones, se ha asociado con *Malassezia* sp. La papilomatosis reticular y confluyente es una entidad clínica rara y probablemente infradiagnosticada. Cobra relevancia su diagnóstico diferencial con acantosis nigricans, pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica, entre otros, debido a su excelente respuesta a tratamiento de primera línea con aminociclina. Dentro de otras opciones terapéuticas encontramos antibióticos macrólidos como azitromicina y claritromicina, ácido fusídico y retinoides tópicos.

Estudio de Caso

TL-40 QUEILITIS GRANULOMATOSA DE MIESCHER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Valentín Zavala Ovalle, Paulina Ignacia Alegría Cifuentes, Chávez Rojas, Francisco Javier, Amaya Stein Andonegui.

Paciente de 56 años, sexo femenino, con antecedentes de colon irritable, usuaria de trimebutina y meditoína, sin alergias a medicamentos, sin antecedentes familiares consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por edema de labio superior, sin otros síntomas. Examen físico: aumento de volumen, de consistencia firme en labio superior, lengua fisurada, sin paresia facial, sin otros síntomas. Se sospecha una queilitis granulomatosa confirmada con biopsia que muestra epidermis con hiperortoqueratosis, discreta hiperplasia epidérmica sin atipias, dermis papilar y reticular con infiltrado inflamatorio de disposición nodular compuesta por acúmulos histocitarios y abundante infiltrado linfocitario y plasmocitario, sin necrosis caseosa. Recibió tratamiento con mometasona tópica cada 12 horas en labio superior por 30 días, inyecciones de acetato de triamcinolona 1ml cada 2 semanas durante 6 semanas y dieta libre de benzoatos, con buena respuesta clínica. La queilitis granulomatosa de es un trastorno poco común de difícil diagnóstico, caracterizado por tumefacción idiopática recurrente o persistente de uno o ambos labios debido a inflamación granulomatosa. Cuando está aislado, define el síndrome de Miescher. Sin embargo, se pueden asociar otros signos clínicos, como parálisis del nervio facial y lengua fisurada, que completan la tríada del síndrome de Melkersson-Rosenthal. La etiología de la queilitis granulomatosa aún se desconoce, sin embargo se han propuesto varias etiologías de diferentes órdenes: genética, inflamatoria, alérgica y microbiana. Dentro de diagnóstico diferencial debemos considerar: angioedema, absceso dental, enfermedad de Crohn y diversos trastornos granulomatosos que incluyen sarcoidosis, tuberculosis, leishmaniasis, lepra, granulomatosis de Wegener. Si bien, dado la rareza de esta enfermedad, el tratamiento es empírico, la terapia con corticoides es el tratamiento clásico. Se pueden administrar de forma local, tópica o intralesional y, en ocasiones, puede probarse con corticoides sistémicos en ciclos cortos. Otros tratamientos incluyen tacrolimus tópico o clofazimina oral, talidomida, dapsona y doxiciclina, con resultados inconsistentes. El tratamiento tiene como objetivo aliviar los síntomas del paciente y mejorar su calidad de vida. Es importante educar a los pacientes con respecto al tratamiento limitado de esta enfermedad y sobre la posibilidad de desarrollar paresia facial o complicaciones como lagrimeo excesivo, ojos secos, trastornos de la secreción salival y disgeusia. Palabras Clave: Queilitis de Meischer, síndrome de Melkersson-Rosenthal

Estudio de Caso

TL-41 LIQUEN PLANO UNGUEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Valentín Zavala Ovalle, Florencia Javiera Esther Carrera Flores, Catalina Edith Larsen Apablaza, Paulina Ignacia Alegría Cifuentes, Francisca Valentina Alegría Cifuentes.

Paciente haitiano de 8 años, sin antecedentes mórbidos ni perinatales, sin alergias, consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por rápido compromiso ungueal de las diez uñas de las manos, presentando atrofia ungueal, estrías longitudinales, traquioniquia y pterigión dorsal. No presenta compromiso cutáneo, mucoso o de uñas de ortijos. Exámenes generales e inmunológicos normales. Se confirmó diagnóstico con biopsia de matriz y lecho ungueal la cual mostró vacuolización de capa basal, hiperqueratosis e hipergranulosis, infiltración linfocítica con patrón liquenoide. Recibió tratamiento con prednisona, con dosis iniciales de 0.5 mg/kg día, en forma decreciente hasta completar 5 semanas, además de tratamiento tópico con clobetasol al 7% en placa ungueal, aplicación diaria por 3 meses con regular respuesta. El liquen plano es una afección inflamatoria de etiología desconocida que puede afectar la piel, sus anexos y las mucosas. Aproximadamente el 10% de los pacientes con liquen plano tienen afectación de las uñas, presentándose con mayor frecuencia en la población adulta. Entre los signos clínicos se incluyen: adelgazamiento de la uña, estrías longitudinales y fisuras con o sin pterigión dorsal. También pueden observarse surcos, onicomadesis, atrofia, hiperqueratosis subungueal y traquioniquia. El liquen plano puede diagnosticarse mediante examen clínico, pero si el diagnóstico es dudoso, una biopsia de la matriz ungueal y / o el lecho ungueal suele ser concluyente. Debido a que esta enfermedad puede progresar rápidamente llegando a producir distrofia ungueal permanente en forma de anoniquia y pterigión dorsal es fundamental el diagnóstico y tratamiento oportuno cuyo objetivo principal es la prevención de la fibrosis. Entre las opciones terapéuticas encontramos principalmente los corticoides sistémicos, intralesionales y tópicos. Palabras clave: Liquen plano, uñas

Investigación Clínica

TL-42 TRANSPORTE DE PACIENTES HIPERCRTICOS EN COVID 19

Josefa Valenzuela Sarrazin, Catalina Edith Larsen Apablaza, Roberto Ignacio Cortés Pérez, Ignacio Andrés Giadalah Vásquez, Caroline Valeska Brandau Soza, Dr. Rodrigo Díaz Gómez.

Durante 2020 más de 100 pacientes con Covid-19 requirieron ser conectados a oxigenación por membrana extracorpórea debido que el oxígeno aportado por intubación no era suficiente para los requerimientos metabólicos de los pacientes. En este contexto, la unidad de ECMO - CLC, comenzó a ofrecer un servicio nunca antes realizado en Chile, llamado ECMO delivery (móvil), esto debido al aumento de ocupación en las camas críticas del país y la necesidad de distribuir a los pacientes con requerimientos de soporte extracorpóreo de forma segura. Se realizó un trabajo descriptivo de 29 pacientes trasladados con ECMO delivery entre el 09 de mayo del 2020 hasta el 02 de febrero del 2021, de la información recopilada se realizaron análisis estadísticos. Se recopilaron datos de los resúmenes de traslado y se analizaron los score pre ECMO, además de mortalidad y sobrevida. Resultados pendientes que serán publicados en la presentación.

Estudio de Caso

TL-43 ALOPECIA AREATA OFIÁCEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Valentín Zavala Ovalle, Caroline Valeska Brandau Soza, Robinson Eduardo Guerrero Araya, Ana María Bastías Álvarez.

Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 54 años de edad, con antecedentes de depresión en tratamiento con fluoxetina y clonazepam, sin alergias, sin otros antecedentes, consulta por cuadro de un mes de evolución de rápido compromiso en cuero cabelludo caracterizado por pérdida del pelo en forma de placas, más disminución de la densidad capilar en cejas y pestañas, sin otros síntomas. Al examen físico se aprecia una gran placa en forma de banda a lo largo de la circunferencia de la cabeza, específicamente a lo largo de los bordes de los huesos temporal y occipital. Se toman exámenes generales e inmunológicos que resultan normales. Recibió tratamiento con prednisona oral, inyección de betametasona intracutánea, crema con clobetasol 0.05%, minoxidil en loción capilar, y fototerapia UVB banda angosta con adecuada respuesta a tratamiento. La alopecia areata es una alopecia no cicatricial, probablemente autoinmune y multifactorial. Afecta al 0,15% de la población, de todas las razas, siendo la prevalencia igual en hombres y mujeres. Tiende a ser recurrente y en muchos casos crónica. Clínicamente es muy variada, pudiendo presentar caída de pelo uniforme en una zona del cuerpo adoptando la forma de una lesión circular circunscrita o extenderse en una o varias placas que pueden tender a confluir y generalizarse. En la periferia de la lesión los pelos adoptan una disposición que asemeja la forma de “signos de exclamación”, que traducen alteración en la estructura del tallo y la cutícula. Se puede acompañar de sensibilidad o prurito del cuero cabelludo. En nuestro caso se presenta una alopecia areata ofiácea, la cual se caracteriza por presentar confluencia de placas alopécicas en región occipital y temporal, dando la forma de banda o bien en forma sinuosa que en ocasiones recuerda a una serpiente (ofidio). La alopecia areata es una enfermedad que tiende a ser crónica y recurrente. No tiene un curso predecible, por lo que los pacientes que la presentan deben estar continuamente en control médico. En cuanto a su etiopatogenia, es una enfermedad multifactorial de probable origen autoinmune, sin embargo la genética y el estímulo medioambiental también tiene un rol preponderante en su patogenia. De este último, estímulos como enfermedades sistémicas, infecciones, vacunas y estrés físico y psicológico podrían modular el patrón y la severidad de la enfermedad. La alopecia areata es una patología que afecta indudablemente la calidad de vida de los pacientes por lo cual es imperante conocer sus distintas formas de presentación clínica, diagnosticarla y tratarla. Palabras clave Alopecia areata, Ofiácea

Estudio de Caso

TL-44 HERNIA DE GARENGEOT: HERNIA CRURAL COMPLICADA CONTENIENDO EL APÉNDICE CECAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Roberto Ignacio Cortés Pérez, Catalina Edith Larsen Apablaza, Juan Valentín Zavala Ovalle, Dr. Agustín Morán Villena, Rossana Alessandra Castro Palli, Agustín Patricio González Avello.

Introducción: La patología herniaria es una patología de alta frecuencia en Chile y el mundo, se estima que un 10% de la población desarrollará algún tipo de hernia durante su vida, representando uno de los problemas más comunes en cirugía. Sin embargo, la presentación con contenido que incluye el apéndice cecal es algo infrecuente. **Objetivo:** presentar nueva información para dar a conocer y poder entender mejor dicha enfermedad. Se presenta caso de paciente femenina de 71 años con antecedentes de EPOC y obesidad tipo 2, consulta en SU de Hospital de Curicó por presentar cuadro de 2 días de evolución de compromiso del estado general, náuseas y dolor abdominal difuso. No refiere cambios en el tránsito intestinal, ni en la consistencia de las deposiciones. El dolor abdominal es de tipo difuso y en las últimas 3 horas se acentúa, desplazándose a flanco derecho y región inguinal derecha aumentando a intensidad EVA 10/10 lo que la motiva a consultar. No refiere fiebre ni otra sintomatología asociada. Se mantiene con hemodinamia estable, consciente, lúcida y orientada en tiempo y espacio. Al examen segmentario abdominal en la inspección se observa abdomen en delantal, al levantar panículo adiposo evidencia aumento de volumen en región inguinal derecha de aprox. 8 cm de diámetro con piel eritematosa en zona circundante. A la auscultación presenta disminución de los RHA de manera global. A la palpación presenta abdomen doloroso a la palpación superficial, signos de irritación peritoneal positivos acentuados en fosa inguinal derecha. Además, presenta dolor intenso a la palpación de masa abdominal. Se solicitan exámenes de laboratorio destacando aumento de los parámetros inflamatorios con desviación leve a izquierda. Anemia normocítica normocrómica leve y CKmb elevada. Se realiza ecografía que muestra hernia femoral con contenido herniario de asas intestinales, con signos de estrangulación y perforación de asas intestinales. Se realiza cirugía de urgencia, durante ésta se identifica de hernia femoral, saco herniario de 8 cm de diámetro, se realiza apertura de saco herniario evidenciando ciego, apéndice cecal y 15 cm de íleon terminal, perforación de 5 mm a 10 cm VIC. Se realiza sutura de la perforación con polipropileno, herniorrafía con técnica de Bassini, hemostasia y cierre por planos. Procedimiento sin complicaciones. **Discusión:** El diagnóstico de la patología herniaria es eminentemente clínico, sin embargo, el contenido y el estado de él mismo puede variar, siguiendo un curso natural a la complicación que puede terminar siendo de resolución quirúrgica de urgencia. Un alto nivel de sospecha realizando una completa anamnesis y examen físico es de gran importancia para la detección y cirugía precoz, evitando así complicaciones y eventual muerte.

Estudio de Caso

TL-45 SÍNDROME DE WEST: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Jennifer Anne Green Muñoz, María Paula Crespo Mendoza, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, Ignacio Javier Correa Barría, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, María José Espinoza Tillería.

El Síndrome de West (SW), también conocido como espasmos infantiles, es una patología neurológica caracterizada por la tríada de espasmos en salvas, retraso del desarrollo psicomotor (DSM) e ipsarritmias en el electroencefalograma (EEG), pudiendo estar ausente una de ellas. Su incidencia es de aproximadamente 2-5/10.000 nacidos vivos, siendo más frecuente en hombres. El presente trabajo se basa en el caso de un lactante menor de 4 meses, sin antecedentes mórbidos, ingresa por presentar cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por espasmos extensores de miembros superiores, simétricos, en salvas, asociados a desconexión del medio, lateralización de la cabeza y desviación de la mirada a izquierda, de aproximadamente 2 segundos de duración, una vez al día, previo a la conciliación del sueño. Madre decide consultar por presentar 6 episodios durante el día, de duración aproximada de 10 segundos, con periodos de intercrisis de 2-3 minutos y presencia de periodo postictal. Basándose en su etiología, el SW se clasifica en sintomático y criptogénico. El primero, entendido como aquel SW en que se encuentra alguna lesión estructural cerebral que explique las crisis, mientras que en el segundo no se identifica algún tipo de alteración anatómica. Los espasmos son el hallazgo clínico principal y corresponden a contracciones musculares repentinas que duran entre 1-2 segundos. El EEG típico muestra actividad basal desorganizada con ondas lentas de gran amplitud y espigas focales o multifocales que son asincrónicas y no rítmicas denominadas ipsarritmias. El tratamiento de primera línea se basa en la administración de hormona adenocorticotropa, vigabatrina y corticoides.

Estudio de Caso

TL-46 ENFERMEDAD ROSAI-DORFMAN, UN CASO CLÍNICO

Florencia Javiera Esther Carrera Flores, Diego René Carrasco Espina, Juan Valentín Zavala Ovalle, Valentina Jesús Montenegro Cerda, Fernanda Andrea Moena Aravena, Carolina Andrea Herrera Quiroz, Ivan Patricio Guaya.

La enfermedad de Rosai-Dorfman, conocida también como histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva. Es una enfermedad poco común con distintas manifestaciones, que puede ser autolimitada de curso benigno o persistente y cíclica. Su clínica se caracteriza por aumento de ganglios cervicales y podría aparecer de forma aislada con compromiso extranodal en un 25-50%. Histopatológicamente implica la presencia de ganglios linfáticos con senos infiltrados por células inflamatorias, linfocitos, células plasmáticas e histiocitos. Se caracteriza por la presencia de histiocitos inmunorreactivos a la proteína S-100, que se utiliza para confirmar el diagnóstico. En relación a su etiología aun es desconocida, se podría explicar por deficiencias inmunológicas, alteraciones genéticas o de origen infeccioso (viral). Respecto al tratamiento, es según la manifestación de la enfermedad, en algunos casos puede ser expectante, médico o quirúrgico, según ubicación y sintomatología de nódulos.

Investigación Clínica

TL-47 REPORTE DE UN CASO: PRIMIGESTA DE 22+3 SEMANAS CON TUMOR RENAL SOMETIDA A NEFRECTOMÍA RADICAL

Valentina Jesús Montenegro Cerda, Carolina Belén Poblete Campos, Florencia Javiera Carrera Flores, Diego René Carrasco Espina, Manuel Antonio Uarac Del Río, Dr. Alvaro Pietro Riderelli Sánchez, Dr. Cristobal Román Quirante.

Abstracto: Las neoplasias malignas que afectan el riñón pueden ser tumores primarios o secundarios. Éstas últimas generalmente son clínicamente insignificantes y se descubren en el examen post mortem (1). Los carcinomas de células renales, que se originan dentro de la corteza renal, constituyen del 80 al 85% de las neoplasias renales primarias, los de células transicionales de la pelvis renal son los siguientes más comunes (8% aproximadamente), otros tumores epiteliales del parénquima, como los oncocitomas, los tumores del conducto colector y los sarcomas renales, son poco frecuentes (1). Respecto a las mujeres en edad reproductiva, el cáncer es la segunda causa de muerte. Los tumores urológicos se presentan con una incidencia de 1 por cada 1,000 embarazos. Estos son infrecuentes durante el embarazo, por tanto, el diagnóstico y tratamiento se tornan difíciles. El carcinoma de células renales es el tumor más habitual en el embarazo. Los exámenes realizados durante el embarazo pueden poner al descubierto tumores incidentales, pero la sintomatología del estado grávido, podría confundir y retrasar el diagnóstico de un eventual cáncer. Algunos síntomas de los tumores urológicos como dolor, hematuria e hipertensión, y podrían confundirse con otras afecciones más frecuentes como infecciones urinaria, pielonefritis, amenaza de aborto o preeclampsia (2). El objetivo de este trabajo, es presentar el reporte del caso, de una mujer primigesta con un tumor renal, sometida a una nefrectomía radical por cursar con hematuria. Palabras claves: carcinoma células renales; nefrectomía; riñón; embarazo

Abstract The kidney malignancy can be presented as primary or secondary. The secondary malignancy is clinically insignificant and can be discovered in the post mortem exam. The primary malignancy can be presented in most cases as cell carcinoma originated in the renal cortex (about 80-85%) and as transitional cell carcinoma of the renal pelvis (about ~8%). In rare cases it can be presented as epithelial tumors of the parenchyma as oncocytomas, collector duct tumors and renal sarcomas. Cancer is the second most common cause of death among women of reproductive age. The urological tumor presents with a frequency of one in a thousand pregnancies therefore the diagnosis and treatment becomes difficult. The renal cell carcinoma is one of the most common cancers during pregnancy. Tests performed during pregnancy can reveal incidental tumors however the symptomatology of the gravid state may confuse and delay the diagnosis of a possible cancer. Some symptoms of urological tumors such as pain, hematuria and hypertension could be confused with other more frequent conditions such as urinary infections, pyelonephritis, threatened abortion or pre-eclampsia. The objective of this work is to present the case report of a primiparous woman with a renal tumor undergoing a radical nephrectomy due to hematuria. KEY WORDS: carcinoma, renal cell; nephrectomy; kidney; pregnancy

Estudio de Caso

TL-48 SÍNDROME DE HIPERINMUNIGLOBULINA E: APROPÓSITO DE UN CASO

Juan Valentín Zavala Ovalle, Carolina Andrea Herrera Quiroz, Fernanda Andrea Moena Aravena, Robinson Guerrero Araya, Ana María Bastías Álvarez.

Los síndromes de hiperinmunoglobulina E (HIES) son síndromes de inmunodeficiencias muy raros con afectación de múltiples sistemas, que incluyen el sistema inmunológico, el esqueleto, el tejido conectivo y la dentición. Se presenta el caso de un paciente masculino de 47 años de edad, con antecedentes de rinitis alérgica que consulta por lesiones inflamatorias cutáneas inflamatorias generalizadas de un mes de evolución, por las cuales en más de una oportunidad, sin recibir tratamiento efectivo. Al examen físico se apreciaron múltiples máculas eritematosas, pápulas descamativas, lesiones ampollares palmo - plantares y placas eritematosas violáceas, sin otro hallazgo. Se solicitaron exámenes donde lo único que destacó fue el nivel de IgE elevado. Se trató con múltiples terapias, solo con respuesta parcial al tratamiento. Se expone el caso, con el fin de darlo a conocer a la sociedad médica y puedan existir más reportes, dado que aunque los defectos inmunológicos exactos y las causas subyacentes de HIES no se comprenden completamente, y varias desregulaciones del sistema inmunológico juegan un papel en la patogenia de la enfermedad, a medida que se comprenda más sobre los defectos inmunes y genéticos en estos pacientes, estarán disponibles más opciones terapéuticas con mayor eficacia.

Estudio de Caso

TL-49 GLAUCOMA BILATERAL SECUNDARIO A TOPIRAMATO

Fernanda Andrea Moena Aravena, Carolina Andrea Herrera Quiroz, Valeria Andrea Véliz Rojas, Pilar Andrea Barraza Dubó, Florencia Carrera Flores, Diego Carrasco Espina, Paola Nielsen Oportus, Álvaro Rodríguez Vega.

El glaucoma es la causa más común de discapacidad visual irreversible en todo el mundo y su prevalencia va en aumento. El glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA) es el tipo más común, representando más de dos tercios de todos los casos. Aunque es menos común, el glaucoma de ángulo cerrado (GAC) también es una causa importante de morbilidad, en su mayoría es unilateral, irreversible y principalmente en adultos de edad avanzada. Sin embargo, se han realizado reportes de casos donde el cuadro clínico corresponde a una pérdida de la agudeza visual de forma aguda, bilateral, mayoritariamente en mujeres adultas jóvenes, cuadros principalmente relacionados con reacciones idiosincrásicas a medicamentos. En el presente documento se reporta el caso de una mujer de 24 años que presentó glaucoma agudo bilateral secundario al uso de topiramato, cuya pérdida de agudeza visual fue bilateral y cien por ciento reversible al cabo de 10 días de tratamiento.

Estudio de Caso

TL-50 DISTROFIAS MUSCULARES, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Juan Pablo Kuhn Barros, Sofía Camino Villaseca, María José Espinoza Tillería, Manuel Antonio Uarac Del Rio, Gabriela Araya Órdenes, Carolina Poblete Campos, Ivan Vidal Cañas.

Las distrofias musculares son un grupo de enfermedades muy heterogéneas que provocan debilidad progresiva y pérdida de la masa muscular. En estas, genes anormales (mutaciones) interfieren en la producción de proteínas necesarias para formar, mantener y remodelar músculos saludables. Existen muchos tipos diferentes de distrofias musculares, antiguamente estas se clasificaban según la predominancia de sus síntomas y la zona del cuerpo que afectan principalmente. Con el advenimiento de la genética y la investigación molecular descubrimos la existencia de estas mutaciones y sus consecuencias en los pacientes afectados, si bien a momento de este trabajo no existe una cura para las distrofias musculares, por lo que el tratamiento se enfoca en ayudar a controlar los síntomas y a enlentecer el avance de la enfermedad, es un avance en la búsqueda de una y de muchas otras afecciones. En el caso de las distrofias musculares ciertos genes que participan en la creación de proteínas que protegen las fibras musculares de daños son defectuosos. Cada forma de distrofia muscular es provocada por una mutación genética exclusiva de ese tipo de enfermedad; estas mutaciones se clasifican según su herencia y existen de 3 tipos: ligadas al cromosoma X, autosómicas recesivas y autosómicas dominantes. En el caso de nuestra paciente de sexo femenino de 20 años, sin antecedentes mórbidos personales ni familiares relevantes, su historia que comienza desde hace 9 años con dolor y debilidad de sus EEII, que luego con lleva a caídas a repetición y lesiones en ambas rodillas durante los años por lo que se realiza una evaluación traumatológica quienes sugieren un origen articular de estas molestias, tras este y un proceso de rehabilitación kinésica infructuosa hace 2 años por lo que consulta con Neurólogo quien solicita una electromiografía con velocidad de conducción las cuales concluyen que presenta elementos denervatorios crónicos y agudos en los músculos explorados (Glúteo mayor, cuádriceps, gastrocnemios y tibial anterior bilateralmente), lo cual es sugerente de una Atrofia Muscular Espinal en evolución; actualmente la paciente al examen físico neurológico destaca arreflexia global, disminución del trofismo muscular de predominio distal, tono levemente disminuido, reflejos idiomusculares apagados; al evaluar la fuerza destaca la pérdida significativa de esta en EEII tanto a distal como a proximal y a distal en EESS. Debido a esto se realiza EMG + VCN en EESS la cual concluye que los hallazgos son sugerentes de un proceso miopático difuso, esto en conjunto con Ck y LDH elevadas (2487 y 748 respectivamente) conllevan a una alta sospecha de una Miopatía. El siguiente paso a llevar es la confirmación con biopsia muscular con tinción inmunohistoquímica la cual demostró de forma fehaciente la ausencia de Disferlina en la las células musculares entregando la ultima pieza para este difícil diagnóstico.

Investigación Clínica

TL-51 PERFIL DE INGRESO DE ADAPTABILIDAD Y COMPETENCIAS RELACIONALES DE ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA, AÑO 2020.

Cristián Pedro Valenzuela Hofstetter, Agustín Patricio González Avello, Rossana Alessandra Castro Palli, Valentina León Manríquez.

Introducción. El ingreso a la universidad significa una etapa crítica para todo estudiante, donde se presentan múltiples retos tanto académicos, como sociales y emocionales. Una inadecuada adaptación puede representar un desafío complejo que repercute de forma negativa en el desarrollo universitario, por lo que realizar una pesquisa oportuna de este problema significa una gran herramienta para cualquier casa de estudios. **Objetivos.** Realizar un tamizaje evaluativo del grado de adaptación a la universidad, el modo de afrontamiento de situaciones difíciles e información sociodemográfica de estudiantes de primer año de Medicina 2020, para luego diseñar e implementar programas de prevención y acompañamiento ajustados a la realidad de los estudiantes. **Materiales y método.** Población objetivo son estudiantes de primer año de Medicina de la Universidad Finis Terrae del año 2020, con un total de 101 alumnos (68 mujeres/33 hombres). Para participar se solicitó firma de consentimiento informado donde se explica el proyecto y sus implicancias. Se aplicaron tres instrumentos autogestionados, utilizando la plataforma web REDCap, durante el 21 y 31 de diciembre de 2020. Para valorar el grado de adaptación universitaria se utilizó el cuestionario "Student adaptation to college questionnaire (SACQ)", versión traducida al español. El modo de afrontamiento de situaciones desafiantes se evaluó mediante el cuestionario "Brief-COPE", traducido y validado en español y en Chile. Finalmente se aplicó un cuestionario sociodemográfico diseñado por los autores, con el fin de caracterizar en este ámbito la muestra. **Resultados.** Participaron 71 alumnos (70.3%), 48 mujeres (70.5%) y 23 hombres (69.6%). En el cuestionario "SACQ", la población femenina obtuvo mejores índices en cuanto a la adaptación académica e institucional, mientras que la población masculina obtuvo mejor puntaje en relación a la adaptación social. La adaptación global fue mayor en el grupo femenino. Los puntajes obtenidos en ambos grupos en la subescala emocional fueron inferiores a lo esperado para una población de referencia. En el cuestionario "Brief-COPE", destaca una tendencia más alta en el grupo de mujeres a solicitar apoyo emocional e instrumental para afrontar situaciones de estrés, y un menor grado de desconexión de los problemas en comparación al grupo de hombres, el cual obtuvo mayores puntajes en escalas relacionadas a aceptar el evento estresor o tomárselo con humor. No hubo diferencias significativas en las otras subescalas. **Conclusiones.** Con un buen porcentaje de participación, se observa que el nivel de adaptación universitaria de la muestra se encuentra dentro de percentiles promedio esperados para una población de referencia. Sin embargo, destaca un déficit en adaptación emocional, lo cual podría explicarse en contexto de la pandemia COVID19. Las formas de afrontamiento pesquisadas en este trabajo frente a situaciones estresantes son concordantes al perfil por género descrito en la literatura

Estudio de Caso

TL-52 LIQUEN PLANO PILARIS Y ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Valentín Zavala Ovalle, Diego René Carrasco Espina, Florencia Javiera Esther Carrera Flores, Caroline Valeska Brandau Soza, Robinson Eduardo Guerrero Araya, Ana María Bastías Álvarez.

El liquen plano pilaris es un tipo de alopecia cicatricial que resulta de un trastorno inflamatorio del cuero cabelludo, es una condición poco frecuente que se caracteriza por eritema perifolicular, hiperqueratosis folicular y caída permanente del cabello. Se considera una variante folicular del liquen plano basado en características patológicas compartidas y la coexistencia frecuente de hallazgos clínicos. Existen 3 variantes clínicas: liquen plano pilaris clásico, alopecia frontal fibrosante y síndrome de Graham Little Piccardi Lasseur (GLPLS). La alopecia frontal fibrosante (AFF) se caracteriza por la pérdida de implantación del pelo en la región frontotemporal en forma de banda, de 1 a 8 cm de diámetro aproximadamente. Además puede afectar otras zonas pilosas como las cejas, siendo la zona más común, la barba, axilas, pubis y extremidades. Se presenta el caso clínico de una Paciente de sexo femenino de 72 años con antecedentes de hipotiroidismo y dislipidemia en tratamiento con levotiroxina y ezeimibe, sin alergias, sin otros antecedentes quien consulta por cuadro de varios meses de evolución caracterizado por placas de alopecia en borde frontal derecho y zona media asociada a prurito. Al examen físico se aprecia disminución de la densidad capilar en zonas preauricular y supraauricular e hiperqueratosis folicular en tricoscopia. Se toma biopsia de cuero cabelludo la cual resulta concordante con alopecia cicatricial compatible con alopecia frontal fibrosante en etapa terminal. Paciente recibe tratamiento con loción capilar con acetato de triamcinolona, tracolimus y minoxidil, e inyecciones intralesionales de corticoides con respuesta pobre a tratamiento. Palabras clave: Alopecia cicatricial, alopecia frontal fibrosante, liquen plano pilaris.

Investigación Clínica

TL-53 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA GINECOLÓGICA EN UN CONSULTORIO UNIVERSITARIO.

Rossana Alessandra Castro Palli, Agustín Patricio González Avello, Javiera Jael Ramírez Araya, Valeria Andrea Véliz Rojas, María Ignacia Ahumada Ly.

Introducción. El consultorio Universidad Finis Terrae (UFT), ubicado en la comuna de La Cisterna, resuelve atenciones médicas de especialidad, apoyando de manera fundamental al sistema de salud de la comuna. Un 23% de las atenciones en dicho consultorio corresponden a la especialidad de gineco-obstetricia, contribuyendo a diversas necesidades en salud de las mujeres, condicionadas a su vez por su condición social, abarcando patologías del aparato urogenital hasta consejería en planificación familiar. **Objetivo.** Identificar el perfil epidemiológico de las pacientes que asisten a consulta ginecológica en el Consultorio UFT. Reconocer los principales motivos de consulta y también la variación de estos según los diferentes rangos etarios. Servir como base de datos para poder plantear posibles estrategias para mejorar las oportunidades de acceso a salud reproductiva en dicho consultorio a futuro. **Materiales y Método.** Se realizó un estudio descriptivo de cohorte transversal, efectuado entre septiembre y octubre del año 2020 en el Consultorio UFT La Cisterna. Se incluyeron a todas las mujeres que acudieron a consulta ginecológica en dicho período, obteniendo un total de 180 pacientes. Se recopiló información sobre edad, nacionalidad y principales motivos de consulta (MC) de las usuarias. Estos últimos, además, fueron separados por rango etario. Se recopiló información sobre el uso de métodos anticonceptivos y el estado y vigencia de la citología cervical de las pacientes. **Resultados.** El rango etario de la población estudiada fue de 10 a 84 años, con un promedio de 41,7 años. Se atendió en dicho periodo a pacientes de 8 nacionalidades diferentes, siendo la mayoría Chilenas (82%). Se determinó que los principales MC fueron Planificación familiar (19%), Sangrado Uterino Anormal (8%) y Síntomas climatéricos (7%). Sobre el uso de algún método anticonceptivo, destaca que un 49% de las usuarias utilizaba al menos 1 método, siendo el principal motivo la planificación familiar (94%) y el método más usado fue anticonceptivos orales combinados (30%). En cuanto a la citología cervical se obtuvo que un 53% de las pacientes presentaban un PAP vigente. Además destacar que en un 9% de las atenciones se realizó una ecografía ginecológica u obstétrica en el mismo consultorio. **Discusión.** Resulta importante poder recopilar y analizar los factores epidemiológicos previamente mencionados con el fin de tener fundamentos sobre los cuales poder construir herramientas para mejorar la calidad de atención y aprovechar al máximo las instancias de prevención y promoción de salud en la esfera ginecológica y reproductiva en el consultorio UFT de La Cisterna. Además, el gran porcentaje de ecografías realizadas en dicho periodo demostró ser un gran aporte a la comunidad en términos económicos y además al favorecer la pesquisa y tratamiento oportuno de diversas enfermedades.

Estudio de Caso

TL-54 EMBARAZO ECTÓPICO: REPORTE DE EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA

Gigliola Andrea Basso Barra, Francisca Antonia Álvarez Riffo, Gabriela Beatriz Araya Órdenes, Antonio Ignacio Hernández Inostroza, Pablo Ignacio Boldrini López, Raimundo Avilés Dorlhiac.

Embarazo ectópico: Reporte de caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea Álvarez Riffo, F. (1) Araya Órdenes, G. (1) Basso Barra, G. (1) Hernández Inostroza, A. (1) Avilés Dorlhiac, R (2) (1) Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile. (2) Médico Cirujano con especialidad en Ginecología y Obstetricia, servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital El Carmen de Maipú, Santiago, Chile. **ABSTRACT** Un embarazo ectópico se define como todo embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina, correspondiendo al 1-2% de los embarazos. Lo más frecuente es que ocurra en las tubas uterinas, pero un 5% ocurre en otras localizaciones: cervicales, cornuales, ováricos, abdominales y en cicatriz de cesárea anterior. Un embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es cuando el saco gestacional está total o parcialmente implantado en la cicatriz. Es un tipo infrecuente de embarazo ectópico, pero cabe mencionar que se ha visto un aumento en el reporte de casos atribuible a un aumento de cesáreas y mejoras en el método diagnóstico. El diagnóstico de un embarazo ectópico se hace con el monitoreo del ascenso de la hormona Gonadotropina Coriónica (hCG) sumado a una ecografía pélvica. Este método busca ayudarnos a diferenciarlo de un embarazo normotópico, ya que en el caso de ser ectópico se asocia a complicaciones maternas que pueden llevar a la muerte, las que aumentan si además es no tubario. También es relevante diferenciarlo de un aborto espontáneo y de un embarazo ectópico cervical, ya que los manejos y complicaciones son distintas. A continuación, se presentará el caso clínico de una paciente multípara de dos, quien se encuentra cursando un embarazo de 7+3 semanas, la gestante consulta por cuadro compatible con embarazo ectópico el cual se localiza en cicatriz de cesárea. Se mostrará en este trabajo la experiencia con relación al diagnóstico y manejo del embarazo ectópico localizado en cicatriz de cesárea (3) Palabras clave: Embarazo ectópico, cavidad uterina, cicatriz de cesárea.

Estudio de Caso

TL-55 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INCISIONAL ATASCADA CON COMPROMISO DE LA ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE BYPASS GÁSTRICO

Luciano Souyris Basso, Gigliola Basso Barra, Antonio Hernández Inostroza, Alejandra Pino Troncoso, Carla Montiel Gosthe, Mario Jarpa Segovia, Daniel Cifuentes Munzenmayer.

ABSTRACT La hernia incisional es la protrusión anormal del peritoneo a través de la cicatriz patológica de una herida quirúrgica o traumática, que atraviesa los planos músculo-fascio-aponeuróticos y que puede contener o no una víscera abdominal y/o tejidos. Tiene una incidencia de un 20% en todas las laparotomías, cada vez más frecuente. Dentro de sus factores de riesgo se identifica la obesidad, siéndolo también para la recurrencia después de la reparación de las hernias incisionales. Las complicaciones relacionadas a estas hernias son con mayor frecuencia la incarceration (6-15%), la estrangulación (2%) y la obstrucción intestinal. De acuerdo a la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), las cirugías bariátricas han ido en aumento con los años, siendo el bypass gástrico en Y de Roux el más comúnmente realizado (45%); seguido de gastrectomía en manga (37%); y banda gástrica ajustable (10%). Se presenta el caso de una paciente femenina de 48 años con antecedente de bypass gástrico hace 5 años por obesidad mórbida que consulta en Urgencia por cuadro sugerente de obstrucción intestinal; se realiza TC de abdomen y pelvis que informa hallazgos compatibles con hernia incisional complicada con signos de obstrucción intestinal secundaria; tras la exploración quirúrgica se identifica en el contenido herniario el asa biliopancreática de la Y de Roux del bypass gástrico perforada; se decide dismantelar Y de Roux y la reconstrucción de la misma, hernioplastia y cierre de pared. Considerando lo anterior, debemos comprender que nos enfrentamos a un creciente número de pacientes con antecedente de cirugía metabólica, por lo cual debemos estar preparados para resolver las complicaciones de este tipo de pacientes. Palabras clave: hernia incisional, bypass gástrico, obstrucción intestinal

Estudio de Caso

TL-56 PROBABLE ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL POR ANTICUERPOS ANTI-M. CASO CLÍNICO

Carla Francisca Montiel Gosthe, Mario Alejandro Jarpa Segovia, Alejandra Teresa Pino Troncoso, Luciano Héctor Souyris Basso, Gigliola Andrea Basso Barra, Antonio Ignacio Hernández Inostroza, Marcelo Barría Candell.

La enfermedad hemolítica perinatal (EHP) es una afección inmunológica aloinmune mediada por anticuerpos maternos, los cuales se dirigen contra glóbulos rojos fetales. Corresponde a una patología poco frecuente en Chile, debido a la pesquisa antenatal y profilaxis, pero con graves complicaciones en caso de no ser diagnosticada y/o tratada de forma oportuna. Su principal causa es la incompatibilidad del sistema ABO, luego Rh D y en tercer lugar, anticuerpos irregulares, donde anticuerpos anti-M son raros. Se presenta el caso clínico de una mujer de 30 años, múltipara de 2, embarazada de 16 semanas, con antecedente de un óbito fetal de 35 semanas de causa desconocida el año 2018, quien en esta ocasión se hospitaliza por cuadro recidivante de hepatitis autoinmune, en sus exámenes de laboratorio de ingreso destaca anticuerpos irregulares positivos: anti-M, reactivos a 37° clínicamente significativos. Se postula como probable causa de óbito fetal una incompatibilidad de anticuerpos sanguíneos no estudiada en su gestación previa.

Estudio de Caso

TL-57 PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO VESICAL: REPORTE DE UN CASO

Mario Alejandro Jarpa Segovia, Carla Francisca Montiel Gosthe, Caroline Valeska Brandau Soza, Gigliola Andrea Basso Barra, Antonio Ignacio Hernández Inostroza, Cristián Ignacio Millard Serón, Renato Cabello Eterovic, Pablo Guerrero Silva.

Se presenta el caso de una perforación de un divertículo vesical en un paciente de 88 años con antecedente de uropatía obstructiva (hiperplasia prostática benigna) y aneurisma de la Aorta abdominal infrarrenal, quien consulta por dolor intenso en hemiabdomen inferior. Por lo anterior se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, que demuestra colección líquida extraperitoneal en la excavación pelviana que se contrasta tras la administración de contraste a través de la sonda urinaria, identificando perforación vesical. Estos divertículos habían sido detectados en estudios previos. Se comenta el caso clínico, sus hallazgos en el TAC y breve revisión de la literatura.

Estudio de Caso

TL-58 TUMOR DE KLATSKIN: UN DIAGNÓSTICO USUALMENTE TARDÍO

María Paula Crespo Mendoza, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, María José Espinoza Tillería, Caroline Valeska Brandau Soza, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Jennifer Anne Green Muñoz, Jeanne Márquez Tuohy, Josefa Catalina Casanueva Escobar.

El colangiocarcinoma (CC) corresponde a un tumor que surge a partir de las células epiteliales de la vía biliar. Se caracteriza por ser poco frecuente, representando menos del 2% de los tumores malignos. La incidencia aumenta con la edad, siendo más frecuente posterior a la sexta década de vida. Puede ser clasificado en intrahepático, perihiliar y extrahepático, siendo el más común de estos el perihiliar, el cual abarca la confluencia de los conductos hepáticos principales, también llamado tumor de Klatskin. Se presenta el caso de una paciente de 71 años con antecedentes de DM II IR mal controlada, obesidad y colelitiasis, que consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 2 meses de evolución de epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho, tipo cólico, asociado a anorexia, vómitos biliosos e ictericia de mucosas. Sin fiebre, coluria ni acolia. En el laboratorio destacan glucosa 199 mg/dL, glutamato piruvato (GPT) 174 U/L, glutamato oxalacetato (GOT) 168 U/L, fosfatasas alcalinas (FA) 864 UI/L, Bilirrubina total 7,5 mg/dL. Hemograma, electrolitos y función renal normal. Ecografía abdominal evidenció vía biliar intra y extrahepática dilatadas, tomografía computada (TC) de abdomen con contraste endovenoso, que evidencia una tumoración en la bifurcación del conducto hepático común y múltiples metástasis hepáticas. Se drena vía biliar a través de un stent por colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. Se toma biopsia de tumoración, confirmando colangiocarcinoma, por lo que se deriva el caso a comité oncológico para decidir el manejo. El tumor de Klatskin es el subtipo más frecuente del colangiocarcinoma, y el tipo histológico más habitual del CC es el adenocarcinoma ductal bien diferenciado secretor de mucina. La mayoría de los CC no tienen una etiología conocida, pero existen factores de riesgo asociados, como la inflamación crónica del ductus biliar, colangitis esclerosante primaria, colelitiasis, etc. La presentación clínica es inespecífica, y en estadíos avanzados refieren dolor en hipocondrio derecho, anorexia, pérdida de peso, prurito, acolia, coluria e ictericia. Al laboratorio se identifica un patrón de ictericia obstructivo con aumento de FA, GOT y GPT. No existe ningún marcador tumoral específico, pero el CA 19-9 destaca por su alta sensibilidad. Las imágenes que apoyan al diagnóstico, estadificación y reseccabilidad son la ecografía abdominal, TC, la resonancia magnética (RM) y la biopsia. El tratamiento potencialmente curativo es la resección quirúrgica completa del tumor, pudiéndose aplicar a una minoría de los pacientes. La mayoría de los pacientes presentan prurito e ictericia al diagnóstico, por lo que el drenaje biliar preoperatorio está indicado. Es un tumor agresivo de pronóstico habitualmente infausto, con una reseccabilidad al diagnóstico del 47% y una supervivencia sin cirugía inferior a 12 meses, por lo cual es importante que como médicos generales hagamos un diagnóstico oportuno.

Estudio de Caso

TL-59 COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego René Carrasco Espina, Florencia Javiera Esther Carrera Flores, Yasna Cabello Muñoz, Catalina Larsen Apablaza, Carlos Andrés Carrasco Espina, Jaime Castillo Koch.

La colangitis esclerosante puede ser clasificada entre dos orígenes, separándose entre primaria o secundaria. La colangitis esclerosante primaria (CEP) es un trastorno crónico progresivo de etiología desconocida, caracterizado por inflamación, fibrosis y estenosis de conductos medianos y grandes en la vía biliar intrahepática y/o extrahepática. Por otra parte, la colangitis esclerosante secundaria (CES) es morfológicamente similar a la primaria, pero de un origen conocido, existiendo múltiples causas. Dentro de la etiología de CES se describe obstrucción biliar de larga data, trauma quirúrgico de la vía biliar e isquemia del árbol biliar. El diagnóstico se realiza mediante estudio imagenológico, donde se encontrará segmentos hepáticos intercalando dilatación y estenosis de la vía biliar, el cual puede asociarse a biopsia hepática, donde debe diferenciarse de CEP, la cual característicamente se observa infiltración de células mononucleares con necrosis asociada, puede existir patrón en “piel de cebolla” en un 25% de las biopsias de CEP. No existe un tratamiento específico el cual pudiese estandarizarse, siendo este enfocado en la etiología. En este caso se presenta una colangitis esclerosante secundaria donde se rescata el antecedente de colecistectomía laparoscópica, se realiza Colangiografía debido a dolor abdominal inespecífico de larga data de evolución progresiva, donde se observa dilatación del conducto VIII con presencia de litiasis, se realiza drenaje del segmento con prótesis, siendo no resolutivo de patología, por lo que posteriormente se realiza resección del segmento dilatado con posterior biopsia.

Estudio de Caso

TL-60 SÍNDROME DE MAYER – ROKITANSKY – KÜSTER – HAUSER: REPORTE DE CASO

María Paula Crespo Mendoza, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, Jennifer Anne Green Muñoz, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Ignacio Javier Correa Barría, María José Espinoza Tillería, Jeanne Márquez Tuohy, Andrés González Lártiga.

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKHS) es una anomalía congénita poco frecuente del tracto genital. Es la causa más frecuente de agenesia vaginal y la segunda de amenorrea primaria. Se produce por una alteración en el desarrollo de los conductos müllerianos, comprometiendo de forma parcial o total vagina y útero. Generalmente se hace el diagnóstico en la adolescencia por amenorrea primaria en mujeres fenotípicamente normales. Se presenta el caso de una paciente femenina de 15 años, sin antecedentes mórbidos y sin actividad sexual, que consulta por amenorrea primaria en centro médico. Fenotipo femenino, con desarrollo puberal acorde, genitales externos y caracteres sexuales secundarios normales (Tanner IV). Se solicitó laboratorio (pruebas tiroideas, hormona foliculoestimulante, hormona luteinizante y estradiol: normales), edad ósea (concordante con edad cronológica) y ecografía abdominopélvica (agenesia uterina). Dado hallazgo ecográfico, se pide Resonancia Magnética (RM) de pelvis, que evidencia agenesia uterina con canal vaginal atrésico y ovarios morfológicamente normales. Se explica diagnóstico a familia y paciente, decidiendo posponer tratamiento hasta los 18 años con dilatadores vaginales. En este caso, la amenorrea fue el motivo de consulta, pero puede asociarse a otras anormalidades (hasta 40% urológicas y 10% óseas, entre otras). Las pruebas endocrinológicas son normales y la confirmación es imagenológica, mediante ecografía transabdominal o, ante dudas, mediante uso de RM. La imagen evidencia atresia vaginal y un útero rudimentario o ausente, con ovarios funcionantes. El tratamiento es multidisciplinario y apunta a la creación de una vagina funcional, ya sea con dilatadores vaginales o cirugía. En conclusión el MRKHS es una patología poco frecuente, que requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico, confirmándose con imágenes. El tratamiento puede ser quirúrgico o no. Es importante un manejo interdisciplinario por el impacto psicosocial de la patología, tanto para la paciente como para la familia.

Estudio de Caso

TL-61 TUBERCULOSIS MILIAR Y MENÍNGEA CONCOMITANTE EN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO INUSUAL

Dra. Claudia Vásquez Walter, Rodrigo Oliveira Castilho, Dr. Miguel Yacoub Tahhan, Felipe Vásquez Walter, Bárbara Scheel Porflit, Javiera Silva Allendes.

La tuberculosis (TBC) es una infección contagiosa causada por una bacteria llamada "mycobacterium tuberculosis" que es transmitida por aire a través de secreciones de pacientes infectados y con enfermedad activa, pudiendo comprometer y diseminarse a distintos órganos. La principal presentación de la tuberculosis es la infección primaria, pero en una cantidad pequeña de personas infectadas cuyo sistemas inmunitarios no logran contener eficazmente esta infección puede dar tuberculosis severas y graves como la TBC miliar o meníngica, siendo la sospecha clínica clave en el diagnóstico para evitar secuelas graves e incluso la muerte. Se presenta el caso de un paciente joven de 23 años de sexo masculino, sin antecedentes mórbidos pero con conductas de riesgo significativas para afección de su inmunocompetencia. El paciente consulta por cuadro agudo de gran compromiso del estado general y alteración neurológica que evoluciona con falla ventilatoria. El gran compromiso sistémico en conjunto con resultados de exámenes de laboratorio y punción Lumbar sugieren posible caso de diseminación de Tuberculosis, el cual es confirmado mediante baciloscopia e Imágenes, diagnosticándose TBC miliar y Meníngica concomitante. A pesar del estudio y detección precoz del origen, la repercusión sistémica de la infección diseminada de la TBC evidencia múltiples secuelas neurológicas severas que conllevan a la postración y dependencia severa. Hoy en día, el descenso en la incidencia de la TBC en los últimos años ha conllevado a la omisión de esta patología como sospecha diagnóstica, siendo que aún sigue siendo un motivo frecuente de fiebre de origen desconocido, compromiso del estado general y respiratorio. Es de suma importancia reconsiderar su existencia y más aún, evocar la sospecha de presentación diseminada al estar frente a un cuadro severo de compromiso de estado general, alteración del estado neurológico y/o falla respiratoria, pues esto podría en algunos casos, disminuir secuelas severas e incluso evitar la muerte.

Estudio de Caso

TL-62 RABDOMIOMA FETAL: REPORTE DE UN CASO

Francisca Antonia Álvarez Riffo, Gabriela Beatriz Araya Ordenes, Gigliola Andrea Basso Barra, Antonio Ignacio Hernandez Inostroza, Juan Pablo Kuhn Barros, Alejandro Enrique Álvarez Jara.

Los tumores cardiacos fetales suelen ser de carácter benigno, y dentro de estos encontramos los Rabdomiomas cardiacos como el tipo mas frecuente. Este se asocia a esclerosis tuberosa, lo cual es importante ya que pueden presentar manifestaciones neurológicas durante la infancia por lo que pueden requerir tratamiento médico con anticonvulsivantes y se mantienen en seguimiento neurológico y cardiológico. En relación a este tema se presentará a continuación un caso de una embarazada de 33 años con antecedente obstétricos de gesta dos y para uno, y con antecedente de obesidad IMC 32, cursando un embarazo de 33 semanas, que es derivada con diagnostico de síndrome de parto prematuro y derrame pericárdico para evaluación en unidad de Exploracion Fetal. En esta se documenta una biometría fetal acorde a 33 semanas creciendo en percentil 60 y se realiza ecocardiograma fetal donde en visión de cuatro cámaras se aprecia normal en orientación y tamaño, y presenta tres tumores cardiacos hiperecogénicos que en base a hallazgos ecográficos se catalogan como Rabdomiomas cardiacos, y uno de los tumores obstruye 90% del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Además, presenta dos comunicaciones interventriculares musculares pequeñas, y el resto de la anatomía fetal es normal. Finalmente se indica su traslado a nivel terciario para evaluación y manejo debido a la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo

Estudio de Caso

TL-63 REPORTE DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO A CAUSA DE SÍNDROME DE BOERHAAVE EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME HIPEROSMOLAR HIPERGLICÉMICO

Fernanda Nicole Millard Serón, Nerea Otondo Otondo, Nicolás Andrés Rojas Van Bladel, Rodrigo Alonso Domínguez Castillo.

La perforación esofágica o síndrome de Boerhaave es una patología poco frecuente pero la más grave dentro de las patologías del tracto digestivo, con un índice de mortalidad superior al 30%, por lo que sospecharla y hacer un diagnóstico acertado cobra gran relevancia en el manejo de estos pacientes y en su supervivencia. El diagnóstico suele retrasarse debido a su presentación inespecífica. Suele presentarse tras vómitos forzados, comidas abundantes o accesos de tos, como dolor torácico o abdominal y suele confundirse con otros diagnósticos que tienden a descartarse primero, no siendo necesariamente igual o más graves. A continuación se presenta el caso de una paciente diabética tipo II que consulta en SU por cuadro de CEG y vómitos profusos asociado a una complicación aguda de su patología de base, posterior a lo cual evoluciona con dolor torácico diagnosticándose luego del estudio correspondiente un síndrome de Boerhaave.

Estudio de Caso

TL-64 TUMOR ESTROMAL DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO (STUMP): A PROPÓSITO DE UN CASO

Catalina Alvear Muñoz, Mario Andrade León, Fernanda Bahamonde Goldberg, Antonio Hernández Inostroza, Gabriela Araya Ordenes, Manuel Uarac Del Rio, Dr. Pablo Guerrero Silva.

TUMOR ESTROMAL DE POTENCIAL MALIGNO INCIERTO (STUMP): A PROPÓSITO DE UN CASO Los Tumores estromales de potencial maligno incierto (STUMP) son una proliferación de epitelio mesenquimático, específicamente de células fusadas estromales, con capacidad de infiltrar epitelio glandular prostático. Son extremadamente infrecuentes, con escasa evidencia publicada. Su nombre radica en el comportamiento clínico incierto, pudiendo presentarse como una enfermedad local benigna hasta una patología maligna con diseminación. Su presentación es similar a la del adenocarcinoma de próstata, con síntomas de uropatía obstructiva baja o hematuria, dificultando el diagnóstico, el cual se realiza con biopsia. No existe consenso de manejo en la literatura actual, describiendo desde manejo conservador (seguimiento estricto) hasta un enfoque quirúrgico radical. Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años sin antecedentes mórbidos, que consulta en servicio de urgencias en Julio 2020 por episodio de retención aguda de orina. Se decide instalar sonda foley, se realiza estudio complementario y se descarta infección de tracto urinario o prostatitis aguda en evolución. Es derivado a urología, en anamnesis destaca presencia de latencia, chorro miccional débil, polaquiuria y goteo post miccional, asociado a un antígeno prostático específico (APE) de 8.77 ng/ml. Se complementa estudio con Ecografía vesico-prostática que revela próstata de 110 cc, con lóbulo medio prominente y residuo postmiccional de 100 cc. Se decide realizar biopsia prostática transrectal cuyo informe anatomopatológico evidencia STUMP. Además, se realiza estudio de diseminación resultando negativo. Dado la escasez de evidencia y reportes de caso publicados, teniendo en consideración el potencial maligno asociado, se decidió un abordaje quirúrgico radical. Es sometido a prostatectomía radical robótica asociada a Linfadenectomía ilio-obturatriz. Biopsia postoperatoria confirma STUMP. Actualmente paciente asintomático desde el punto de vista urinario, APE 0,007 ng/ml, se mantiene en control con Urología. Debido a lo poco frecuente de la patología y por su comportamiento clínico impredecible se presenta el caso mencionado, destacando la importancia de considerarlo como diagnóstico diferencial ante un tumor prostático.

Estudio de Caso

TL-65 SÍNDROME DE BROWN SÉQUARD EN PACIENTE CON HERIDA CORTOPUNZANTE CERVICAL: REPORTE DE UN CASO

Nicolás Andrés Rojas Van Bladel, Luis Felipe Veas González, Nerea Otondo Otondo, Alfredo Bayer Soto.

El síndrome de Brown Séquard o hemisección medular es una entidad poco frecuente, con una incidencia anual en Chile de entre 11,5 y 53,4 casos cada 1.000.000 de personas. Dentro de las lesiones medulares incompletas es de las que cursa con mejor pronóstico para el paciente por lo que su adecuado diagnóstico y tratamiento son fundamentales. En este síndrome se observa interrupción de las vías ascendentes y descendentes de la médula de causa traumática o no traumática, siendo los niveles más afectados el cervical medio-bajo y la unión toracolumbar. Se puede observar en estos pacientes pérdida de la función motora ipsilateral, pérdida de la sensibilidad profunda y de la propiocepción y pérdida de la sensibilidad termoalgésica contralateral por afección de los tractos motores ipsilaterales, cordones posteriores y tracto espinotalámico. A continuación se presenta el caso de un paciente de sexo masculino y 37 años, reo, que sufre una puñalada en región cervical a la altura de C8 evolucionando con el síndrome en cuestión asociado a un síndrome de Claude Bernard Horner.

Estudio de Caso

TL-66 FÍSTULA QUILOSA CERVICAL COMO COMPLICACIÓN DE TIROIDECTOMÍA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA

Gigliola Andrea Basso Barra, Antonio Ignacio Hernández Inostroza, Luciano Héctor Souyris Basso, Catalina Isidora Alvear Muñoz, Francisca Antonia Álvarez Riffo, Natalia Nicole Méndez Román, Cristian Gallegos Caro.

FÍSTULA QUILOSA CERVICAL COMO COMPLICACIÓN DE TIROIDECTOMÍA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA Basso Barra, G. (1), Hernández Inostroza, A. (1), Souyris Basso, L. (1), Alvear Muñoz, C. (1), Álvarez Riffo, F. (1), Jarpa Segovia, M. (1), Gallegos Caro, C. (2) (1) Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae (2) Cirujano, Hospital San José ABSTRACT En el cáncer de cuello, la resección quirúrgica del tumor y linfadenectomía cumplen un rol importante en la etapificación y tratamiento de la patología. Dentro de las complicaciones de estas intervenciones está la lesión del conducto torácico con la subsecuente formación de fístulas. La fístula quillosa (FQ) se puede presentar en el 1 a 2.5% de las intervenciones de cuello, altamente correlacionado con cirugía de cáncer tiroideo. Se presentara un caso una paciente de sexo femenino de 20 años, cursando embarazo de 22 semanas, en exámenes rutinario presenta la hormona tiroestimulante (TSH) disminuida, junto a ecografía de tiroides que evidencia lesión en lóbulo tiroideo derecho. En la biopsia se detecta un Cáncer papilar. Tras la tiroidectomía con linfadenectomía, evoluciona con drenaje por la herida de quilo hasta 1840cc. Por lo que se realiza cervicotomía donde se observa sección del conducto torácico, realizándose ligadura. A pesar de que la FQ es una complicación poco común, debe ser considerada en todas las disecciones del cuello dado que el quilo tiene Ph alcalino, así generando un proceso inflamatorio en el sitio operatorio, además las pérdidas de electrolitos, glucosa y ácidos grasos por la fístula, se traducen en trastornos hidroelectrolíticos y desnutrición, aumentando la estadía hospitalaria y la morbi-mortalidad. El manejo inicial es conservador, con dieta o tratamiento farmacológico, siendo de segunda línea el manejo quirúrgico. Palabras clave: Tiroidectomía, fístula quillosa, quilo, cáncer tiroideo.

Estudio de Caso

TL-67 HERNIA OBTURATRIZ COMPLICADA TIPO RICHTER: REPORTE DE UN CASO

Antonio Ignacio Hernández Inostroza, Gigliola Andrea Basso Barra, Luciano Héctor Souyris Basso, Francisca Antonia Álvarez Riffo, Carla Francisca Montiel Gosthe, Mario Alejandro Jarpa Segovia, Daniel Patricio Cifuentes Munzenmayer.

HERNIA OBTURATRIZ COMPLICADA TIPO RICHTER: REPORTE DE UN CASO Hernández Inostroza, A. (1), Basso Barra, G. (1), Souyris Basso, L. (1) Álvarez Riffo, A (1), Montiel Gosthe, C. (1), Jarpa Segovia, M. (1) , Cifuentes Munzenmayer, D (2) (1) Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae (2) Cirujano, Hospital San José ABSTRACT La hernia obturatriz es un tipo raro de hernia, que usualmente se presente en mujeres de avanzada edad y delgadas, ocurre por el paso de los órganos abdomino pélvicos a través del foramen obturador, clínicamente se manifiesta en un 90% como obstrucción intestinal aguda o subaguda sin otra sintomatología característica, esto sumado a que es una patología poco común retrasa el diagnóstico y manejo. El TC de abdomen y pelvis contrastado es el examen de elección para estos pacientes y la resolución es con cirugía, generalmente abordaje por laparotomía media ya que es usual la recepción por necrosis. En este caso presentamos a una paciente de sexo femenino 75 años, hipertensa y con historia de histerectomía, consulta por un cuadro sugerente de obstrucción intestinal, taquicárdica, con tendencia a la hipotensión, sin signos de complicación al examen físico, se realiza TC de Abdomen y pelvis que muestra signos de oclusión intestinal por hernia obturatriz con imágenes sugerentes de complicación, se realiza laparotomía media identificando un asa de íleon terminar estrangulada tipo Richter la cual es reseca, realizando anastomosis termino terminal y cerrando el defecto obturatriz con puntos separados de Prolene®. Palabras clave: Hernia obturatriz, Hernia de Richter, Obstrucción intestinal.

Estudio de Caso

TL-68 REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE WELLENS COMO PRESENTACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTE CON PUENTE MIOCÁRDICO

Johnny Francisco Astele Basaez, Fernanda Nicole Millard Serón, Nerea Otondo Otondo, Carlos Romero Castro.

El síndrome de Wellens es una forma de presentación del síndrome coronario agudo que se da en 18% estos casos. Se asocia habitualmente a estenosis de la ADA por lo que es de suma relevancia poder identificarlo y tratarlo precozmente para evitar evolución a IAM, que se da en el 75% de los casos en que este síndrome no es enviado a angiografía precoz. Su diagnóstico es difícil y requiere de alta sospecha clínica y cuenta con dos variables y respectivos criterios diagnósticos. Por otro lado los puentes miocárdicos son una anomalía congénita en que un puente de fibras musculares cardíacas recubre un trayecto variable de una arteria coronaria, generalmente la ADA. Son relativamente frecuentes y de curso benigno en la población general, sin embargo cuando es sintomático se puede manifestar como angina estable, inestable o incluso provocar IAM o muerte súbita de origen cardíaco, siendo los dos últimos los menos frecuentes. A continuación se presenta el caso de un paciente sin antecedentes cardiovasculares que acude a SU por un SCA cuyo ECG evidencia un síndrome de Wellens y posteriormente mediante coronariografía se diagnostica la presencia de un puente miocárdico en el segmento medio de la ADA, como único causante de su sintomatología.

Estudio de Caso

TL-69 OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) EN PACIENTE CON CO-INFECCIÓN SARS-COV-2 Y VIRUS HANTA.

Francisca Antonia Álvarez Riffo, Javier Mora Pineda, Rodrigo Díaz Gómez, Roberto Castillo Rohland, Jorge Rufs Bellizzia, Christian Fajardo Jara, Francisca Selman Musalem, Natalia Seguel Galdames.

La Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) es una técnica de soporte circulatorio y/o respiratorio en pacientes graves con mortalidad de 70 a 80%, reduciéndola hasta un 30 a 40%. Durante la pandemia COVID-19 ha sido ampliamente usada en el mundo en su presentación con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). En el presente trabajo se reporta un caso que requirió ECMO por co-infección SARS-CoV2, virus Hanta y Adenovirus en Clínica Las Condes (Santiago, Chile). Se trata de un paciente masculino de 46 años, con contacto estrecho reciente de COVID-19 e inicio de síntomas 2 días previos a la consulta. Tomografía Axial Computada (TAC) de tórax inicial con ventana pulmonar sugerente para COVID-19 y prueba de Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR) para SARS-CoV2 positiva. Evoluciona con deterioro del intercambio gaseoso rápidamente progresivo, requiriendo Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en posición prono, siendo refractario a las medidas de soporte ventilatorio, persistiendo con relación de Presión Arterial de Oxígeno / Fracción Inspirada de Oxígeno (PaFi) menores a 90, cayendo hasta valores de 80, por lo que requiere soporte ECMO Venovenoso (VV) a los 12 días de hospitalización y 1 de VMI, mediante canulación periférica de extracción en Vena Femoral Derecha y retorno en Vena Yugular Derecha, el que se realiza bajo la modalidad de "rescate-ECMO" desde el Hospital de Puerto Montt a Clínicas Las Condes vía aérea. Debido a su evolución, se realizan estudios de lavado bronquio alveolar resultando además positivo para Adenovirus y serología IgM para virus Hanta (confirmado). Se describe el enfrentamiento terapéutico y evolución de este paciente (aún hospitalizado a la fecha de presentación de este trabajo, con evolución favorable); la experiencia nacional de un centro ECMO de excelencia ELSO (Extracorporeal Life Support Organization) en el manejo de más de 70 pacientes COVID-19 (50 rescates-ECMO) con sobrevida global de 65%; y finalmente, se realiza una revisión de la literatura en el uso de ECMO en estos pacientes, que en particular requieren más flujo de circulación de soporte y que son un desafío para los equipos ECMO en los diferentes centros, con énfasis en la presentación clínica de la co-infección COVID-19 y virus Hanta, no publicado hasta la fecha de este trabajo.

Estudio de Caso

TL-70 FOLICULITIS DECALVANTE ASOCIADA A LIQUEN PLANO PILARIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Valentín Zavala Ovalle, Manuel Antonio Uarac Del Río, Carolina Belén Poblete Campos, Juan Pablo Khun Barros, Valentina Montenegro Cerda, Andrés Muñoz Espinoza, Robinson Eduardo Guerrero Araya, Ana María Bastías Álvarez.

Paciente de 43 años, sexo femenino, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, en seguimiento por cuadro de 9 años de evolución caracterizado por caída progresiva de pelo en zona parietooccipital, sin referir otras lesiones ni síntomas. Al examen físico destaca lesión queiloide en región occipital, asociada a foliculitis de la misma zona. Dentro del estudio, en 2011 se realizó biopsia de cuero cabelludo hallazgos compatibles con foliculitis decalvante. Se realiza una nueva biopsia en 2016 con hallazgos compatibles con liquen plano pilar. Paciente ha recibido una variedad compleja de tratamientos durante los años con distintos grados de respuesta y recidiva de enfermedad, incluyendo antibióticos tópicos, corticoides tópicos e inyectables, hidroxiclороquina y otras terapias utilizadas para combatir la alopecia. El paciente ha presentado dos tipos de alopecia cicatricial: foliculitis decalvante (FD) y liquen plano pilar (LPP). La FD es una patología poco frecuente, que afecta a jóvenes y personas en edad media, con predominio en hombres y corresponde a aproximadamente el 11% del espectro de las alopecias cicatriciales. Afecta al vertex y región occipital, y se caracteriza por placas alopécicas con borde activo de foliculitis papulo-pustular. Su etiología es desconocida, viendo asociación a *S. aureus*. En cambio el LPP es una patología más prevalente, que afecta a mujeres de edad media, con etiología desconocida y componente autoinmune, caracterizada por placas de alopecia con eritema perifolicular e hiperqueratosis folicular que coalescen formando placas más grandes. La alopecia es un problema infradiagnosticado en los estudios de calidad de vida. Nuestro paciente ha presentado dos tipos de alopecia de difícil manejo, que ha requerido múltiples evaluaciones, incluyendo biopsias de cuero cabelludo compatibles para FD y luego LPP, por lo que es evidente que existen patologías mixtas que requieren expertos para llegar a diagnósticos definitivos y tratamiento específico oportuno para lograr adecuada respuesta y regresión de estas.

Estudio de Caso

TL-71 REPORTE DE UN CASO: CEFALEA SECUNDARIA A DISECCIÓN VERTEBRAL EN PACIENTE ADULTO.

Constanza Astorga Díaz, Camila Avendaño Olivari, Dominique Hadad Plate, Catalina Alvear Muñoz, Eugenio Donaire Vera.

El enfrentamiento de cefaleas en el servicio de urgencias es un desafío para el personal médico, ya que a pesar de su alta frecuencia y su frecuente carácter primario y benigno, puede ser el síntoma cardinal de patologías que son una amenaza para la vida del paciente. Es por esto la importancia de la evaluación de banderas rojas al momento de enfrentarse a este frecuente motivo de consulta. Presentamos el caso de una paciente femenina de 43 años que consulta por cefalea con banderas rojas, que mediante estudio dirigido con AngioTC de cabeza y cuello, se diagnostica disección espontánea de arteria vertebral izquierda. La disección espontánea de la arteria vertebral (AV) hace referencia a la disección de la AV que no implica un traumatismo contundente o penetrante como factor predisponente.

Estudio de Caso

TL-72 TORSION TESTICULAR INCOMPLETA, PERSISTE Y VIABILIDAD TESTICULAR: REPORTE DE UN CASO

María Pía Troncoso Morgado, Antonia Leniz Maritano, María Antonia Horta Rivera, Hernan Villalon Urrutia.

Introducción La torsión testicular aguda es la causa más importante de dolor escrotal agudo dentro de los primeros 25 años de vida. Existen torsiones testiculares completas, parciales e intermitentes, que se clasifican según los grados de rotación del cordón espermático y la duración del dolor, siendo las dos últimas formas clínicas un verdadero desafío diagnóstico. **Objetivos** Presentamos un caso clínico de dolor escrotal agudo de larga duración debido a torsión testicular incompleta y testículo viable. **Caso** Escolar de 10 años, consulta por orquialgia y vómitos. No se diagnostica torsión y se indica tratamiento analgésico. Ante persistencia del dolor consultó a los 25 días, se realizó una ecografía Doppler que mostró flujo vascular disminuido en testículo y epidídimo y cordón con signo de remolino. La cirugía inmediata muestra testículo viable torcido a 270 °. **Discusión** Las primeras 6-8 horas de presentación son cruciales para la viabilidad testicular. Sin embargo, existen casos reportados con dolor recurrente de larga duración, o con más de 24 horas y testículos aparentemente viables, que presentan necrosis y orquiectomía tardía. Presentamos un caso de torsión incompleta persistente, que supera los tiempos reportados, y un testículo vital. La ecografía Doppler es concluyente en ausencia de flujo, y en su presencia se debe analizar el cordón y la simetría de los flujos con el contralateral **Conclusión** En todo dolor escrotal agudo debe descartarse la torsión testicular en todas sus formas: completa, intermitente e incompleta, utilizando todos los medios diagnósticos disponibles.

Estudio de Caso

TL-73 ESTATUS EPILEPTICO EN PACIENTE CON SINDROME DE OVERLOP (LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDEA): PRESENTACIÓN DE UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE HIPONATREMIA INDUCIDA POR ANTIHIPERTENSIVOS

Pablo Antonio Garrido Romero, Felipe Ignacio Yevenes Vejar, Sebastian Ignacio Moreno Torrejón.

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico (LES) es el prototipo de enfermedad autoinmune con una gran heterogeneidad de manifestaciones, siendo el compromiso del sistema nervioso central una de las principales causas de morbimortalidad. Manifestaciones comunes (incidencia acumulada mayor a 5%) incluyen ataques cerebrovasculares y convulsiones. Las crisis epilépticas presentan mayor frecuencia en pacientes con LES que en la población general (OR 4,0). La mayoría son episodios únicos, siendo la recurrencia poco frecuente (12-22%). Diferentes factores se han asociado con mayor presencia de crisis epilépticas en LES, como la actividad lúpica con SLEDAI > 15 (OR 3,2 IC 95%). Para su evaluación y clasificación se debe conocer la semiología de la crisis, lo que permite un enfoque terapéutico, así como realizar el diagnóstico diferencial con síncope, histeria, hiperventilación, narcolepsia, abstinencia de alcohol, drogas de abuso, hemorragia subaracnoidea, medicamentos como quinolonas e imipenem, trauma, hipoglucemia, hiponatremia o trastornos conversivos. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer 52 años con antecedentes de síndrome de overlap: artritis reumatoide/ LES y estudios de nefritis lúpica en HRR, en tratamiento con metotrexato/prednisona/micofolato/hidroclorotiazida es traída por SAMU, acompañada de sus familiares quienes refieren historia de 3 días de fluctuaciones en valores de presión arterial (PAS peri 80-180) asociado a lumbago y disuria, evoluciona con convulsión tónico - clónica generalizada de corta duración. Evaluada por medico en domicilio se indica observación, posteriormente estuvo desorientada, amnesia, bradilalica y con paresia de extremidades superiores e inferiores, horas después evoluciona con nueva convulsión tonico-clonica generalizada de 40 minutos por lo que se solicita servicio SAMU. Se administra midazolam IM yugulando estatus convulsivo y decidiendo traslado a hospital de san Fernando. Al ingreso paciente evoluciona en malas condiciones generales, somnolienta, estuporosa, Glasgow 10/15, sledai 26 ptos. En contexto de probable crisis convulsiva como debut de lupus eritematoso sistémico, se rescata por familiares antecedente de consumo desregularizado y prolongado de antihipertensivo hidroclorotiazida en forma intermitente y en dosis altas sin supervisión de médico. Laboratorios: Parámetros inflamatorios (-), Na:107 k:2.6 cl:88 Ante sospecha de hiponatremia severa por antihipertensivos se ingresa a UTI para manejo médico. **DISCUSIÓN:** La primo convulsión en contexto de Lupus eritematoso sistémico es un fenómeno relativamente frecuente, su importancia clínica radica en el impacto en la mortalidad y el daño orgánico. Sin embargo, a la hora de la orientación diagnóstica y terapéutica es necesaria la sospecha clínica y una anamnesis detallada en los antecedentes de uso no regularizado de antihipertensivo como en el caso expuesto, con el objetivo de poder plantear como hipótesis diagnostica la hiponatremia inducida por antihipertensivos.

Estudio de Caso

TL-74 FIBROSIS QUÍSTICA EN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO

Carolina Belén Poblete Campos, Valentina Jesús Montenegro Cerda, Javiera Jael Ramírez Araya, Valeria Andrea Véliz Rojas, Dennise Alejandra Vera Hinojosa, Dr. Martín Vidal Castillo.

FIBROSIS QUÍSTICA EN LACTANTE: REPORTE DE UN CASO PALABRAS CLAVE: Fibrosis quística (FQ), mutación CFTR
INTRODUCCIÓN: La fibrosis quística es una enfermedad genética y hereditaria autosómica recesiva diagnosticada principalmente en la infancia, causada por mutaciones en el gen que codifica una proteína reguladora de la conductancia trans-membrana del cloro (CFTR), impidiendo su excreción al lumen. Las glándulas mucosas afectadas elaboran secreciones excesivamente viscosas en pulmones, pancreas, hígado, intestino y órganos reproductores, generando diversa sintomatología. El diagnóstico se confirma con test de sudor CI \geq 60 mmol/L o \geq 2 mutaciones de CFTR en estudio genético ampliado. El tratamiento debe ser precoz, multidisciplinario y debe incluir KNT respiratoria permanente y dieta adecuada. La sobrevida promedio son 24 años **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Lactante de 2 meses de sexo femenino, sin antecedentes mórbidos, RNT parto vaginal sin complicaciones, AEG, sin patologías durante embarazo. Acude a control sano donde se constata lento ascenso ponderal, tos intermitente y deposiciones esteatorreicas. Se solicita test de sudor que resulta en 51 por lo que se pide un estudio genético ampliado que informa 3 mutaciones de CFTR, confirmando el diagnóstico de FQ. Se deriva para inicio de tratamiento multidisciplinario. **DISCUSIÓN:** La gravedad de la FQ depende del nivel de actividad de CFTR, existiendo formas leves hasta formas graves que alcanzan tempranamente la insuficiencia respiratoria y el grado terminal. El cuadro clínico clásico incluye tos productiva persistente, neumonías recurrentes, sibilancias, congestión nasal crónica, mala absorción de grasas y proteínas manifestada por esteatorrea y retraso pondoestatural. El diagnóstico se basa en la clínica sugerente, antecedentes familiares, test del sudor y estudio genético. Si el test de sudor resulta en valores limítrofes (CI: 30-60) se debe hacer un estudio genético ampliado para confirmar el diagnóstico como fue requerido en este caso, donde se encontraron 3 mutaciones de CFTR.

Estudio de Caso

TL-75 FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR: REPORTE DE UN CASO

Carolina Belén Poblete Campos, Valeria Andrea Véliz Rojas, Javiara Jael Ramírez Araya, Dr. Martín Vidal Castillo.

FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR: REPORTE DE UN CASO PALABRAS CLAVE: Fístula colovesical, enfermedad diverticular **INTRODUCCIÓN:** Las fístulas son comunicaciones anormales entre dos superficies epitelizadas. Las fístulas gastrointestinales son de etiología variable y generalmente derivan de procesos inflamatorios. La fístula colovesical es rara, siendo la que se origina en el sigmoides generalmente secundaria a enfermedad diverticular. La diverticulitis es una emergencia intestinal frecuente que se presenta con abdomen agudo, con una tasa de formación de fístulas de alrededor del 14% después de un episodio de diverticulitis aguda, siendo su presentación clínica clásica la fecaluria y neumaturia. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 60 años con antecedentes de enfermedad diverticular y tumorectomía vesical por tumor benigno. Consulta por cuadro de 2 meses de neumaturia y fecaluria asociado a infecciones urinarias recurrentes. TC abdomen-pelvis informó fístula colovesical asociado a engrosamiento parietal del sigmoides y de pared anterolateral izquierda del domo vesical. Se decidió resolución quirúrgica abierta con resección de sigmoides con colorrectoanastomosis, rafia de defecto vesical e ileostomía proximal descompresiva. **DISCUSIÓN:** Las fístulas son una complicación poco frecuente en enfermedad diverticular sin embargo engloban el 17-27% de las cirugías realizadas en esta enfermedad. La localización colovesical es la más frecuente (40-90% de casos) y de predominio masculino. El estudio se debe realizar con TC, colonoscopia y cistoscopia en caso de sospecha de malignidad. Estudios han demostrado que hasta 75% de pacientes con fístula colovesical no tratados quirúrgicamente morirán por complicaciones sépticas, por lo que el tratamiento es quirúrgico exceptuando contraindicaciones, mediante resección del intestino comprometido y anastomosis primaria. Esta intervención es un gran desafío quirúrgico al no estar exenta de complicaciones intra y post operatorias hasta en 45% de los casos, como es el caso de este paciente que post operado presentó isquemia intestinal difusa con múltiples perforaciones intestinales y peritonitis difusa, fuera de alcance quirúrgico con desenlace fatal a corto plazo.

Estudio de Caso

TL-76 VALVAS URETRALES POSTERIORES EN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO

Carolina Belén Poblete Campos, Javiera Jael Ramírez Araya, Manuel Antonio Uarac Del Río, Valeria Andrea Véliz Rojas, Dr. Martín Vidal Castillo.

VALVAS URETRALES POSTERIORES EN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO PALABRAS CLAVE: Valvas uretrales posteriores (VUP) **INTRODUCCIÓN:** Las valvas uretrales posteriores son malformaciones congénitas de la uretra masculina, muy poco frecuentes, con origen embriológico heterogéneo que resulta en un desarrollo exagerado de los repliegues uretrovaginales originando valvas circunferenciales a nivel de la uretra que obstruyen el lumen, generando reflujo vesicoureteral y displasia renal secundaria. En muchos casos existe daño renal desde el nacimiento, y determina la aparición de una enfermedad renal crónica (ERC) terminal hasta en un 8% de los pacientes. La disfunción del tracto urinario inferior condiciona secuelas como aparición de infecciones recurrentes e incontinencia urinaria. En la actualidad, en los países con mejor acceso a salud, en la mayoría de los casos el diagnóstico es prenatal, sin embargo, la incidencia de ERC y alteraciones de la función vesical no parece haber variado. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 30 años, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo de 38 semanas, con estudios previos normales. Se realizó ecografía obstétrica que evidenció feto único, vivo, masculino, con marcada dilatación ureteral pélvica y calicial bilateral, vejiga llena con engrosamiento de la pared, líquido amniótico levemente disminuido para la edad gestacional. Se sospechó obstrucción a nivel distal uretral y se realizó el diagnóstico presuntivo de valva uretral posterior. Se programó cesárea a las 40 semanas, sin complicaciones. En período de recién nacido (RN) se llevó a cabo el estudio confirmatorio con cistouretrografía miccional que mostró dilatación y elongación de uretra posterior durante la fase de evacuación, además se solicitó cistoscopia donde se visualizó las valvas uretrales posteriores en la uretra bulbar. Con lo anterior se confirmó el diagnóstico de VUP y se realizó manejo quirúrgico con resección transuretral en el periodo de RN sin complicaciones. **DISCUSIÓN:** Las valvas uretrales condicionan una obstrucción al flujo anterógrado, pero permiten el flujo retrógrado. Suelen asociarse a otras malformaciones, aproximadamente en un 50% de los casos, que pueden ir desde reflujo vesicoureteral y disgenesia renal hasta hipoplasias pulmonares, comunicación interauricular e hidrotórax. Se puede sospechar su presencia en estudio ecográfico prenatal, como es lo más habitual, o en controles sanos durante la edad pediátrica por clínica que se produce derivada de la uropatía obstructiva. El diagnóstico postnatal se confirma mediante cistouretrografía miccional y cistoscopia que muestran los hallazgos característicos expuestos en este caso. Al ser una malformación compleja y con variables presentaciones clínicas, el tratamiento depende del caso y es individualizado, pero en general es un manejo quirúrgico con resección de las valvas.

Estudio de Caso

TL-77 ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA TRICUSPÍDEA NATIVA: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Rocío Holzapfel San Martín, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Caroline Valeska Brandau Soza, Andrés Gabriel Muñoz Espinoza, Gabriela Beatriz Araya Órdenes, Valentina Jesus Montenegro Cerda, María Consuelo Palomo Bartolotti, Juan G. García Schreiner.

La Endocarditis infecciosa de cámara derecha (EICD) es una patología poco común, caracterizada por una clínica variable y diagnóstico dificultoso y tardío. La incidencia de esta patología en pacientes sin factores de riesgo es rara. A continuación, se presenta el caso de una mujer de 30 años, sin factores de riesgo conocidos, en el contexto de un síndrome febril de origen no especificado. En el caso presentado se evidencia la importancia de una alta sospecha clínica de esta patología y diagnóstico precoz, dado su alta tasa de respuesta a la terapia antibiótica adecuada, incidiendo en la disminución de las complicaciones y necesidad de cirugía, logrando tasas de mortalidad bajas.

Estudio de Caso

TL-78 SINDROME DE DIGEORGE: REPORTE DE UN CASO

Carolina Belén Poblete Campos, Javiera Jael Ramírez Araya, Juan Valentín Zavala Ovalle, Juan Pablo Kuhn Barros, René Arturo Soto Hernández, Dr. Martín Vidal Castillo.

SINDROME DE DIGEORGE: REPORTE DE UN CASO PALABRAS CLAVE: Síndrome de delección 22q11, Síndrome DiGeorge
INTRODUCCIÓN: El Sd. DiGeorge es una entidad incluida en el Sd. De delección 22q11, la alteración genómica más frecuente en humanos, que incluye variedad de fenotipos clínicos, siendo el más grave el Sd. DiGeorge que incluye implantación baja de orejas, filtrum corto, paladar hendido, telecantus con fisuras palpebrales cortas, hipocalcemia por hipoplasia paratiroidea, defectos en el tracto de salida del corazón (ej. Tetralogía de Fallot), déficit inmunológico principalmente de células T por hipoplasia del timo, retardo del desarrollo, tetania, convulsiones, entre otras manifestaciones. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Recién nacido de término de sexo femenino, AEG, parto vaginal sin complicaciones, sin patologías durante embarazo, Apgar 9/10. Acude a SU a los 15 días de vida por crisis de apneas frecuentes durante lactancia, al examen físico se constata fisura paladar blando grande, y en laboratorio general destaca hipocalcemia e hiperfosfemia. Se sospecha genopatía por lo que se solicita estudio citogenético molecular (FISH) que mostró microdelección en 22q11 confirmando el diagnóstico de Síndrome DiGeorge. **DISCUSIÓN:** El síndrome de delección 22q11 está presente en todas las poblaciones del mundo, por lo que debe considerarse como diagnóstico diferencial en todas las edades dado su espectro de manifestaciones muy variable. La sospecha se basa en la presencia de hipocalcemia, cardiopatías complejas o fascies anormales asociadas a malformaciones como micrognatia, hipertelorismo, nariz bulosa, úvula bífida, paladar hendido, entre otras. Por lo anterior es fundamental una correcta semiología para identificar malformaciones mayores y menores que hagan sospechar esta genopatía y así poder realizar el correcto estudio y manejo multidisciplinario apropiado a cada fenotipo, teniendo en cuenta que la sobrevida puede estar seriamente comprometida en caso de hipocalcemia de difícil corrección y en compromiso inmunológico importante ya que se complican con infecciones severas.

Estudio de Caso

TL-79 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABSCESO SUBMANDIBULAR DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO.

Rodrigo Oliveira Castilho, Dra. Claudia Vásquez Walter, Dr. Miguel Yacoub Tahhan, Felipe Vásquez Walter, Ernesto Núñez Davey, Bárbara Scheel Porflit.

La Tuberculosis(TBC) es una enfermedad infecciosa causada por el "Mycobacterium Tuberculosis". Es transmitida por aire a través de las secreciones de pacientes infectados, que presenten una enfermedad activa y que contengan bacilos de Koch en esta. La bacteria ingresa a través de la vía respiratoria y puede alojarse a nivel pulmonar, limitándose a una presentación de infección primaria o posterior a esta puede diseminarse por vía linfática y/o hematogena y comprometer cualquier órgano. En pacientes inmunocompetentes, la afección predominante es pulmonar (80%) por sobre la extrapulmonar, pero esta última puede incrementar considerablemente en pacientes con alguna inmunodeficiencia, constándose en algunos estudios la presentación extrapulmonar de pacientes con SIDA de hasta en el 60% de los casos. La tuberculosis ganglionar es la localización más común de todas las TBC extrapulmonares (35%-50%) y dentro de esta, la ubicación cervical representa al menos el 35-50%. Se presenta el caso de un paciente adulto joven de 37 años de sexo masculino, sin antecedentes mórbidos conocidos, pero con conductas de consumo de pastabase y cocaína. El paciente consulta por aparición y crecimiento de gran masa cervical derecha de un mes de evolución asociado a compromiso del estado general. En primera instancia es evaluado y tratado por odontóloga como absceso submandibular de origen dental, pero por mala respuesta a tratamiento es reevaluado por médico, quien en consideración a su evolución torpida y características insitu de la lesión, sugieren derivar a nivel secundario con sospecha de masa de origen desconocido. En Hospital San Jose se solicitan imágenes de cuello que sugieren TBC extrapulmonar de origen ganglionar. Se completa estudio con imágenes y baciloscopias que descartan afección pulmonar, corroborando y delimitando su compromiso al sistema linfático. Su estudio y detección precoz del origen, permiten un comienzo inmediato y certero de tratamiento. Si bien la TBC extrapulmonar no es una patología habitual en la rutina diaria de los profesionales de salud en comparación con su presentación pulmonar, sigue siendo una patología prevalente, lo cual la convierte en una entidad que debe ser conocida y sospechada en especial en pacientes con factores de riesgo y/o que presenten a algún grado de inmunosupresión. La TBC ganglionar se considera como una lesión imitadora, que puede coexistir y/o enmascararse con otras patologías cervicales y/o faciales, pero no se debe olvidar que representa mas del 30% de todas las TBC extrapulmonares. Para poder alcanzar un diagnóstico certero y precoz, es indispensable el planteamiento de esta patología como sospecha inicial, siendo trascendental la transmisión y actualización de conocimientos de esta enfermedad al personal de salud, permitiendo así generar así un mayor impacto en la comunidad.

Estudio de Caso

TL-80 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN PREESCOLAR: REPORTE DE UN CASO

Carolina Belén Poblete Campos, Manuel Antonio Uarac Del Río, Caroline Valeska Brandau Soza, Javiera Jael Ramírez Araya, Fernanda Belén Bahamonde Goldberg, René Arturo Soto Hernández, Dr. Martín Vidal Castillo.

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN PREESCOLAR: REPORTE DE UN CASO PALABRAS CLAVE: Leucemia mieloide aguda (LMA), neoplasia **INTRODUCCIÓN:** La LMA es una neoplasia hematopoyética caracterizada por la proliferación descontrolada de blastos inmaduros en médula ósea, interfiriendo con sus funciones normales, lo que se traduce en disminución de la producción de células sanguíneas normales con los consecuentes síntomas asociados como anemia, infecciones frecuentes y hemorragias (ej. epistaxis, gingivorragia), llegando a ser fatal si no se trata. El hemograma característico muestra anemia moderada a severa, trombocitopenia y leucocitosis a expensas de blastos, sin embargo el diagnóstico se confirma con Mielograma. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Varón de 2 años sin antecedentes mórbidos, RNT parto vaginal sin complicaciones, AEG, sin enfermedades durante el embarazo. Acude a SU por cuadro de 3 semanas de evolución de palidez de piel y mucosas, lesiones papulares y petequiales en torax, abdomen y region inguinal que evolucionaron con cambios inflamatorios y dolor muy intenso, asociado fiebre hasta 38° y dolor severo de ambas EEII que limita su marcha. Laboratorio de ingreso destaca Hb 4,2; GB 1350 (RAN 45,9); Blastos +; Plaquetas 37000. Mielograma: 89% blastos aspecto mieloide, compatible con leucemia mieloide aguda. Se inicia protocolo de inducción con quimioterapia para LMA **DISCUSIÓN:** La LMA es una enfermedad poco frecuente, siendo el 15% de las leucemias agudas en pediatría. Su incidencia aumenta en personas mayores de 65 años. Su presentación clínica es variable dependiendo del grado de infiltración de las células neoplásicas, pudiendo manifestarse como síndromes febriles, anémicos y purpúricos, dolor óseo, organomegalia, infiltración a piel, encías, testículos y en menos del 5% a sistema nervioso central. Su tratamiento es complejo sobre todo si existen comorbilidades asociadas, logrando la remisión completa en 70-80% de los menores de 60 años, sin embargo el pronóstico es mucho más ominoso en adultos mayores debido en parte a su deteriorado estado de salud basal.

Investigación Clínica

TL-81 AVANCES EN EL MANEJO DE ACNÉ VULGARIS Y TERAPIA HORMONAL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA HASTA 2020.

Francisca Antonia Toro Mariscal, Valentina Jesús Montenegro Cerda, Ignacio Andrés Giadalah Vásquez, Catalina Edith Larsen Apablaza, Andrés Gabriel Muñoz Espinoza, Valentina Rocío Holzapfel San Martín, Dr. Dusan Bader Pavlovic.

El acné vulgaris, corresponde a una de las condiciones dermatológicas más frecuentes, con prevalencia global de 9.38%. Puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, comenzando usualmente en la etapa puberal, época que coincide con cambios hormonales importantes. Esta enfermedad se asocia a mayor tasa de desempleo, alteración de la vida social, autoestima, y frecuentemente se vincula con trastornos psicológicos, como depresión y ansiedad, lo cual se asocia a costos financieros. (1) Esta condición es un desorden inflamatorio primario de la unidad pilosebácea, caracterizado por la formación extensa de sebo, la actividad de *Propionibacterium acnes*, hiperqueratinización folicular e inflamación (2). Estos factores son modulados por el contexto genético y el ambiente (4). El ácido retinoico es la piedra angular del tratamiento, sumado al uso de antibióticos, los cuales intervienen a todo nivel en su fisiopatología, sin embargo, esto conlleva su uso prolongado y resistencia antimicrobiana (3). En la literatura actual, se plantean distintos esquemas de tratamiento, con enfoque multidisciplinario. Desde esta perspectiva, se proponen los anticonceptivos orales y terapias hormonales como segunda línea de tratamiento, con su rol en el manejo del hiperandrogenismo. En esta revisión, se abordarán nuevas terapias, con especial énfasis en las hormonales, basándose en publicaciones actualizadas y recientes, con el principal objetivo de ampliar el conocimiento, y ser de ayuda para el médico no especialista, al cual también le compete indicar tratamiento para esta patología tan común.

Estudio de Caso

TL-82 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO: UNA COMPLICACIÓN GRAVE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE GRILLAS SUBDURALES CON ELECTRODOS PROFUNDOS PARA MONITOREO ELECTROENCEFALOGRÁFICO INVASIVO.

Caroline Valeska Brandau Soza, Juan Valentín Zavala Ovalle, Valentina Rocío Holzapfel San Martín, Andrés Gabriel Muñoz Espinoza, Manuel Antonio Uarac del Río, María Fernanda Álvarez González.

Introducción: La implantación de grillas con electrodos subdurales es un procedimiento invasivo necesario para el mapeo de áreas epileptógenas previo a la cirugía de epilepsia, sin embargo es un procedimiento que se asocia a gran morbilidad. Se describe el caso de una paciente que evolucionó con un hematoma subdural posterior a la implantación de grillas subdurales. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino, 7 años de edad, con antecedente de epilepsia refractaria a medicamentos. Se hospitaliza de forma electiva en UCI Pediátrica para instalación de grillas subdurales con electrodos profundos para el mapeo de áreas cerebrales epileptógenas. Se realiza procedimiento neuroquirúrgico sin incidentes. Posteriormente se inicia retiro de tratamiento antiepiléptico de base y se inicia registro electroencefalográfico profundo continuo. Paciente evoluciona con irritabilidad y aparición de nuevas crisis epileptógenas no habituales. Progresa con desconexión con el medio. Se diagnóstica estatus epiléptico por lo cual se decide intubar y manejar con bomba de infusión continua de benzodiacepinas. Se detecta pérdida de señal de uno de los electrodos temporales y se evidencia caída del hematocrito en dos puntos. Se realiza TAC de cerebro sin contraste que evidencia colección subdural temporal izquierda en relación a electrodos, con efecto de masa con compresión de ventrículos del mismo lado. Se solicita interconsulta a neurocirugía y se decide realizar drenaje de urgencia. Se realizó hemostasia, quedó con grilla subdural y electrodos profundos. Se logra extubación, se completa estudio funcional con estimulación de área de lenguaje y se logra resección de polo temporal anterior, amígdala, hipocampo y resección de foco puntual sobre área de wernicke. Evoluciona favorablemente, Glasgow 15, sin focalidad neurológica y sin nuevas crisis convulsivas por lo cual se decide alta médica con control estricto por policlínico de Epilepsia Pediátrica. **Discusión:** Hematoma epidural, hematomas subdural, hematomas intraparenquimatosos, infarto cerebral, infección, estatus epiléptico y edema cerebral son las principales complicaciones descritas de la implantación de grillas subdurales. El hematoma subdural es una complicación escasamente descrita en la literatura médica. Su detección precoz y manejo oportuno es clave para el pronóstico del paciente. En nuestro caso, hubo una sospecha temprana que permitió resolver la complicación de forma mediata.

Estudio de Caso

TL-83 CRANEOSINOSTOSIS: REPORTE DE UN CASO

Francisca Antonia Álvarez Riffo, Gabriela Beatriz Araya Órdenes, Juan Valentín Zavala Ovalle, Catalina Isidora Alvear Muñoz, Fernanda Belén Bahamonde Goldberg, Alejandro, Enrique, Álvarez, Jara.

Craneosinostosis: Reporte de un caso Álvarez Riffo, F. (1) Araya Órdenes G. (1), Zavala Ovalle, J. (1) Alvear Muñoz, C. (1) Álvarez Jara, A. (2) (1) Internos de Medicina, Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile (2) Médico Pediatra y Cardiólogo Infantil. Unidad de Exploración Fetal Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción, Chile ABSTRACT La Craneosinostosis consiste en el cierre prematuro de las suturas craneales. La incidencia de la Craneosinostosis primaria se describe de un 0.4 por mil a 1 por mil recién nacidos. La causa se desconoce en la mayoría de los niños. En algunos casos, entre un 10 a un 20% se encuentra asociado a síndromes genéticos. Las complicaciones de tipo neurológico, ya sea como déficit, hidrocefalia e hipertensión endocraneana se presentan más frecuentemente cuando se produce el cierre prematuro de dos o más suturas, siendo imprescindible la intervención quirúrgica. Los trastornos genéticos asociados más frecuentemente a Craneosinostosis son los Síndromes de Crouzon, Apert, Carpenter, Chotzen y Pfeiffer. Algunos teratógenos se han asociado a Craneosinostosis, tales como difenilhidantoína, ácido valproico, aminopterina, metotrexato, ácidos retinoicos y oximetazolina. El tratamiento quirúrgico es de buen pronóstico, con una morbimortalidad relativamente baja. Se sabe que para obtener buenos resultados estéticos la cirugía debe realizarse en fase relativamente precoz probablemente en las primeras semanas de vida. Además es importante mencionar que el poder diagnosticar de manera temprana, permite mejores resultados en cuanto al desarrollo neurológico y ayuda a disminuir las secuelas a largo plazo u otras patologías. A continuación, se presenta el caso de un recién nacido de término AEG, sexo femenino, circunferencia de cráneo 32,5cm. Producto de un embarazo controlado sin inconvenientes. Nace por cesárea a causa de un sufrimiento fetal agudo, al examen físico presenta APGAR 9-9-10-10. Destaca cráneo pequeño con aspecto de braquicefalia, no se palpan fontanelas por lo que se solicita radiografía de cráneo antero posterior y lateral donde se diagnostica craneosinostosis. Luego de realizar el diagnóstico, el paciente fue exitosamente intervenido logrando un buen resultado quirúrgico.

Estudio de Caso

TL-84 PRÓTESIS DE PENE, TRATAMIENTO FUNCIONAL Y ESTÉTICO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL SECUNDARIA A PRIAPISMO MANTENIDO.

Caroline Valeska Brandau Soza, Mario Alejandro Jarpa Segovia, Carolina Belén Poblete Campos, Jeanne Márquez Tuohy, Pablo Sebastián Guerrero Silva.

Introducción: El priapismo se define como una erección prolongada y dolorosa, sin relación con el deseo sexual, de una duración mayor a 4 horas. Se clasifican en dos tipos, priapismo no isquémico y priapismo isquémico. Este último puede evolucionar con alteraciones permanentes de la erección. La Disfunción eréctil (DE) es la incapacidad constante o recurrente para adquirir o mantener una erección de la rigidez y la duración suficiente para el coito. **Caso clínico:** Paciente masculino de 45 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 5 días de erección prolongada dolorosa. A la anamnesis dirigida paciente refiere episodios previos de erección prolongada, dolorosa, principalmente matutinas, de duración menor a 4 horas desde hace 3 años aproximadamente. A la anamnesis remota refiere tener actividad sexual activa 1 vez por semana con pareja única estable. Niega dolor con la erección fisiológica, niega dificultad en la penetración, niega uso previo de medicamentos vasodilatadores. Examen físico evidencia pene en erección, aumento de volumen y eritematoso. En hospital de menor complejidad se realiza drenaje de cuerpos cavernosos, con resultado limitado ya que paciente persiste con dolor y erección parcial. Se decide traslado a centro de mayor complejidad para realizar shunt cavernoso esponjoso. Se realiza procedimiento, evoluciona favorablemente sin dolor, sin embargo no logra erección. Se plantea prótesis de pene maleable para tratamiento funcional de disfunción eréctil. Se realiza procedimiento sin incidentes. Se plantea alta dos días postoperatorio con analgesia vía oral y control en policlínico de urología. **Discusión y conclusión:** El tratamiento de la disfunción eréctil consta de terapia médica y quirúrgica. La primera incluye a los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, los programas de autoinyección peneana con drogas vasoactivas, las terapias intrauretrales y los dispositivos de vacío. El tratamiento quirúrgico se reserva cuando no hay respuesta a estas terapias y consiste en prótesis de pene. Actualmente se encuentran disponibles las de tipo maleables e inflables. En este caso, dado el antecedente de priapismo, no se manejó con tratamiento médico de primera línea. En conjunto con el paciente se decidió optar por una prótesis de pene maleable. Este tratamiento permite mantener el hábito sexual, mejorando considerablemente la calidad de vida de los pacientes que padecen DE.

Estudio de Caso

TL-85 ENFERMEDAD DE KENNEDY A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía Camino Villaseca, Dr. Ivan Vidal Cañas, Juan Pablo Kuhn Barros.

La enfermedad de Kennedy es una forma de atrofia muscular espinal, una afección neuromuscular que incide en la segunda motoneurona que se presenta en la adultez. Es de causa genética por herencia recesiva ligada a X. En el presente caso, consulta hombre de 50 años diagnosticado inicialmente con HNP; con examen físico compatible con atrofia muscular espinal y bulbar, asociado a alteraciones endocrinas y metabólicas. El estudio electromiográfico y genético correspondiente, apoyan finalmente el diagnóstico.

Estudio de Caso

TL-86 PARAPLEJIA AGUDA SECUNDARIA A PROCESO NEOPLÁSICO, LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María José Espinoza Tillería, Ignacio Javier Correa Barría, Brayan Andrés Hidalgo Alvarado, Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Juan Pablo Kuhn Barros, María Paula Crespo Mendoza, Sebastián Ignacio Garrido Tapia, Jennifer Anne Green Muñoz.

La paraplejía es la parálisis que afecta a dos lados simétricos del cuerpo, generalmente las EEII, como consecuencia de una lesión medular, la que se define como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y puede originar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión. Según la OMS su incidencia mundial anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes, siendo una importante causa de discapacidad. La paraplejía no traumática de evolución aguda es poco frecuente, y las principales etiologías son vasculares (infarto, malformación arterio-venosa) e infecciosas. Las neoplasias generalmente tienen una presentación larvada, sin embargo deben ser incluidas dentro de los diagnósticos diferenciales. Se presenta un caso atípico de un paciente de 52 años con antecedentes de Dermatofibrosarcoma en hombro izquierdo diagnosticado hace 3 años no tratado, postración severa reciente sin causa identificada, que consulta por presentar una úlcera sacra sobreinfectada. En la anamnesis dirigida refiere haber presentado hace dos meses paraplejía de inicio súbito con posterior caída a nivel, y haber sido previamente funcional. Se describe su enfrentamiento, y se discute la importancia del diagnóstico diferencial para lograr el tratamiento adecuado. Estas lesiones son una importante causa de discapacidad y años de vida saludables perdidos (AVISA), por lo que la resolución debe ser precoz.

Estudio de Caso

TL-87 TRATAMIENTO CON ZOLGENSMA® EN PACIENTE CON AME TIPO 1 QUE HA RECIBIDO NUSINERSEN PREVIAMENTE. REPORTE DE CASO.

Andrés Gabriel Muñoz Espinoza, Valentina Rocío Holzapfel San Martín, Caroline Valeska Brandau Soza, Fernanda Belén Bahamonde Goldberg, Francisca Antonia Toro Mariscal, Manuel Antonio Uarac Del Río.

La Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad autosómica recesiva provocada por degeneración de las motoneuronas del asta anterior de la médula espinal, que se caracteriza por debilidad y atrofia muscular de predominio proximal. Generalmente inicia en miembros inferiores para posteriormente comprometer tronco y miembros superiores. Es causada por una mutación en el gen de supervivencia de la motoneurona (SMN), que se encuentra presente en dos formas, SMN1, el más frecuentemente afectado, y SMN2. A la fecha no existe un tratamiento curativo, sin embargo, uno de los medicamentos aprobados para el tratamiento de esta enfermedad es el Nusinersen. Este permite el ensamblaje de SMN2, pudiendo aliviar los síntomas de la enfermedad por reposición de la proteína faltante. El segundo medicamento aprobado para el tratamiento sintomático del AME tipo 1 es el Onasemnogene Aceptado (Zolgensma®), que actúa introduciendo en el ADN una copia normal del gen mutado mediante un virus que funciona como vector, permitiendo la transcripción de la proteína SMN funcional completa. Esta última terapia alcanza un costo aproximado de 2.1 millones de dólares. En este reporte se expondrá el caso de un paciente de 1 año y 9 meses de edad, con antecedente de AME tipo 1b, diagnosticado y confirmado a los 2 meses, tratado con Nusinersen intratecal desde los 2 meses y 10 días, que es hospitalizado para recibir tratamiento con Zolgensma®, y su posterior respuesta a tres meses del tratamiento

Estudio de Caso

TL-88 SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO PEDIATRICO: REVISION A PROPOSITO DE UN CASO

Javiera Paz Cifuentes Fuentes, Valentina Rocío Holzapfel San Martín, Ignacio Javier Correa Barría, María José Espinoza Tillería, Jennifer Anne Green Muñoz, María Consuelo Palomo Bartolotti, Juan García Schreiner.

El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIM-C) corresponde a una complicación poco común de COVID-19 en niños y adolescentes, cuya presentación clínica se caracteriza por fiebre persistente y signos de afección multisistémica. Se asocia a un importante aumento de los parámetros inflamatorios, y puede evolucionar a shock o falla orgánica múltiple. Sus principales diagnósticos diferenciales incluyen la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de shock tóxico. Se ha descrito que alcanza una mortalidad de aproximadamente el 2% por lo que requiere de estudio adecuado y un alto índice de sospecha. En el siguiente case report se revisará el caso de un paciente pediátrico con diagnóstico de SIM-C, haciendo énfasis en su evolución y tratamiento, con el fin de generar conciencia de este diagnóstico y su evolución usual, para luego realizar una revisión de la bibliografía disponible, exponiendo el diagnóstico y manejo más adecuado de este.

Estudio de Caso

TL-89 BACTEREMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: CASO CON PRESENTACIÓN INCIERTA DE OSTEOMELITIS AGUDA.

Pablo Garrido Romero, Felipe Yevenes Vejar, Sebastian Moreno Torrejon.

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis aguda es un proceso infeccioso e inflamatorio del hueso, ocurre aproximadamente en 8 por cada 100.000 niño y se caracteriza por un periodo de evolución no mayor a dos semanas desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, siendo la vía hematógena el mecanismo fisiopatológico más frecuente. Afectando las metáfisis de huesos largos, especialmente fémur, tibia, húmero y con menos frecuencia el pélvico describiéndose en 11%. El agente etiológico identificado en la mayoría de los casos independientemente del grupo de edad es el *Staphylococcus aureus*. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Preescolar con antecedentes de DM tipo 1 consulta en S.U hospital CAVRR por cuadro de fiebre de 5 días de evolución, persistente con alzas de hasta 40°. Al ingreso refiere malestar general, dolor en cresta iliaca iniciado dos días antes de fiebre (sin antecedentes de trauma) y claudicación, no ha presentado mialgias, síntomas respiratorios, gastrointestinales, urinarios o meníngeos, otalgia, cefaleas, ni odinofagia, se hospitaliza para estudios. Examen físico destaca claudicación de pierna izquierda, dolor localizado en cresta iliaca, aumenta con la palpación, log roll test esbozado. Laboratorio: hemograma normal, destaca PCR 41, función renal y hepática normal, PCR Covid (-), orina normal. RX tórax normal. Ecografía abdominal normal. Se inicia tto ATB empírico con Cloxacilina ante sospecha osteomielitis, previa toma de Hemocultivos 1 y 2 posteriormente positivo a *St. Aureus*. Cultivo de portación nasal *S. Aureus*. Serología Bartonella (-), serología Micoplasma (-). Se solicitó evaluación por traumatología. Rx fémur sin lesiones óseas evidentes, RNM pelvis informe sin hallazgos patológicos. Comisión de traumatológica infantil decide realizar Cintigrama óseo informado como normal. Por parámetros inflamatorios a la baja, remisión de fiebre y con resultado de Cintigrama óseo normal se suspende cloxacilina. Se indica Control Policlínico Infectología y traumatología donde a pesar de completar exámenes pertinentes no se encuentra causa de coxalgia. **DISCUSIÓN:** A pesar de los avances en medicina, el diagnóstico oportuno de la osteomielitis aguda continúa siendo un reto para los médicos debido a lo heterogéneo de su fisiopatología, presentación clínica, diagnóstico y manejo. El mejor criterio diagnóstico para la osteomielitis es un cultivo positivo de la biopsia de hueso y una histopatología consistente, sin embargo, los criterios clínicos, hemocultivos e imágenes, pueden obviar la necesidad de una biopsia ya que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la osteomielitis son imprescindibles para evitar la morbilidad grave y la discapacidad. La RNM es el estudio de imagen más destacado para establecer el diagnóstico de osteomielitis, es la modalidad con mayor sensibilidad (82% a 100%) y especificidad (75% a 99%). Sin embargo, los resultados fueron negativos, dejando una gran incertidumbre diagnóstica.

Estudio de Caso

TL-90 SOSPECHA DE SINDROME LEMIERRE SECUNDARIA HA ABSCESO DE PISO DE BOCA DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE UN CASO INUSUAL.

Rodrigo Oliveira Castilho, Dr. Miguel Yacoub Tahhan, Dra. Claudia Vásquez Walter, Felipe Vásquez Walter, Javiera Silva Allendes, Ernesto Núñez Davey.

La trombosis venosa se considera el agente causal de menos del 5% las trombosis de la vena yugular interna (TVYI). La TVYI describe reportes de casos asintomáticos y sintomáticos dentro de lo que destacan odinofagia, aumento de volumen cervical y disnea, entre otros. Existe un síndrome muy poco frecuente que asocia algunos de estos síntomas y puede relacionarse con la formación de TVIY, llamado Síndrome de Lemierre o también llamado "Septicemia Postanginal" o "Enfermedad Olvida". Esta es una enfermedad inusual, pero potencialmente mortal que se caracteriza por presentar tromboflebitis séptica de vena yugular interna e infecciones metastásicas secundaria a una infección de la cavidad oral y de vías respiratorias altas. El agente causal en la mayor parte de los casos es *Fusobacterium necrophorum* (85%), aunque se han descrito otros gérmenes capaces de provocar esta enfermedad (15%). Se presenta el caso de un paciente adulto de 50 años de sexo masculino, sin antecedentes mórbidos conocidos, con alta reciente de aislamiento por ser Contacto Estrecho COVID. Ingresó a Clínica Las Condes por cuadro clínico de 2 días de evolución de disnea y aumento de volumen cervical, asociado a dolor y edema de lengua. Ingresó hemodinámicamente inestable, con requerimientos de oxígeno. Se realizaron exámenes de laboratorio que destacan parámetros inflamatorios elevados, COVID (+) y se decide hospitalización bajo la sospecha diagnóstica de Septicemia por probable neumopatía por COVID, indicándose antibioterapia de amplio espectro. Por aumento de volumen cervical se realiza imágenes que informan absceso cervical profundo izquierdo y mediastinitis, indicándose múltiples drenajes y aseos quirúrgicos en conjunto con antibioterapia y antifúngicos ajustados a microorganismos rescatados en cultivos. Post intervenciones, paciente evoluciona torpidamente en falla ventilatoria, requiriendo posición de pronación, intubación orotraqueal y posterior conexión a Membrana Extracorpórea. Se realiza control de imágenes que destacan TVYI, trombos murales a nivel de vena cava inferior, vena femoral e ilíaca común izquierda, entre otras, iniciándose enoxaparina rápidamente. Por persistencia de cuadro y mala respuesta a tratamientos, se vuelve a realizar examen clínico detallado, evidenciándose foco séptico a nivel de la cavidad bucal no detectado anteriormente. Es derivado a Cirugía Maxilofacial quienes realizan exodoncia dental. Posterior a este procedimiento y en conjunto con antibioterapia, paciente responde favorablemente. El síndrome de Lemierre es un cuadro clínico poco frecuente pero potencialmente mortal. Se debe dar énfasis en reconocer signos, síntomas y exámenes que permitan plantear este síndrome, especialmente en pacientes con evolución tórpida de infecciones respiratorias altas que se compliquen con sepsis y trombosis. Por similitud con este cuadro, se nos hace imposible no plantear su sospecha a pesar de no haber sido egresado bajo este diagnóstico.

Estudio de Caso

TL-91 PIE DIABÉTICO Y SUS COMPLICACIONES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Anais Tampier Cotorás, Enrique Larraín Compagnon.

Introducción: La enfermedad conocida como pie diabético es un conjunto de alteraciones neurológicas, vasculares, infecciosas y en algunas ocasiones, óseas. Dentro de sus complicaciones se encuentra la artropatía de Charcot que se define como una lesión neuroartropática destructiva asociada a pérdida de sensibilidad dolorosa, térmica y propioceptiva, que se caracteriza por inflamación, luxación articular y destrucción ósea, que conlleva la deformación posterior del pie. Es una complicación poco común en la población diabética, con una incidencia descrita de un 0,2 - 0,3% anual en pacientes diabéticos. Un diagnóstico precoz es de gran importancia para modificar el curso del cuadro. Caso Clínico: Paciente femenina de 67 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiriente, Pie diabético, Hipertensión arterial y Dislipidemia. Cuadro de años de evolución caracterizado por mal control metabólico, lo que conlleva a complicaciones como pérdida de sensibilidad en ambos pies, úlceras y finalmente alteración de la marcha por luxación posterior de tobillos y apoyo en maleolos laterales en ambos pies. Se diagnostica artropatía de Charcot, quedando en espera de resolución quirúrgica. Conclusión: De la presentación de este caso clínico, podemos concluir que el pie diabético es una patología derivada de un mal control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Dentro de las complicaciones, la artropatía de Charcot es poco frecuente pero es altamente invalidante, por lo que se debe poner especial énfasis en su prevención. Palabras clave: pie diabético, artropatía de Charcot, neuropatía diabética.

Investigación Clínica

TL-92 ¿AUMENTAN LAS NECESIDADES DE SALUD MENTAL EN LAS MADRES RECIENTES CONFINADAS POR COVID-19 EN CHILE (RESULTADOS PRELIMINARES)?

María Antonia Horta Rivera, María Pía Troncoso Morgado, Hernán Villalón Urrutia.

Introducción Las mujeres experimentan cambios abruptos en los niveles hormonales durante el período posparto, lo que las hace susceptibles a los trastornos de salud mental. La cuarentena debido a la pandemia actual ha producido un aumento del miedo y la ansiedad en la población general, por lo que sería pertinente realizar un cribado de salud mental de las madres recientes para una derivación adecuada. **Objetivos** Evaluar si el confinamiento afecta la salud mental en este grupo. **Pacientes y métodos** Estudio descriptivo observacional en 31 madres chilenas de nivel socioeconómico medio-alto, que dieron a luz entre febrero y junio de 2020 y estuvieron confinadas durante 5 meses por la pandemia. Se aplicó la encuesta de ansiedad de Beck y el test de Edimburgo, como cribado, validados para su uso en la población chilena. **Resultados** Edad mediana 33 años (21-41), primíparas 61% (19/31), peso neonatal promedio 3200 +/- 355 g, cesárea en 48,4% (15/31) y 22,5% (7/31) con complicaciones en embarazo y / o parto. En el 16,1% (5/31) hubo riesgo de ansiedad moderada-alta en la escala de Beck y en el 32,3% (10/31) con riesgo de depresión en la escala de Edimburgo (frente al 27,7%, 27/98, NS, en comparación con lo informado). en estudios previos para el mismo nivel socioeconómico). **Conclusión** En nuestro estudio, el cribado no muestra un aumento significativo del riesgo de salud mental en madres chilenas recientes de nivel socioeconómico medio-alto, confinadas por la pandemia.



**Escuela de
Medicina**
UNIVERSIDAD FINIS TERRAE

2 DA
JORNADA DE
PROYECCIÓN PARA
INVESTIGADORES
JÓVENES 2021

LIBRO DE RESUMENES