

02 de Diciembre de 2017. Curicó



II

JORNADA DE INVESTIGACIÓN
DEL VALLE DE CURICÓ



ESCUELA DE MEDICINA UNIVERSIDAD
DE TALCA

II JORNADA CIENTÍFICA DEL VALLE DE CURICÓ

LIBRO RESUMEN

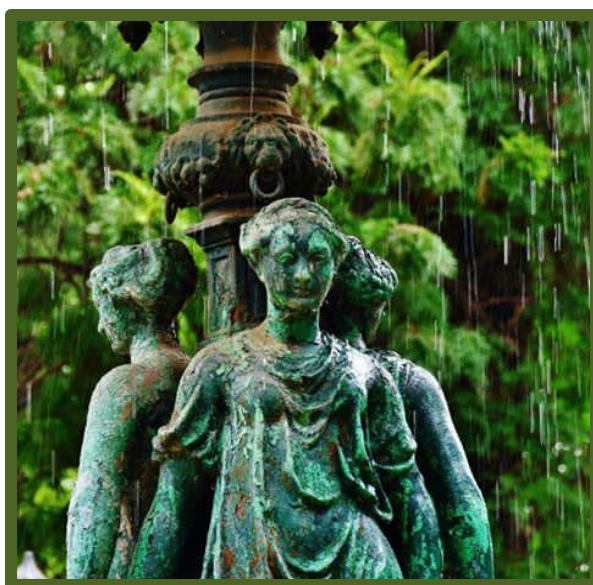


Foto portada Escultura de la pila central de la Plaza de Armas de Curicó, representa a Las Tres Gracias. Fotografía disponible en http://www.pictame.com/user/ccovisual/2321232043/1208910235505258878_2321232043.

Libro modificado 20,12,2017

Universidad de Talca
Hospital de Curicó

En agradecimiento a la Escuela de Medicina de la Universidad de Talca, Hospital de Curicó y Corporación cultural Curicó por apoyar nuestra iniciativa. También a nuestros compañeros de carrera, quienes al participar nos ayudaron a construir esta instancia de aprendizaje.

ÍNDICE

PORTADA

PRESENTACIÓN

ÍNDICE

PARTE I : CASOS CLÍNICOS

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| 1. Medicina Interna | Pág. 5-18 |
| 2. Cirugía | Pág. 19-32 |
| 3. Especialidades | Pág. 33-43 |
| 4. Ginecología | Pág. 44-45 |
| PARTE II: TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN | Pág. 46-48 |

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

Medicina Interna

Pediatría

Cirugía y Especialidades

Ginecología y Obstetricia

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

ANGINA DE PRINZMETAL: REPORTE DE UN CASO.

Marcel Guerén Acuña (1), Lucas Ossandón Arancibia (1), Álvaro Soto Molina (1), Constanza Segura Yañez (1), Consuelo Moya Ruiz(1), Yoselyn Vargas Uribe (1)
(1) Universidad de Talca, Talca., Chile

INTRODUCCIÓN: Angina de Prinzmetal es una forma de presentación de cardiopatía isquémica, caracterizada por episodios de dolor torácico recurrentes en reposo asociado a cambios transitorios del segmento ST al electrocardiograma (EKG). La incidencia estimada en Europa va de 16% a 49% de los síndromes coronarios agudos sin lesiones estenóticas en coronariografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 71 años con antecedentes de tabaquismo y 2 episodios anginosos no documentados antes de su consulta. Acude a APS por dolor torácico irradiado a cuello y mandíbula. Se registra EKG con supradesnivel ST en pared inferior y es derivada a Hospital Base Curicó (HBC) con tratamiento antiisquémico inicial. A su llegada al HBC la paciente se encuentra consciente, sin dolor torácico, con nuevo registro de EKG sin cambios electrocardiográficos. Al examen físico no presenta alteraciones sugerentes de falla cardíaca aguda. Se hospitaliza para realización de coronariografía (CNG) electiva en Hospital Regional Talca (HRT). Durante su hospitalización presentó 2 episodios anginosos similares al de ingreso. Durante el segundo episodio se evidenció supradesnivel del ST en DII, DIII y aVF; realizándose CNG de urgencia en HRT, reportando lesión de un 30% en coronaria derecha segmento medio, con función cardíaca conservada. Dado al informe de la CNG y presencia de alteración del ST sólo en presencia de dolor se plantea como diagnóstico angina de Prinzmetal.

DISCUSIÓN: Ante un paciente con episodios anginosos en reposo y cambios transitorios del segmento ST plantear como diagnóstico diferencial la angina de Prinzmetal, dado que su manejo difiere del tratamiento convencional del síndrome coronario agudo.

Palabras claves: Angina de Prinzmetal, Dolor torácico, Síndrome Coronario Agudo

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

ANOREXIA NERVIOSA ASOCIADA A REPERCUSIÓN CARDIACA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Danilo Quilodrán Retamal (1), Francisco Contreras Parada (1), José Maldonado Escandon (1), Macarena Cáceres G.onzález(1), ,Eduardo Maurelia Elgueta (2) .

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Médico cirujano, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno mental caracterizado por imagen corporal perturbada y miedo intenso al aumento de peso, que conlleva a restricción dietética, purga o actividad física excesiva. En países desarrollados la prevalencia es 1% en mujeres y <0.5% en hombres, con tasa de mortalidad 10-12 veces mayor que en la población general. Presenta numerosas complicaciones médicas como las cardiológicas estructurales, donde el derrame pericárdico y la atrofia ventricular izquierda son las más destacadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente 14 años, femenino, antecedentes de AN y depresión moderada hace 6 meses en tratamiento, índice de masa corporal (IMC) 15,7, consulta en urgencias por hiperemesis destacando al examen físico deshidratación, enflaquecimiento, palidez y disminución de masa muscular. Se hospitaliza para manejo nutricional e hidratación. Ecocardiograma con derrame pericárdico anterior de 9 mm, masa ventricular izquierda (<5 desviación estándar) y función sistólica disminuida. Endoscopía digestiva alta con esofagitis y úlceras gástricas. Se inicia nutrición enteral por sonda nasoyeyunal, con buena evolución clínica y laboratorio. Control ecocardiográfico con aumento de masa ventricular, función sistólica disminuida, sin derrame pericárdico. Traslado a Psiquiatría para manejo.

DISCUSIÓN: La atrofia ventricular izquierda y derrame pericárdico son complicaciones cardíacas frecuentes. Algunos estudios plantean como causa un bajo IMC, rápida pérdida de peso y bajos niveles de triyodotironina y factor de crecimiento insulínico-1. Alteraciones valvulares o función sistólica disminuida son raras, y en este caso podría deberse a la marcada disminución de masa ventricular. Sin embargo, el pronóstico es bueno y la gran mayoría de los casos revierten con manejo nutricional adecuado.

Palabras clave: Anorexia nerviosa, derrame pericárdico, atrofia.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

DIABETES INSÍPIDA CENTRAL, SOSPECHA DIAGNÓSTICA Y ENFRENTAMIENTO INICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Macarena Cáceres González (1) , Danilo Quilodrán Retamal (1), José Maldonado Escandon (1), Francisco Parada Contreras (1), Sebastián Mundaca Ovalle (2)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Médico cirujano Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La diabetes insípida central corresponde a la disminución parcial o total de la hormona antidiurética (ADH) o vasopresina, la cual puede ser secundaria a trastornos que afecten uno o más de los sitios involucrados en su liberación: osmorreceptores hipotalámicos; núcleos supraópticos o paraventriculares; o la porción superior del tracto supraóptico hipofisario. Clínicamente se expresa con poliuria, nicturia y, secundario a la elevación inicial del sodio sérico y la osmolalidad, polidipsia. Aunque el mayor porcentaje corresponde a diabetes insípida idiopática, secundaria a Neurocirugía o trauma se deben descartar enfermedades infiltrantes o tumores primarios o secundarios del sistema nervioso central.

INTRODUCCIÓN: Paciente 45 años, femenino, antecedentes de enfermedad renal crónica de etiología no precisada, hipotiroidismo. Inicia en año 2011, durante embarazo, cuadro caracterizado por polidipsia, consumiendo 12 litros de agua diarios y poliuria. Consulta en múltiples ocasiones en atención primaria, consultorios de medicina interna y nefrología. Tras 6 años de sintomatología es evaluada por endocrinología, decidiéndose hospitalizar para estudio. Debido a imposibilidad de realizar prueba de restricción hídrica, se realiza prueba terapéutica con desmopresina resultando positiva para diabetes insípida central por lo que se decide ampliar estudio con resonancia magnética selar.

DISCUSIÓN: Ante la sospecha diagnóstica de diabetes insípida, por polidipsia y poliuria con osmolaridad sérica aumentada y urinaria disminuida, un primer enfrentamiento corresponde a la realización del test de la sed, para confirmar el diagnóstico sindromático. El test con desmopresina permite diferenciar entre etiología central y nefrogénica. Una vez realizado el diagnóstico de Diabetes insípida central, es fundamental la realización de una neuroimagen.

Palabras clave: Diabetes insípida, vasopresina, poliuria.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA DEBIDA A GLOMERULONEFRITIS PANINMUNE SECUNDARIA A VASCULITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Castillo G.(1) Marcelo Contreras C(2) David Gil B. (2), Benjamín Lewkow G. (2)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

(2) Médico Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Constitución, Constitución, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las glomerulonefritis rápidamente progresivas son un espectro de patologías que implican daño glomerular y pérdida progresiva de función renal en periodos cortos de tiempo. Una de ellas es la glomerulonefritis paninmune, en que hay necrosis sin depósito de complejos inmunes; en general con vasculitis ANCA positivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 46 años, con antecedentes de HTA, DMII IR y múltiples cuadros de NAC manejados de forma ambulatoria, el más reciente asociado a hemoptisis y disnea progresiva por lo que se hospitaliza. evoluciona con disfunción renal progresiva con características de causa parenquimatosa y TAC tórax que muestra múltiples nódulos pulmonares sugerentes de metástasis con observación de primario pulmonar. Se sospecha síndrome riñón pulmón. En Talca se pesquisa ANCA-P positivo y biopsia renal que muestra patrón de glomerulonefritis necrotizante de tipo paninmune. Se inicia manejo con primera dosis de ciclofosfamida y 3 pulsos metilprednisolona, traslapando a prednisona, con buena respuesta inicial en función renal (Crea 3.86) y mejoría clínica.

DISCUSIÓN: Los diagnósticos de esfera inmunológica/autoinmune deben considerarse en pacientes jóvenes sin historia de cuadros consuntivos, neoplasia previamente diagnosticada o inmunosupresivos previos, o con múltiples cuadros respiratorios sin respuesta a tratamiento, especialmente si hay hemoptisis y compromiso concomitante renal.

Palabras clave: Glomerulonefritis rápidamente progresiva, Glomerulonefritis paninmune, Glomerulonefritis ANCA positivo.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

HIPOTIROIDISMO: UN DIAGNÓSTICO QUE DEBIÉSEMOS SOSPECHAR.

Arlette Antoine Martinez (1), Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Paulina Rubilar Feris (1), Camila Castillo Guajardo (1), Sebastián Pacheco Mejias (1), Diego Pérez Lorca (1), Francisco Farfán Vasquez (2).

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

(2) Médico Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Constitución, Constitución, Chile.

INTRODUCCIÓN: El hipotiroidismo es una enfermedad que resulta de una disminución de las hormonas tiroideas y sus efectos a nivel tisular, pudiendo deberse a alteraciones a cualquier nivel del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides. Esta patología es frecuente en nuestro país, siendo más prevalente en mujeres y adultos mayores, Sus manifestaciones son múltiples, dentro de las que se encuentran fatiga, intolerancia al frío, estreñimiento, aumento de peso, bradicardia, bradilalia, macroglosia entre otros. El diagnóstico se realiza con la hormona estimulante de la tiroides (TSH) y se debe iniciar tratamiento con reemplazo hormonal.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Hombre de 46 años, sin antecedentes médicos, presenta cuadro de 2 años de evolución de debilidad muscular y fatiga, asociado posteriormente a edema generalizado con función renal normal e intolerancia al frío, mialgias, cefalea tipo punzante, oscurecimiento de la piel y lengua traposa. Estudiado con tomografía (TAC) y resonancia magnética (RM) de cerebro sin resultados concluyentes.

Ingresa al hospital de Constitución estable, con edema periorbitario, macroglosia y acropaquia. Se solicitan exámenes de laboratorio donde destaca una: TSH 319, CK 6205, CK-MB 118, crea 1.62. Se hospitaliza para hidratación e inicio de tratamiento con levotiroxina.

DISCUSIÓN: El hipotiroidismo es una patología frecuente en nuestro país, por lo cual debe estar presente como diagnóstico diferencial ante la presencia de sintomatología sugerente. Su diagnóstico requiere medir niveles de TSH y en caso necesario de puede solicitar tetrayodotironina libre (T4L). Su manejo es con levotiroxina y la dosis va a depender de la edad del paciente.

Palabras clave: Hipotiroidismo, hormona estimulante de la tiroides, macroglosia

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

INTENTO SUICIDA POR SOBREDOSIS DE INSULINA DE ACCIÓN INTERMEDIA REPORTE DE UN CASO

Diego Muñoz C.(1), Andrea Alvaay R.(1), Ana Muñoz C.(1), Francisco Reyes U.(1), Gabriel Sánchez G. (1), Javier Moreno Cedeño (2)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

(2) Medico de Urgencias Hospital Base de Curicó, Curicó, Chile.

INTRODUCCIÓN: La conducta suicida es una consulta frecuente en las unidades de emergencia nacional, la población con diagnóstico psiquiátrico presenta un riesgo de suicidio entre 6 y 20 veces mayor que la población general. Actualmente se ha relacionado una alta comorbilidad entre trastornos depresivos, ideación suicida y diabetes mellitus tipo 2.

CASO CLINICO: Paciente femenino 40 años con antecedentes de Diabetes mellitus tipo II, ingresa al servicio de urgencias, por cuadro de compromiso de conciencia, asociado a hipoglicemia severa, se inicia manejo con bolos de glucosa al 30%, con respuesta leve, exámenes de laboratorio e imagen sin hallazgos patológicos, paciente se mantiene en sopor superficial, se decide mantener bajo monitorización y control de glicemia capilar, se aporta dato familiar de eventual sobredosis de insulina posterior a conflicto, dato no confirmado por estado de somnolencia, imposibilitando evaluación de riesgo suicida. Se decide su ingreso hospitalario. Paciente se mantiene hemodinamicamente estable, durante las primeras 72 horas mantiene hipoglicemias asintomáticas sin compromiso de conciencia. A la entrevista personal se verifica intento suicida con sobredosis de insulina NPH, sin señales de arrepentimiento y escasa de red de apoyo por lo que se decide mantener bajo supervisión y con evaluación por psiquiatra por síndrome suicidal, quien diagnostica episodio depresivo mayor. Paciente evoluciona favorablemente sin ideación suicida y buena adhesión a tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN: Los médicos de emergencia juegan un rol vital en el manejo de los pacientes suicidales. El incremento de la mortalidad por suicidio en hace necesario implementar diversas medidas que permitan mejorar los métodos de evaluación que identificar a los pacientes con alto riesgo suicida y capacitar a los profesionales y personal que enfrenta a estos pacientes.

Palabras clave: Suicidio, Hipoglicemia, Depresión.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA O LINFOMA LINFOCÍTICO PEQUEÑO, REPORTE DE UN CASO.

Juan Luis Ampuero (1), Maximiliano Alegría B. (1), Angélica Jara M. (1), Eduardo Olmedo A. (1), Diego Pérez L. (1), Fernanda San Martín L. (1)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: La Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) o Linfoma Linfocítico Pequeño (LLP) es un tipo de cáncer de crecimiento lento en el que se encuentran linfocitos inmaduros en la sangre y la médula ósea o en los ganglios linfáticos, respectivamente. La LLC y el LLP son la misma enfermedad y comprenden tipos de linfoma no Hodgkin de células B.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino, de 63 años, con antecedentes de ser monorrena izquierda quirúrgica e hidatidosis hepática, hospitalizada en Hospital de Curicó por Pancreatitis aguda. En estudio imagenológico con tomografía computada abdominal se detectan de forma incidental múltiples adenopatías retroperitoneales e iliacas de hasta 2.4 centímetros. Biopsia inguinal revela hiperplasia sinusoidal y folicular con focos de proliferación folicular atípica. Se continúa con tomografía computada cervical y torácica que evidencia múltiples adenopatías cervicales, torácicas e infradiafragmáticas. Se realiza biopsia de médula ósea que concluye proliferación linfoide atípica. Estudio inmunohistoquímico de médula ósea confirma Leucemia Linfocítica Crónica/Linfoma Linfocítico Pequeño. Paciente es derivada a Hospital de Talca donde inicia tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN: La historia natural de la LLC/LLP es variable, con una supervivencia desde el momento del diagnóstico variable entre los 2 a 20 años, dependiendo del estadio en que se encuentre. El tratamiento depende de lo avanzado del cáncer. En pacientes con enfermedad localizada (estadio I) se prefiere la radioterapia. En pacientes con estadio II o más avanzado está indicada la quimioterapia. La mayoría de los con quimioterapia responden total o parcialmente, pero presentan recaídas una vez discontinuado el tratamiento.

Palabras clave: Leucemia Linfocítica Crónica, Linfoma de Células B, linfoma no Hodgkin

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASA PULMONAR INVASIVA, A PROPOSITO DE UN CASO.

Camila Correa Reyes (1) Valentina Opazo Márquez (1), Diego Paredes Jalil (1), Josefina Claude García-Huidobro (1), Marcela Riquelme Alarcón (2)

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

(2) Medicina Interna, Hospital Militar de Santiago, Santiago, Chile.

INTRODUCCION: Se define masa pulmonar como una opacificación mayor a 3 centímetros, cuya etiología puede ser benigna o maligna. A continuación, se presenta un caso clínico de masa pulmonar invasiva con compromiso de tejido extra-pleural.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente 61 años, antecedentes de resistencia a la insulina, empiema derecho operado (2013), prostatitis aguda hace 5 meses y Trombo-embolismo pulmonar multisegmentario hace 3 meses. Consulta por masa para-esternal derecha de 3 centímetros, sólida, dolorosa, de 3 meses de evolución, sin cambios inflamatorios en piel adyacente. Se hospitaliza para estudio destacando exámenes de laboratorio normales, tomografía computada (TC) de tórax con condensación en lóbulo medio derecho, cambios inflamatorios de tejido adiposo extrapleural y de sexto cartílago esterno-costal derecho, sugerente de origen inflamatorio tipo actinomicosis vs neoplasia. Se realiza biopsia bajo TC que informa parénquima pulmonar con inflamación crónica de predominio plasmocelular, reagudizado con neutrófilos. Baciloscopía y cultivos negativos. PET con actividad hipermetabólica de lesión pulmonar y costal, sugerente de patología maligna. Se realiza mielograma: presencia de neutrófilos y plasmocitos sugerentes de origen reactivo. Luego de meses de tratamiento antibiótico destaca progresión imagenológica de lesión: fístula cutánea a colección laminar adyacente a sexta costilla. Se logra aislar E. coli, sin embargo, por mala respuesta a tratamiento y persistencia de patología inflamatoria crónica, se decidirá eventual extirpación de parrilla costal comprometida.

DISCUSION: Dentro del diagnóstico diferencial de masa pulmonar, acotado por el carácter invasivo crónico de la lesión, cabe destacar neoplasias e infecciones. A pesar de que la Actinomicosis es altamente probable, no se ha podido comprobar diagnóstico.

Palabras clave: Actinomicosis, masa, neoplasia.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

MIELITIS TRANSVERSA RAPIDAMENTE PROGRESIVA, REPORTE DE UN CASO.

Geerar Apolonio Salas (1), Geraldine Aniotz Espina(1), Bárbara Araneda González(1), *Cristian Verdugo Orellana (2), René Meza Flores (3)*

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

(2) Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

(3) Neurólogo Hospital Dr. César Garavagno Burotto, Talca, Chile

INTRODUCCIÓN: La mielitis transversa (MT) es una enfermedad inflamatoria caracterizada por disfunción de la médula espinal (ME), que puede presentarse con inicio rápido de debilidad, alteraciones sensoriales y disfunción intestinal o vesical. Las causas reconocidas de MT son autoinmunes, enfermedades desmielinizantes, post infecciosas y post vacunales, aunque hasta el 50% de los casos son idiopáticas. Es importante la evaluación del paciente para distinguir entre los distintos tipos de MT, ya que el pronóstico, riesgo de recurrencia, y las opciones terapéuticas pueden variar según esto.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 17 años, consulta por cuadro de 24 horas de dolor en miembros inferiores (MMII) de inicio en extremidad inferior derecha que progresa con paraparesia que imposibilita la marcha, relajación de esfínter y fiebre hasta 38°C. Dado cuadro se inicia estudio con punción lumbar (PL) informada como normal y resonancia nuclear magnética (RMN) de columna cervicolumbar en la que se constata hiperintensidad difusa de cordones posteriores de la ME cervical hasta T1 - T2, pudiendo corresponder a lesión desmielinizante, post infecciosa o metabólica. Se plantea MT y se inicia corticoesteroides endovenoso (ev) con lo que cuadro cede parcialmente.

DISCUSIÓN: Diversas patologías afectan la ME. De ellas, la MT es un cuadro raro, descrito entre uno y cinco casos por millón al año. La mayoría de ellos de origen idiopático, presumiblemente, resultado de un proceso autoinmune que se favorecería de corticoesteroides ev, con limitada evidencia. Los síntomas se desarrollan rápidamente, debiendo excluir causas de origen compresivo, cuyo pronóstico y manejo son diferentes.

Palabras clave: Mielitis, médula espinal, corticoesteroides

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

PRESENTACION AGUDA DE ANEMIA FALCIFORME. REPORTE DE UN CASO.

Matías Morán Villena (1), Agustín Morán Villena(2), Camila Pérez Pinto(1), Pablo Rodríguez Fuentes (1) Cristián Figueroa Hernández (1), Roberto Cortés Pérez(2)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile

(2) Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: Anemia Falciforme corresponde a un trastorno hereditario donde es característica la hemoglobina S, correspondiente a mutación cadena beta de la hemoglobina que en homocigotos se expresa de manera recesiva y en caso heterocigoto es autosómico dominante. Además de la presentación crónica de la patología, se puede presentar de manera aguda frente a factores precipitantes como hipoxia, infecciones, entre otros. Se expone caso clínico de presentación aguda de anemia falciforme en paciente haitiano.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 32 años, de ascendencia afroamericana, consulta al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de cinco días de evolución asociado a dificultad respiratoria, el cual no cede con analgesia. Al examen físico destaca ictericia de escleras y mucosas pálidas. Se estudia con hemograma que evidencia anemia severa (hematocrito 19.9% y hemoglobina 7.1 gr/dl), frotis con drepanocitos +++ y eritroblastos, perfil bioquímico con hiperbilirrubinemia de predominio indirecto (4.73 mg/dl) y elevación de LDH (519 U/L). Se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis evidenciándose significativa disminución de tamaño del bazo que mide 12 x 38 mm, sin otros hallazgos de importancia. Se sospecha presentación aguda de anemia falciforme y se hospitaliza para estudio.

DISCUSIÓN: El dolor abdominal corresponde a una de las complicaciones agudas frecuentes de anemia falciforme, lo que adquiere importancia por el cambio demográfico con la llegada de población de etnicidad afroamericana a nuestra nación. Corresponde un desafío clínico el diagnóstico diferencial con el resto de enfermedades gastrointestinales habituales de nuestro medio, teniendo presente patologías no habituales en nuestro medio como en este caso.

Palabras clave: *Anemia, células falciformes.*

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

RECTORRAGIA EN URGENCIAS: DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE UN CASO.

Marcel Guerén Acuña (1), María Canales Gutiérrez (1), Lucas Ossandón Arancibia (1), Jorge Quitral Calquín(2)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Médico cirujano Hospital San Juan de Dios de Curicó, Curicó, Chile.*

INTRODUCCIÓN: Rectorragia es un signo frecuente en consulta de urgencias. Es de vital importancia para el médico general reconocer, a partir de la anamnesis y el examen físico fundamentalmente, las distintas etiologías de dicha manifestación, para otorgar el manejo adecuado al consultante y prevenir aquellas causas que pudiesen inclusive comprometer la vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 16 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en unidad de emergencias del Hospital de Curicó por cuadro de dos semanas de evolución de heces sanguinolentas tipo rojo rutilante sin compromiso de la periodicidad, asociadas a hipotensión sintomática y fiebre cuantificada hasta 38,8 grados Celsius. Refiere cuatro consultas previas en atención primaria por dicha sintomatología. Tomografía axial de ingreso destaca ileocolitis derecha inespecífica. Se indica hospitalización con diagnóstico de Enfermedad de Crohn y se ordena tratamiento con sulfasalazina vía oral. En su primer día hospitalizada se realizan hemocultivos (2) que revelan *Salmonella* spp. tras tres días de evolución tórpida. Se indica Ceftriaxona por 14 días logrando mejoría asintomática. Colonoscopia de control revela ileocolitis derecha reactiva leve en resolución. Se indica alta asintomática.

DISCUSIÓN: La rectorragia corresponde a un signo clínico inespecífico que obedece a distintas etiologías. La periodicidad y sintomatología asociada componen pilares fundamentales en la orientación diagnóstica y, por lo tanto, definen en gran parte la conducta a seguir. Se hace necesario reconocer la epidemiología local (al menos) para adecuar la sospecha al paciente individualmente, solicitar paraclínicos necesarios de manera dirigida y otorgar manejo de acuerdo a la patología más frecuente en base a los datos anteriores.

Palabras clave: Rectorragia, *Salmonella*, Ileocolitis.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

SÍNDROME CORONARIO AGUDO ASOCIADO AL CONSUMO CRÓNICO DE COCAÍNA. REPORTE DE UN CASO.

Francisco Reyes Urra (1), Ana Muñoz Cornejo (1), Diego Muñoz Cabrera (1), Andrea Alvayay Ramírez (1), Gabriel Sánchez González(1), Jorge Melet Padrón. (2)

(1) *Universidad de Talca, Talca. Chile.*

(2) *Cardiólogo, Hospital San Juan de Dios de Curicó, Curicó. Chile.*

INTRODUCCIÓN: La cocaína es una de las drogas ilícitas más utilizadas a nivel mundial, y en Chile el consumo llega al 1,1%. Se asocia a enfermedades cardiovasculares agudas y crónicas. El consumo crónico de cocaína triplica el riesgo de sufrir un infarto, y entre los 18 y 45 años representa el 25% de los Infarto al Miocardio no fatales.

REPORTE DE CASO: Paciente femenino de 34 años con antecedentes de síndrome bronquial obstructivo, tabaquismo y consumo de cocaína por 6 años hasta hace 4 meses. Consulta por dolor torácico opresivo sin irradiación, EVA 10/10 de 8 horas de evolución asociado a disnea y síntomas vasovagales. Historia de precordialgia autolimitada desde hace dos meses. Al electrocardiograma se evidencia necrosis e isquemia de pared anterior, acompañado de elevación de biomarcadores cardiacos. Se maneja con antiagregantes plaquetarios, anticoagulante subcutáneo y estatina. Enviada a estudio coronario complementario mostrando lesión focal crítica en tercio medio de arteria descendente anterior e hipocinesia anterior moderada, realizándose angioplastia con Stent medicado. Ecocardiograma: hipocinesia anteroseptal. Evoluciona favorablemente, egresándose con control y tratamiento ambulatorio.

DISCUSIÓN: El consumo de cocaína debería investigarse en jóvenes con Síndrome Coronario Agudo, ya que influiría en su interpretación fisiopatológica, manejo y seguimiento. Usuarios crónicos de cocaína tendrían una aceleración del proceso aterosclerótico, con riesgo de futuros eventos isquémicos. El pilar fundamental en el tratamiento es la reperfusión. El uso de betabloqueadores se recomienda según si continúa o no el consumo. Se aconseja el seguimiento multidisciplinario (cardiólogo, psiquiatra) posteriormente. No existen estudios randomizados.

Palabras clave: Síndrome Coronario Agudo, Cocaína, Infarto Agudo al Miocardio.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Castillo G.⁽¹⁾, David Gil B. ⁽²⁾, Lorena Acuña P.⁽²⁾, Ignacio Zamora G.⁽²⁾, Gabriel Sánchez G ⁽¹⁾

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

(2) Médico Etapa de Destinación y Formación, Hospital de Constitución, Constitución, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las taquicardias ventriculares son arritmias con presentación y pronóstico variable. Los síntomas de las taquicardias ventriculares dependen de su frecuencia, su duración y la existencia de enfermedad cardiaca de base. La taquicardia ventricular idiopática. La taquicardia ventricular se presenta la mayoría de las veces en pacientes con cardiopatías estructurales. Se presenta en corazones previamente sanos o con patología no comprobable pudiendo ser taquicardias inducidas por fármacos o por trastornos metabólicos y taquicardias ventriculares idiopáticas.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente 64 años sexo masculino con antecedentes de HTA y DMII NIR ingresa a SUR derivada desde posta rural por cuadro de palpitaciones, síncope y pérdida cualicuantativa de consciencia. Ingres a con taquicardia de complejo ancho e hipotensión, compatible con diagnóstico de taquicardia ventricular inestable. Revierte con tercera CVE. ECG muestra ritmo sinusal eucárdico con infradesnivel en pared inferior y supradesnivel en pared anterior. ECG de control a los 30 minutos no presentan cambios, manejándose SCA. Se coordina traslado para manejo y estudio en HRT. Durante hospitalización se realiza estudio electrofisiológico que muestra taquicardia ventricular del tracto de salida del ventrículo derecho, sin embargo no se puede realizar cartografía al no lograr nueva inducción de la arritmia. En este contexto se decide instalación de DAI que se realiza sin incidentes.

DISCUSIÓN: Al momento de enfrentar un paciente con TV se debe llevar a cabo un manejo oportuno y tener en consideración las complicaciones más comunes como lo es, por ejemplo, el SCA. Las taquicardias ventricular del trato de salida del ventrículo derecho constituyen la mayoría de las taquicardias ventriculares idiopáticas. La TV sintomática debe manejarse siempre con CVE como primera opción y otorgar tratamiento para evitar recurrencia del cuadro. Debido a la imposibilidad de realizar la cartografía se decide instalación de DAI en reemplazo de la terapia ablativa por radiofrecuencia.

Palabras clave: Taquicardia ventricular, taquicardia ventricular idiopática

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

Medicina Interna

Cirugía

Especialidades

Ginecología y Obstetricia

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

ABSCESO PULMONAR CON MANEJO MÉDICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulina Rubilar Ferris (1), Arlette Antoine Martínez (1), Camila Castillo Guajardo (1), Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Rolando Monsalve Sepulveda (1), Loreto Hernández (2)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Médico etapa de destinación y formación Hospital de San Javier, San Javier, Chile.*

INTRODUCCIÓN: El absceso pulmonar (AP) es una necrosis y cavitación del pulmón, secundario a una infección microbiana. Se pueden clasificar como primarios (80%), aquellos que se producen generalmente por aspiración y se asocian a infección anaerobia, y los secundarios que se originan en base a un proceso subyacente o sistémico. Más frecuente en varones y aquellos con factores de riesgo de aspiración.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente femenina de 53 años con antecedente de asma moderada, tabaquismo crónico IPA 60 y diabetes mellitus de reciente diagnóstico. Consulta por cuadro de 3 meses de hemoptisis, baja de peso, sudoración nocturna y dolor en hemitórax derecho. Exámenes destacan elevación de parámetros inflamatorios y radiografía torácica con imagen compatible con AP apical derecho de 6cm de diámetro. Evaluada por cirugía a quienes no impresiona resolución quirúrgica, por lo que se decide hospitalizar para manejo médico con ceftriaxona y clindamicina. Se complementa estudio con test VIH y baciloscopias, siendo negativas y TAC de tórax con contraste que descarta otras alteraciones. Paciente completa ocho semanas de antibioticoterapia evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN: Los AP deben sospecharse en presencia de un cuadro clínico compatible y estudios radiológicos que demuestren su presencia. El inicio de la antibioticoterapia debe ser precoz, reservando el manejo quirúrgico solo en caso de abscesos grandes (> 6 cm), hemoptisis masiva o la no respuesta a tratamiento. Es primordial ampliar el estudio de comorbilidades que pudiesen predisponer al desarrollo de una infección, por lo que es imprescindible el estudio complementario con baciloscopias y TC con contraste.

Palabras clave: Absceso pulmonar, antibioticoterapia, radiografía de tórax

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

HERNIA DE AMYAND, REPORTE DE UN CASO.

Juan Luis Ampuero (1), Maximiliano Alegría B.(1) , Angélica Jara M. (1), Eduardo Andrés Olmedo A. (1)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: La hernia de Amyand es una rara condición caracterizada por la presencia del apéndice vermiforme dentro del saco herniario de una hernia inguinal. Complica el 1% de todas estas hernias, con un tercio de estos casos con apendicitis aguda, condición más excepcional aún. En esta ocasión presentamos un caso de hernia inguinal unilateral de larga data que al ser resuelta electivamente se constata que correspondía a una hernia de Amyand.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 64 años, con hipoacusia, mutismo y hernia inguinal derecha de 10 años de evolución. Acude a policlínico de cirugía para programar hernioplastía electiva, constatándose hernia inguino-escrotal derecha irreductible de 15x14cm de diámetro. Durante el procedimiento, se identifica saco herniario con contenido de íleon terminal, polo cecal de colon y apéndice vermiforme in situ. Se realiza hernioplastía con malla.. Biopsia postoperatoria informa saco herniario con inflamación crónica inespecífica, moderada, y fibrosis de tipo cicatricial focal. Apéndice cecal con meso dentro de límites histológicos normales. Evolución postoperatoria satisfactoria.

DISCUSIÓN: La hernia de Amyand es una situación excepcional, por lo que la presentación de este caso lograra aclarar el manejo ante el enfrentamiento en una situación de este tipo. El tratamiento está definido bajo la clasificación de Losan que la categoriza en 4 tipos. El caso presentado corresponde al tipo 1, cuyo manejo quirúrgico recomendado es la reducción de la hernia, reparación con malla, y apendicectomía en pacientes jóvenes. En los demás tipos no se recomienda la utilización de malla ante la presencia de apendicitis aguda.

Palabras clave: Hernia inguinal, Apéndice vermiforme, apendicitis.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

QUISTE HIDATÍDICO: CÓMO Y CUÁNDO TRATARLO.

Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Rolando Monsalve Sepúlveda (1), Diego Pérez Lorca (1), Paulina Rubilar Ferris (1), Sebastián Pacheco Mejías(1), Geraldine Aniotz Espina (1) , Marcelo Contreras Chávez (2)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Médico Etapa destinación y formación, Hospital de Constitución, Constitución, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La equinococosis es una zoonosis parasitaria, producida por el estado larval del cestodo *Echinococcus*, que generalmente ocurre en áreas rurales. El hígado es el órgano que con más frecuencia se ve afectado. La infección en primera instancia es asintomática, presentándose después de años las primeras manifestaciones, que pueden aparecer debido al crecimiento de los quistes hidatídicos. Su diagnóstico se basa en la clínica, exámenes de laboratorio e imagenología.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 29 años, en situación de ruralidad, con dolor abdominal en hipocondrio derecho y dorso de 8 meses de evolución, con ecotomografía abdominal del 11/01/2017 que informa gran quiste hidatídico hepático 10x16x18 cm, con múltiples tabiques y elementos sólidos en su interior, maduro, evaluada en CESFAM con manejo sintomático desde entonces. Ingresa el 02/09/2017 por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 1 semana de evolución, con aumento del dolor en valsava y tope inspiratorio. Al ingreso alza parámetros inflamatorios y TAC de control: 2 quistes hepáticos de 11.7 y 10 cm en lóbulo hepático derecho sin complicaciones.

DISCUSIÓN : La hidatidosis hepática suele ser inicialmente asintomática siendo su diagnóstico un hallazgo imagenológico. Signos como náuseas, vómitos y hepatomegalia se presentan en quistes mayores a 10 cm. El manejo inicial de la hidatidosis hepática con quistes maduros CE4 y CE5 asintomáticos, con tamaño menor a 10 cm es la observación, sin embargo, ante la presencia de complicaciones, aumento de tamaño o múltiples quistes, la cirugía sigue siendo el tratamiento definitivo.

Palabras clave: *Hidatidosis hepática, Quiste hidatídico, Equinococosis.*

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

PERFORACIÓN ESOFÁGICA IATROGÉNICA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER, REPORTE DE UN CASO.

Ana Muñoz Cornejo (1) Diego Muñoz Cabrera (1) Andrea Alvañay Ramírez (1) Francisco Reyes Urra (1) Gabriel Sánchez González (1) Olaf Acevedo Lejter (2)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

(2) Cirujano Hospital Base de Curicó, Curicó, Chile.

INTRODUCCIÓN: El Divertículo de Zenker(DZ) corresponde a un falso divertículo formado por mucosa y submucosa en un área de debilidad del músculo constrictor faríngeo inferior. Es una patología rara que se presenta en personas mayores, y se debe identificar tempranamente para evitar complicaciones y realizar un manejo adecuado. La perforación esofágica de causa iatrogénica representa más de los 50% de los casos, la mayoría asociadas a procedimientos endoscópicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente cardiópata de 76 años, sexo femenino, ingresa para estudio con ecocardiograma trans-esofágico, evolucionando con dolor cervical y falla respiratoria. Tomografía Computarizada (TC) de cuello revela enfisema subcutáneo compatible con perforación esofágica. Se traslada a UCI manteniendo manejo conservador con antibióticos de amplio espectro. TC de control muestra colección laminar mediastinal. Se interviene instalando drenajes cervicales y mediastínicos, con mala evolución. Control con Transito esofágico revela fuga mediastínica, asociado a salida de contenido bilioso en drenajes. Se traslada a centro de mayor complejidad, efectuándose en un primer tiempo Endoscopia digestiva alta que evidencia DZ perforado, realizándose reparación quirúrgica y un segundo tiempo con videotoracoscopia que revela peel pleural visceral y parietal, realizando aseo quirúrgico. Paciente evoluciona en favorables condiciones.

DISCUSIÓN: La investigación de antecedentes de disfagia cervical siempre debe preceder a procedimientos trans-esofágicos.

La reparación quirúrgica primaria es el procedimiento óptimo, incluso si el diagnóstico se retrasa más de 24 horas, en casos en que se logre identificar el sitio de la lesión, ya que ofrece la más alta probabilidad de supervivencia. Las alternativas a la reparación primaria, como manejo conservador y drenaje quirúrgico deben cumplir requisitos específicos desarrollados por Altorjay en 1997.

Palabras clave: Divertículo de Zenker, Ecocardiografía Transesofágica, Perforación del Esófago

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

SIALOLITIASIS: EXPULSIÓN ESPONTÁNEA DE UN CÁLCULO DE LA GLÁNDULA SUBLINGUAL.

Sebastián Pacheco Mejias (1), Arlette Antoine Martínez (1), Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Diego Pérez Lorca (1), Rolando Monsalve Sepúlveda (1), Bastián Barrueto Cancino (1) Enrique Muñoz Cortés (2) Ignacio Zamora Galleguillo (2)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile*

(2) *Médico Etapa destinación y formación, Hospital de Constitución, Constitución, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La sialolitiasis es una enfermedad de presentación esporádica derivada de la obstrucción al flujo salival producida por un cálculo salival o sialolito alojado en el sistema excretor glandular. Se manifiesta con mayor frecuencia en pacientes de edad adulta y de sexo masculino, asociándose principalmente con las glándulas salivales mayores. Su mecanismo patogénico aún no está del todo establecido. Clínicamente, el sitio afectado presenta aumento de volumen, de consistencia dura, móvil, fácilmente desplazable, asociado a dolor en relación a la estimulación de la secreción salival. Se puede asociar a signos de infección. El manejo incluye el tratamiento de las complicaciones infecciosas y la extracción quirúrgica del sialolito.

PRESENTACIÓN DEL CASO : Hombre de 46 años, sin antecedentes médicos, presenta cuadro de un día de evolución de calor, eritema y aumento de volumen doloroso del piso de la boca, asociado a salida de pus de poca cuantía y sensación febril. Es evaluado por odontólogo quien sugiere probable foco dental y es derivado a hospital de Constitución para hospitalización y manejo antibiótico endovenoso.

Completa dos días de tratamiento, presentando expulsión espontánea del sialolito con posterior drenaje de material purulento.

DISCUSIÓN: La sialoadenitis es una patología poco frecuente que afecta raramente la glándula sublingual. La clínica sugiere el diagnóstico, sin embargo, se debe descartar otros procesos inflamatorios bucales. El manejo apunta al tratamiento de las complicaciones infecciosas con antibioterapia endovenosa y la corrección de la causa que incluye la extracción quirúrgica del sialolito. La expulsión espontánea del cálculo evita la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Sialolitiasis, sialadenitis, sublingual.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

SÍNDROME DE BOUVERET. REPORTE DE UN CASO.

Cristian Figueroa Hernández (1), Francisco Ramos Valenzuela (1), María José Farías (1), Gabriel Sánchez González (1), Francisco Reyes Urra (1)

(1)Universidad de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar. Corresponde a una obstrucción duodenal secundaria a la migración de un cálculo vesicular a través de una fístula bilioentérica.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 72 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en Urgencias por dolor abdominal de 4 meses de evolución, asociado a vómitos y baja de peso, que se acentúa en las últimas 24 horas agregándose distensión abdominal importante e intolerancia a la alimentación. Trae exámenes recientes solicitados en policlínico de cirugía donde destaca Tomografía computarizada abdominal con evidencia de fístula bilioentérica y endoscopía digestiva alta con úlcera extensa de antro pilórico con estómago de retención, informe negativo para malignidad. Se sospecha obstrucción por lo cual se ingresa a pabellón para laparotomía exploradora. Se realiza laparotomía subcostal bilateral palpándose masa pétreo en duodeno, se decide hacer bypass de lesión mediante gastroyeyunoanastomosis en asa y mediante incisión de gastrotomía se extrae cálculo de 10 x 5 cm impactado en píloro y duodeno.

DISCUSIÓN: El síndrome de Bouveret es una entidad de difícil diagnóstico en un paciente con clínica de obstrucción intestinal, por lo que el estudio de imágenes juega un rol fundamental. La tomografía computarizada y la endoscopia son los métodos de elección. El tratamiento es la extracción del cálculo para superar la obstrucción, la que se puede realizar por vía endoscópica o quirúrgica clásica.

Palabras clave: Sialolitiasis, sialadenitis, sublingual.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

GLIOBLASTOMA MULTIFORME DE LA REGIÓN PINEAL CON DISEMINACIÓN LEPTOMENÍNGEA Y METÁSTASIS ESPINALES: REPORTE DE UN CASO

Joaquín Bustos H.(1) , Sebastián Rodríguez D.(1) , María Salas G.(1) , Luis Contreras S.(2)

(1) *Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.*

(2) *Neurocirujano, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: Los tumores de la región pineal corresponden a menos del 1% de las neoplasias intracraneanas en adultos y se manifiestan típicamente con cefalea, vómitos y trastornos visuales. Dentro de los diagnósticos histológicos posibles, el Glioblastoma Multiforme (GBM) de la región pineal es una de las entidades menos frecuentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 62 años, consulta por cefalea, vómitos y diplopia. La resonancia magnética (RM) de cerebro evidencia lesión única expansiva de captación heterogénea en región pineal (Fig. 1). La RM de médula espinal evidencia múltiples lesiones leptomeníngeas sugerentes de diseminación espinal (Fig. 2). Es sometido a tercer ventriculostomía para resolución de hidrocefalia. Posteriormente se biopsia lesión metastásica subaracnoidea espinal, resultando compatible con GBM. Evoluciona con alivio de cefalea, persistiendo trastorno visual. Se inicia corticoterapia y se deriva para quimioterapia y radioterapia.

DISCUSIÓN: Debido a la gran variedad histológica de tumores de la región pineal, es necesaria una biopsia de la lesión para determinar el diagnóstico y definir el tratamiento específico. El manejo del GBM comprende la cirugía radical con resección de al menos un 80% de la lesión, asociado a quimio y radioterapia adyuvante. La presencia de diseminación leptomeníngea condiciona a la cirugía como una medida sin impacto en la sobrevida, dejando como única alternativa la terapia paliativa. En este reporte se demuestra que es factible realizar el diagnóstico histológico del tumor mediante la toma de muestra de la lesión subaracnoidea espinal, sin necesidad de una biopsia de la lesión pineal, la cual constituye un procedimiento de alto riesgo.

Palabras clave: Tumor Pineal, Glioblastoma Multiforme, Metástasis Espinal.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

HEMATOMA EPIDURAL ESPONTÁNEO: REPORTE DE UN CASO

Joaquín Bustos H(1) Sebastián Rodríguez D(1) Fernanda San Martín L(2) Diego Pérez L(2) Patricio Bustos G(3)

(1) *Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.*

(2) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(3) *Neurocirujano, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: El Hematoma Epidural Espontáneo (HEE) es una entidad infrecuente, que se caracteriza por sangre dentro del espacio epidural sin causa traumática o iatrogénica conocida, de curso clínico rápido y a veces irreversible. Factores de riesgo asociados son coagulopatías y malformaciones arteriovenosas, entre otros. El tratamiento consiste en la descompresión y evacuación del hematoma. El pronóstico depende de la precocidad del diagnóstico y manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo femenino, 70 años, sin antecedentes relevantes, consulta por síndrome consuntivo de dos meses de evolución. En laboratorio de ingreso destaca Hemoglobina 7.6, Leucocitos 49.710, Plaquetas 152.000. Ingresar para estudio de Síndrome Mielodisplásico. Durante hospitalización presenta dolor intenso de inicio súbito en caderas y rodilla derecha, sin desencadenante evidente. Evoluciona rápidamente con paraplejía y Retención urinaria. TC de columna muestra hiperdensidad espontánea intrarraquídea RM evidencia lesión intrarraquídea extradural sugerente de hematoma epidural espontáneo Es intervenida en dos ocasiones para descompresión y vaciamiento de hematoma, sin recuperación del déficit.

DISCUSIÓN: El HEE constituye una urgencia neuroquirúrgica infrecuente, que requiere de diagnóstico e intervención precoz para evitar daño neurológico irreversible. La gran mayoría de los casos se manifiesta inicialmente como dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores asociado a déficit neurológico progresivo. La RM de columna es el estudio de elección, el cual evidencia lesión que puede cambiar en el tiempo, siendo inicialmente isointensa en T1 e hiperintensa en T2. El tratamiento consiste en laminectomía descompresiva y evacuación del hematoma. A mayor severidad clínica y rapidez de instalación, el pronóstico neurológico empeora.

Palabras clave: Hematoma Epidural Espontáneo, Mielodisplasia, Laminectomía Descompresiva.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

HIDROCEFALIA COMUNICANTE COMO COMPLICACIÓN DE MENINGITIS TUBERCULOSA. APROÓSITO DE UN CASO

Sebastián Rodríguez D.(1) , Joaquín Bustos H.(1) , Luis Contreras S.(2)

(1) *Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.*

(2) *Neurocirujano, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: Las meningitis tuberculosa (TBM) ocurre en contexto de una tuberculosis diseminada en un 1-5%. La clínica varía de cefalea hasta hipertensión endocraneana. La principal complicación es la hidrocefalia de tipo comunicante, la cual en 2/3 de los casos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 39 años, con diagnóstico de tuberculosis meníngea seis meses previos al ingreso. Consulta por cefalea persistente, vómitos y alteración de la marcha, examen físico destaca papiledema y rigidez de nuca. Resonancia Magnética (RM) revela hidrocefalia comunicante. Líquido cerebro espinal demuestra Glucosa 43 Proteína 61 Eritrocitos 25 Leucocitos 5 (100% mononucleares) Cultivo (-). Baciloscopía (-) RCP (-) Se instala drenaje ventricular externo de urgencia, postergándose derivación ventrículo peritoneal (DVP) hasta lograr mejoría clínica. Evoluciona con disminución de hidrocefalia, alivio de los síntomas, sin discapacidad. Posterior a lo cual se instala DVP.

DISCUSIÓN: El pilar terapéutico de la hidrocefalia comunicante es quirúrgico mediante la realización de una derivación ventricular, sin embargo, existe la alternativa de manejo médico con drogas antituberculosas y fármacos que disminuyen producción de líquido cefalorraquídeo previo a la resolución definitiva, ya que existe el temor que haya diseminación peritoneal de la infección. El manejo médico supone un mayor riesgo de presentar deterioro clínico durante este período, por lo que se realiza bajo estricta observación, logrando . En este caso presentamos una paciente con manejo médico antituberculoso que cursó con deterioro posterior, requiriendo manejo quirúrgico de urgencia. Cabe destacar que, si bien existe el riesgo teórico de diseminación al instalar DVP, no hay casos reportados, por lo que se podría plantear la intervención quirúrgica precoz como tratamiento de primera línea, dada mortalidad cercanas al 30% variando según grado clínico.

Palabras clave: Meningitis Tuberculosa, Hidrocefalia, Derivación ventrículo peritoneal.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

ENFERMEDAD DE LHERMITTE-DUCLOS RECURRENTE Y SÍNDROME DE COWDEN ASOCIADO: REPORTE DE CASO.

Joaquín Bustos Hochstetter (1), Sebastián Rodríguez de la Jara (1) Patricio Bustos Garrido (2)

(1) *Universidad de los Andes, Santiago, Chile.*

(1) *Neurocirujano, Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Lhermitte-Duclos (LDD) corresponde a un gangliocitoma displásico; tumor cerebeloso benigno que clínicamente varía desde asintomático hasta síntomas de Hipertensión Endocraneana (HTEC) por hidrocefalia obstructiva y/o un Síndrome Cerebeloso. El tratamiento es quirúrgico y tiene buen pronóstico. Suele asociarse al Síndrome de Cowden, enfermedad hereditaria que se caracteriza por tumores hamartomatosos múltiples y mayor riesgo de cáncer de tiroides, mama y endometrio, entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenino de 53 años con antecedente de LDD operado hace quince años, con derivación ventrículo-peritoneal asociada. Portadora de Síndrome de Cowden con cáncer de tiroides y de mama operados. Presenta cuadro de ocho meses de evolución de cefalea occipital progresiva, vértigo y ataxia. Resonancia Magnética de Cerebro (RMC) revela lesión única expansiva cerebelosa derecha, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 sugerente de gangliocitoma displásico. Se realiza resección tumoral subtotal, con mejoría de cefalea y de síndrome cerebeloso. Histología confirma diagnóstico planteado.

DISCUSIÓN: LDD es una causa infrecuente de síndrome cerebeloso y síntomas de HTEC. La RMC se caracteriza por lesión cerebelosa unilateral, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2. El tratamiento consiste en la descompresión de fosa posterior mediante resección, que suele ser subtotal para evitar mayor daño neurológico, lo que supone riesgo de recurrencia. Dada la naturaleza benigna de la lesión, no requiere adyuvancia, sin embargo, el seguimiento debe ser estricto debido a la posibilidad de recidiva y a la coexistencia con Síndrome de Cowden, por riesgos previamente mencionados.

Palabras clave: Enfermedad de Lhermitte-Duclos, Gangliocitoma Displásico, Síndrome de Cowden..

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

OZONOTERAPIA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DISCAL LUMBAR, REPORTE DE UN CASO.

Fernanda San Martín Lobos (1), Diego Pérez Lorca (1), Joaquín Bustos Hochstetter (2), Sebastián Rodríguez de la Jara (2), Eduardo Olmedo Antinao (1), Angélica Jara Muñoz(1)Francisco Rico Fernández (3)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

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

(3) Neurocirujano, Hospital San Juan de Dios de Curicó, Curicó, Chile.

INTRODUCCION: La ozonoterapia consiste en el uso de una mezcla de oxígeno médico con ozono(O₂-O₃), que debe ser producida *in situ* para cada aplicación, sea tópica, infiltrativa o sistémica. Se ha extendido su uso para tratamiento de numerosas patologías músculo-articulares, en particular, de hernia discal lumbar.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente femenina, de 64 años, con enfermedad lumbar degenerativa L4-L5 y L5-S1 de dos años de evolución. Evaluada inicialmente por Traumatología por lumbalgia irradiada a miembro inferior izquierdo, exacerbada con deambulación y que cede con reposo, asociada a parestesia. Resonancia magnética evidencia hernia del núcleo pulposo a nivel de L5-S1. Sin respuesta a tratamiento kinésico y farmacológico, con indicación de resolución quirúrgica: discectomía L5-S1; rechazada por paciente. Neurocirugía plantea alternativa de bloqueo discal y ozonoterapia L5-S1, realizándose infiltración de 30 cc de O₂-O₃ a concentración de 35%, apreciándose cambios del disco por fluoroscopia, y bloqueo foraminal de L5-S1 bilateral. Evoluciona favorablemente, con alta el mismo día y asintomática en el control, al séptimo día postoperatorio.

DISCUSION: El tratamiento de hernia discal con ozonoterapia se basa, teóricamente, en que el origen del dolor radicular estaría dado por una reacción inmune y mecanismos pro-inflamatorios. Hallazgos en aplicaciones con O₂-O₃ sugieren aumento de perfusión local, inhibición de inductores inflamatorios y mediadores en el proceso del dolor, acción lítica sobre el núcleo pulposo con descompresión de raíces nerviosas. Se ha descrito un índice de mejoría del 80%, con escasos efectos adversos. Ozonoterapia constituye una segura y efectiva alternativa a cirugía, pero se requieren más estudios para establecer protocolos de tratamiento.

Palabras clave: Lumbalgia, Hernia discal, Ozono.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO INICIAL DEL TRAUMA VASCULAR PERIFÉRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juan Ortega (1), Franco Ferrada Arias (1), Eduardo Ortiz Vera (1), Paulina Ramos Vásquez (1)

(1) *Universidad de Talca. Talca, Chile.*

INTRODUCCIÓN: El trauma vascular periférico (TVP) es una de las consecuencias más graves del politraumatismo, representando un peligro para la vida del paciente y una amenaza para la viabilidad de las extremidades.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino, 25 años, sin antecedentes mórbidos, es trasladado al Hospital Regional de Talca por sufrir accidente tipo colisión en motocicleta. Ingresa en tabla espinal, hemodinámicamente estable, taquicárdico y taquipneico. Al examen físico destaca tórax asimétrico, hipoexpansible. Extremidad inferior (EI) derecha en rotación externa con deformidad a nivel del muslo. El izquierda con deformidad a nivel de la pierna. El sin compromiso vascular/nervioso evidente. Se traslada paciente a pabellón, se resuelve neumotórax derecho y se realiza reducción cerrada con fijación externa de fractura de tibia izquierda y de fémur derecho.

Dentro del postoperatorio inmediato el paciente evoluciona con frialdad y ausencia de pulsos distales en EI izquierda, confirmados con ecografía doppler, indicando exploración vascular inmediata que identifica trauma vascular de arteria poplítea.

DISCUSIÓN: El reconocimiento del TVP puede ser complejo debido a que muchas veces se presenta asociado a otro tipo de lesiones o simplemente no es evidente, lo que hace perentoria su búsqueda activa.

Su identificación y manejo inicial, la mayoría de las veces estará a cargo del médico general, quien deberá evaluar de forma completa y sistemática al paciente, descartando lesiones de riesgo vital y realizando una exploración vascular completa, que permita sospechar y clasificar la gravedad del trauma, estableciendo así un diagnóstico, manejo y derivación oportuna a un centro asistencial acorde a la complejidad del escenario.

Palabras clave: Cirugía, Trauma vascular, Extremidades.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

APENDICITIS AGUDA EN LACTANTE, REPORTE DE UN CASO.

Rolando Monsalve Sepúlveda (1), Estefanía Chávez Fuentes(2), Arlette Antoine Martínez (1), Paulina Rubilar Feris (1), Sebastián Pacheco Mejías (1), Ignacio Flores Soto(3), Mónica Vargas Díaz (4)

(1) Univerisad de Talca, Talca, Chile.

(2) Universidad de Chile, Santiago, Chile.

(3) Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

(4) Médico Cirujano Hospital de niños Luis Calvo Mackenna, Providencia, Chile.

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda en población menor a dos años es una entidad muy infrecuente, de difícil diagnóstico y que puede llegar a producir gran morbimortalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Lactante menor masculino de 3 meses, alimentado con lactancia materna, con antecedente de recién nacido de término a las 40 semanas de gestación por parto vaginal espontáneo, y enterocolitis necrotizante a los 14 días de vida. Presenta cuadro de 10 horas de evolución caracterizado por cuatro episodios de vómitos asociados a decaimiento, irritabilidad y dos deposiciones líquidas fétidas, sin mucosidad ni sangre, sin fiebre. Ingresa subfebril y taquicárdico. Examen físico destaca abdomen distendido y sensibilidad difusa. Exámenes de laboratorio con hiperglicemia 210 mg/dl, PCR 29 mg/l, hemograma normal sin leucocitosis, sedimento de orina negativo. Ecotomografía abdominal sugerente de apendicitis aguda, evidenció apéndice cecal de 9 mm con aparente apendicolito en su interior, asociado a edema en grasa periapendicular. Se efectúa videolaparoscopia diagnóstica a 14 horas tras su ingreso al centro asistencial, visualizándose apéndice cecal libre, enrollado, congestivo, engrosado en su tercio distal, sin perforación macroscópica aparente, realizándose apendicectomía extracorpórea, sin incidentes.

DISCUSIÓN: La pesquisa de apendicitis aguda en lactantes suele ser tardía, debido a la semiología inespecífica, por consiguiente, aumenta el riesgo de apendicitis complicadas al momento del diagnóstico, reportándose en estudios mayor tasa de perforación a medida que disminuye la edad de presentación del cuadro. Uso de ecotomografía abdominal como parte de la exploración complementaria puede ser útil en detección oportuna de apendicitis aguda en subpoblaciones de difícil diagnóstico como ocurrió en el caso reportado.

Palabras clave: Apendicitis, abdomen agudo, lactantes.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

Medicina Interna

Cirugía

Especialidades

Ginecología y Obstetricia

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

DISFUNCION PATELOFEMORAL.REPORTE DE UN CASO.

Matías Morán Villena (1), Hugo Rodríguez Martínez (1), Agustín Morán Villena (2), Roberto Cortés Pérez(2), Pablo Rodríguez Fuentes (1), Camila Pérez Pinto (1), José Ballester Laffert (3)

(1) *Universidad de Talca, Talca , Chile*

(2) *Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile*

(3) *Traumatólogo, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile.*

INTRODUCCIÓN : La disfunción patelofemoral corresponde a una enfermedad de mayor frecuencia en pacientes jóvenes e involucra múltiples factores, entre ellos la alineación de miembro inferior, estructura ósea patelar y troclear, y estabilizadores estáticos y dinámicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO : Paciente sexo femenino 18 años, presenta dolor articular de rodilla izquierda de más de 10 años de evolución asociado a múltiples episodios de luxación patelar. Se realiza radiografía de rodilla destacando mal alineamiento coronal, patela lateralizada sobre cóndilo, alta, displasia troclear, superficie articular mayor a 145°, Dejour B. Tomografía computarizada muestra patela Wiberg II, corroborada con resonancia magnética. Se realiza cirugía con abordaje cara lateral rodilla derecha, zeta-plastía de retináculo lateral, osteotomía subcondral en cóndilo lateral remodelamiento de surco intercondíleo, fijación con hueso subcondral. En segunda intervención se realiza condroplastía con radiofrecuencia de cara lateral de patela, mal tracking patelar, se toma injerto de semitendinoso, abordaje cara medial parapatelar, se colocan 2 anclas 4.75 swivelock, se fija injerto en anclas de patela, se genera túnel femoral y se pasa injerto, realineación con visión de artroscopia, y finalmente fijación de injerto con tigtrope, flexión de rodilla en 30°.

DISCUSIÓN : El diagnóstico de inestabilidad patelofemoral es un desafío para el médico. Su clínica va desde dolor en la región anterior de la rodilla, limitación funcional, atrofia muscular hasta episodios de luxación/subluxación de patela. Por su origen multifactorial, debe realizarse un estudio individualizado para conocer los factores involucrados en su aparición y así realizar una adecuada intervención dependiendo de los hallazgos.

Palabras clave: articulación patelofemoral, luxación de la rótula, síndrome de dolor patelofemoral.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

ENFERMEDAD DE LEGG-CALVE-PERTHES, REPORTE DE UN CASO.

Hugo Rodríguez Martínez (1), Fernanda San Martín Lobos (1), Matías Moran Villena (1), Sebastián Campos Peralta (1), Herman Kosler Huserman (2).

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile*

(2) *Traumatólogo, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile.*

INTRODUCCION: La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes se caracteriza por presentar una necrosis avascular de la cabeza femoral durante la infancia, el cual puede acabar en coxartrosis severa. Es más frecuente en hombres que mujeres con una relación 4:1, siendo monolateral hasta en un 90%, con una presentación clásica entre los 2 - 10 años y una incidencia de 1:1500 niños.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente masculino de 5 años, sin antecedentes, consulta por coxalgia izquierda intermitente y claudicación en la marcha de 1 mes de evolución, que se intensifica en la última semana. Al examen físico presenta dolor leve a la movilización pasiva y activa, rotación interna y abducción. Se hospitaliza para completar estudios por probable Enfermedad de Perthes.

Se solicita radiografía de pelvis antero-posterior y Lowenstein izquierda, mostrando aumento del espacio articular, con aplanamiento e irregularidad de la epífisis femoral. Se solicita un cintigrama óseo trifásico que evidencia hipoperfusión y actividad osteoblástica marcadamente disminuida en la epífisis proximal del fémur izquierdo. Esto confirma el diagnóstico clínico e imagenológico de Enfermedad de Perthes, por lo que se indica descarga de extremidad.

DISCUSION: La Enfermedad de Perthes es causada por la interrupción del flujo vascular a la epífisis femoral, de causa aún desconocida. Si bien, los signos clínicos y la edad son característicos, no es posible descartarlo con una radiografía normal, ya que, en etapas iniciales, no presentan alteraciones. El tratamiento ortopédico consiste en mantener la cabeza femoral en posición correcta, evitando la sobrecarga en la articulación, tal como en el caso, y evitar el progreso de la patología.

Palabras clave: Enfermedad de Legg-Calve-Perthes; Necrosis avascular; Tratamiento ortopédico conservador.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

FRACTURA DE PLATILLOS TIBIALES TIPO VI DE SCHATZKER. REPORTE DE UN CASO.

Matías Morán Villena (1), Cristián Figueroa Hernández (1), Hugo Rodríguez Martínez(1), Agustín Morán Villena(2), Camila Pérez Pinto (1), Pablo Rodríguez Fuentes (1), José Ballester Laffert (3)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile*

(3) *Traumatólogo, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile.*

INTRODUCCIÓN : La correcta función de una articulación depende de la congruencia articular, estabilidad, correcta distribución de cargas y de un cartílago articular normal. En particular, las fracturas de platillos tibiales tipo VI de la clasificación de Schatzker constituyen un serio problema, ya que involucran incongruencia articular, conminución ósea y disociación metafiso-diafisaria, lo que las convierte en lesiones muy inestables.

PRESENTACIÓN DEL CASO : Paciente de 35 años refiere golpe en región proximal de pierna derecha, evolucionando con dolor, aumento de volumen e impotencia funcional. Se realiza radiografía de rodilla que destaca fractura proximal de pierna derecha. Tomografía computarizada evidencia fractura de platillo tibial rasgo transverso y conminuta, con compromiso de superficie articular y espinas tibiales, Schatzker VI. Se hospitaliza, evolucionando con cianosis distal de la extremidad, palidez y ausencia de pulso pedio y tibial posterior, lesión de partes blandas Tscherne II. Se interviene quirúrgicamente mediante abordaje posteromedial de tibia proximal, con reducción temporal con agujas de Kirschner y se instala placa medial de tibia proximal bloqueada. Luego se realiza abordaje antero lateral de tibia proximal, realizando artrotomía lateral, se ubica menisco y se instala placa tibial proximal, con radioscopia satisfactoria.

DISCUSIÓN : Las fracturas del platillo tibial son lesiones graves, que requieren de un exacto diagnóstico, adecuado tratamiento y óptima rehabilitación para lograr buenos resultados a largo plazo. Sin embargo existen variables interdependientes como el grado de conminución, la integridad ósea, el desplazamiento y la estabilidad articular, que son difíciles de valorar y dificultan el pronóstico, siendo fundamental la restitución anatómica y la movilidad precoz.

Palabras clave: tibia, fracturas de la tibia, traumatismos de la pierna

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

SINDROME COMPARTIMENTAL AGUDO, COMO COMPLICACION DE FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL LATERAL. REPORTE DE UN CASO.

Hugo Rodríguez Martínez (1), Fernanda San Martín Lobos (1), Matías Moran Villena (1), Agustín Moran Villena (2).

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile*

(2) *Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.*

INTRODUCCION: El Síndrome Compartimental es una elevación de la presión intersticial, mayor que la presión de perfusión capilar dentro de un compartimiento osteofacial cerrado, lo cual provoca un compromiso del flujo sanguíneo en el músculo y el nervio, generando un daño tisular, por lo que la viabilidad muscular y nerviosa se ve comprometida, al no generarse un correcto aporte sanguíneo.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes mórbidos, sufre atropello por vehículo motorizado en vía pública. Ingresa al servicio de urgencia con dolor localizado en rodilla derecha, asociado a aumento de volumen sin deformidad. Se realiza radiografía de rodilla derecha antero posterior, lateral y oblicua, que evidencia fractura de platillo tibial lateral clasificación Schatzker I, por lo que se maneja con yeso cerrado, en espera de resolución quirúrgica. A las 24 horas del ingreso, evoluciona con aumento de dolor de forma progresiva, asociado a parestesia, palidez y disminución del pulso pedio de dicha extremidad. Se diagnostica síndrome compartimental agudo, ingresando a pabellón para fasciotomía descompresiva del compartimiento lateral de la pierna, evolucionando de forma satisfactoria.

DISCUSION: El síndrome compartimental agudo es considerado urgencia quirúrgica, que requiere un diagnóstico y tratamiento tempranos, evitando así una pérdida de función del miembro o incluso de la viabilidad del mismo. Esto indica la importancia de la sospecha y diagnóstico precoz, por parte de los médicos generales y especialistas, realizando una fasciotomía de los compartimentos afectados oportunamente, evitando de esta forma el daño tisular irreversible.

Palabras clave: Síndrome compartimental agudo, Fractura platillo tibial, Daño tisular.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

HERPES ZOSTER DISEMINADO EN ADULTO MAYOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Gabriel Sánchez González (1), Francisco Reyes Urra (1) Pablo Rodríguez Fuentes. (1), Camila Pérez Pinto (1) Ana Muñoz Cornejo (1) Robin Álvarez Contreras (2), Javier Arellano Lorca. (3)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

(2) *Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

(3) *Médico Dermatólogo, Jefe Unidad de Dermatología Hospital San Borja Arriarán, Universidad de Chile, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: El herpes zoster (HZ) corresponde a la reactivación del virus varicela zoster latente en los ganglios sensoriales raquídeos y de los pares craneales, su frecuencia aumenta en pacientes adultos mayores (AM) e inmunidad disminuida.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino 72 años con antecedentes de hipertensión arterial ingresa por cuadro de 2 días de compromiso de conciencia cualitativa progresiva y anuria. Al examen físico destaca deshidratación mucocutánea y presencia de lesiones vesico-ampulares en hemiabdomen izquierdo con distribución metamérica en dermatoma T10-T11, destacando lesiones satélites en tórax, dorso y extremidades inferiores. Al laboratorio destaca hiponatremia severa Na^+ :114, Creatinina 1,39, BUN: 28, iniciándose corrección de natremia. Es evaluado por dermatología e infectología quienes diagnostican lesiones compatibles con HZ diseminado, indicando tratamiento con Aciclovir ajustado a función renal, amitriptilina para manejo de dolor y examen VIH (-). Paciente evoluciona favorablemente con estabilización de función renal y corrección de natremia, completando 12 días de tratamiento con antiviral, destacando lesiones costrosas en fase de regresión, sin evidencia de sobreinfección bacteriana, por lo que se mantiene en curaciones periódicas.

DISCUSIÓN: El HZ diseminado, corresponde a una erupción generalizada de más de 20 vesículas extradermatomas. Complicación frecuente en AM donde se asume la depresión celular relacionada con la edad como un factor determinante. El tratamiento de elección son los antivirales y se reservan para aquellos pacientes con riesgo de enfermedad severa. La presentación diseminada del HZ es potencialmente mortal y por lo tanto el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son esenciales para evitar sus implicancias.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

INFARTO TESTICULAR SEGMENTARIO: UN DIAGNÓSTICO ATÍPICO EN ADOLESCENTE CON DOLOR ESCROTAL AGUDO.

Sebastián Pacheco Mejias (1) Johana Oporto Valdebenito (1), Arlette Antoine Martínez (1), Paulina Rubilar Feris (1), Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Constanza Pilar Ocampo López (1)

(1) *Universidad de Talca, Talca, Chile.*

INTRODUCCIÓN: El infarto testicular segmentario es una entidad infrecuente que se presenta mayormente en la tercera década de vida. Su etiología es generalmente idiopática. Se puede manifestar como dolor escrotal agudo o subagudo. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y las pruebas de imagen, fundamentalmente Ecografía-doppler y Resonancia Nuclear Magnética, que deben sugerir esta patología y permitir un tratamiento conservador oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Adolescente de 16 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias del Hospital Base de Curicó por dolor abdominal inespecífico, mayor en fosa iliaca derecha. Se constata leve aumento de volumen testicular derecho por lo que se realiza Ecografía-doppler testicular que informa nódulo sólido y lobulado en tercio superior testículo derecho sospechoso de lesión infiltrativa, con marcadores tumorales normales. Se realiza Orquidectomía ampliada derecha ante sospecha de tumor testicular.

El informe anatomopatológico concluye infarto hemorrágico reciente del testículo e inmunohistoquímica descarta neoplasia de células germinales.

DISCUSIÓN: El infarto testicular segmentario es una patología poco frecuente en la población adolescente, que puede ser confundida clínica e imagenológicamente con un tumor testicular, por lo que frecuentemente es un diagnóstico postoperatorio. La confirmación diagnóstica está dada por análisis anatomopatológico, sin embargo, la Ecografía-doppler parece ser de utilidad ante la sospecha. Esto puede favorecer un diagnóstico oportuno que permita un manejo conservador.

Palabras clave: Infarto, Testicular, Tumor.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

PRIAPISMO DE BAJO FLUJO SECUNDARIO A QUIMIOTERAPIA, REPORTE DE UN CASO.

Valentina Opazo Márquez (1), Camila Correa Reyes (1) Josefina Claude García Huidobro (1), Diego Paredes Jalil (1), Italo Raineri Valenzuela (2), Ignacio Morales Dinamarca (3).

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

(2) Médico cirujano, servicio de Urología, Hospital Parroquial de San Bernardo. Santiago, Chile.

(3) Urólogo, Hospital Parroquial de San Bernardo. Santiago, Chile.

INTRODUCCION: Dentro de las etiologías del priapismo de bajo flujo destacan secundaria a fármacos, drogas, discrasias sanguíneas, enfermedades metabólicas, e idiopática, entre otras. Su manejo constituye una urgencia urológica dado el riesgo de disfunción eréctil, con un pronóstico proporcional al tiempo de evolución. En el manejo de primera línea se encuentran simpaticomiméticos y la aspiración, existiendo alternativas como el shunt caverno-esponjoso.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente de 73 años, con antecedentes de Linfoma no Hodgkin, cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, enfermedad arterial oclusiva, resistencia a la insulina y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Presenta cuadro de 10 días de evolución de erección peneana dolorosa, que inicia 5 días posterior a cuarto ciclo de quimioterapia. Fue hospitalizado en otro centro asistencial donde se maneja de forma conservadora dado normalidad de gases arteriales. Por persistencia de cuadro reconsulta. Al ingreso destaca ingurgitación de cuerpos cavernosos y flacidez de glande, por lo que se realiza cirugía de urgencia bajo el diagnóstico de priapismo isquémico. Se aspiran cuerpos cavernosos, dando salida a sangre oscura coagulada, se inyecta Efedrina en dilución y se realizan lavados con suero fisiológico hasta detumescencia. Al día siguiente evoluciona con nuevo cuadro de priapismo, por lo que se realiza lavado aspirativo de cuerpos cavernosos. Ecodoppler informa ausencia de flujo arterial de ambos cuerpos cavernosos. Paciente evoluciona de forma favorable, sin dolor ni recurrencias.

DISCUSION: El priapismo secundario a fármacos es la etiología más probable en este caso. A pesar del tratamiento adecuado, el tiempo de evolución determina un pronóstico desfavorable.

Palabras clave: Priapismo, quimioterapia, Linfoma.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

TRAUMA CORNEAL SECUNDARIO A USO DE PÓLVORA: REPORTE DE DOS CASOS.

Diego Paredes Jalil (1), María Josefina Claude García-Huidobro (1), Camila Correa Reyes (1), Valentina Opazo Marquez (1), Osvaldo Berger Ovalle (2)

(1) *Universidad de los Andes, Santiago de Chile*

(2) *Oftalmólogo, Hospital Militar de Santiago, Santiago de Chile*

INTRODUCCIÓN: El trauma ocular secundario a la exposición a elementos explosivos es algo que ha sido reportado escasamente en la literatura. Estos casos generalmente se asocian al uso de armas de fuego y de elementos pirotécnicos. Este puede ser de diversa significancia, desde conjuntivitis leve a abrasiones corneales e incluso contusiones oculares. Desde el punto de vista de la sintomatología, lo más observado es disminución de agudeza visual y posteriormente elevación de la presión intraocular.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se observan dos pacientes jóvenes que consultan a Oftalmología posterior a explosión de municiones cerca de su rostro, ingresando parte de los elementos en los ojos, lo que produce un cuadro clínico sugerente de queratitis aguda. Se decide aplicar manejo conservador, con oclusión de los globos oculares comprometidos, uso intensivo de lágrimas artificiales y antibióticos tópicos.

DISCUSIÓN: En ambos casos el manejo es concordante con el que se encuentra señalado en la literatura. En función de esto, se propone como primer esquema de manejo uno de tipo conservador y reservar las intervenciones quirúrgicas para aquellos con compromiso de cristalino y retina, así como la presencia de trauma ocular abierto.

Palabras clave: Córnea, Traumatismos, Polvo

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

OFTALMOPLEJÍA EXTERNA PROGRESIVA CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO.

Oswaldo Berger Ovalle (1), María Josefina Claude García-Huidobro (2), Diego Paredes Jalil (2), Camila Correa Reyes (2), Valentina Opazo Márquez (2)

(1) *Oftalmólogo. Servicio Oftalmología, Hospital Militar de Santiago, Santiago.*

(2) *Universidad de los Andes, Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN: La oftalmoplejia externa progresiva crónica es una patología mitocondrial que se presenta a cualquier edad con ptosis bilateral gradual y oftalmoparesia difusa, que compensa con movimientos cefálicos. El signo característico es el déficit en la función del músculo elevador del párpado. El diagnóstico es clínico, pero generalmente se complementa con TAC o RNM que muestra atrofia de músculos extrínsecos oculares.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Una paciente de 70 años, sin antecedentes mórbidos, refiere que desde la infancia presenta alteraciones de la motilidad ocular, con pérdida del eje visual, diplopía y limitación de la movilidad ocular. Posteriormente se agrega ptosis progresiva bilateral con compromiso del eje pupilar, que ha sido corregida con cirugías. Destaca que su madre y hermana presentan los mismos síntomas. Al examen físico presenta agudeza visual mejor corregida de 0.3 en ambos ojos, que mejora al levantar párpados a 0.8 en derecha y 0.7 en izquierda, ptosis severa bilateral. En la biomicroscopía se observa facoesclerosis leve bilateral. Resto del examen sin alteraciones. Se maneja en forma conservadora con controles seriados, optimización de la refracción y lubricación.

DISCUSIÓN: La oftalmoplejia externa progresiva crónica es una patología poco frecuente, siendo escasamente reportada a nivel nacional e internacional. El manejo de estos pacientes incluye: reservar la cirugía para los casos con real indicación y la consejería genética asociada. En este caso se decide realizar un manejo conservador con optimización de la función visual. Por otro lado, a pesar de no contar con estudios genéticos de este paciente, esto permite poder realizar consejería genética.

Palabras clave: Oftalmoplejía externa progresiva crónica, distrofia muscular ocular, miopatía mitocondrial ocular.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

SÍNDROME DE GANSER: REPORTE DE UN CASO.

Rolando Monsalve Sepúlveda (1); Paulina Rubilar Feris (1); Bastián Barrueto Cancino (2), Arlette Antoine Martínez (1), Sebastián Pacheco Mejías (1), Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Diego Barttlet González (2)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

(2) Médico Psiquiatra, Hospital San Juan de Dios, Curicó, Chile.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Ganser (SG), descrito por primera vez en 1987 por Sigbert Ganser, se caracteriza por respuestas aproximadas, alteración de la conciencia, síntomas conversivos y pseudoalucinaciones. La etiología del SG continúa siendo materia de debate en psiquiatría.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 46 años, con antecedentes de trastorno bipolar en tratamiento e hipertensión arterial. Traída a urgencias por familiar por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por desorientación temporo-espacial y alteraciones del pensamiento, en contexto de presencia de conflictos interpersonales. En la evaluación inicial se constata desorientación, pararrespuestas, pseudoalucinaciones auditivas y visuales, ánimo levemente ansioso, sin exaltación anímica. Se realiza estudio orgánico (hemograma, sedimento de orina y TAC de encéfalo) que resultan negativos para cuadro agudo. Litemia en rango adecuado. Electrocardiograma sin alteraciones. Se inició tratamiento farmacológico con olanzapina, con aumento gradual de dosis hasta 5mg/noche, con regresión completa de los síntomas a los 6 días, recuperando sentido de orientación, juicio de realidad conservado, sin alteraciones del ánimo ni de sensopercepción.

DISCUSIÓN : En el caso presentado existe la presencia de síntomas cardinales del SG, factor estresor externo y rápida restitutio ad integrum, destacando, por otro lado, patología psiquiátrica de base (trastorno afectivo bipolar) compensada. En la literatura existen escasos artículos y reportes sobre el SG. Respecto a su etiología se ha planteado origen histérico (estado crepuscular), psicosis, simulación, trastorno facticio, y/o daño orgánico cerebral. Se precisan más publicaciones sobre este síndrome, que ayuden a clarificar su inusual naturaleza y psicopatología, promoviendo asimismo la investigación sobre su tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: Síndrome de Ganser, Trastorno disociativo, estado crepuscular.

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

Medicina Interna

Cirugía

Especialidades

Ginecología y Obstetricia

PARTE I: CASOS CLÍNICOS

EMBARAZO HETEROTOPICO EN EL SERVICIO DE URGENCIA.

Juan Luis Ampuero (1), Maximiliano Alegría B. (1), Angélica Jara M (1), Eduardo Olmedo A. (1)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: El embarazo heterotópico se define como la coexistencia de una gestación intrauterina con otra extrauterina (embarazo ectópico). Con una frecuencia de 1 caso en 30.000 embarazos, la cual ha aumentado en torno al 1% en población general debido a las técnicas de reproducción asistida, proceso inflamatorio pélvico, dispositivos intrauterinos y cirugía pélvica. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. Para su diagnóstico se cuenta con mediciones de B-HCG y la ecografía, siendo esta última la más importante.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino, 30 años de edad, con antecedentes de apendicetomía y un parto de término vaginal. Usuaria de anticonceptivos orales. Presentó cuadro clínico de dos semanas con dolor hipogástrico, náusea y distensión abdominal, progresivo en intensidad y finalmente generalizado. Se realizó bajo la sospecha de cólico biliar una ecografía abdominal que reportó embarazo único intrauterino, siendo derivada a urgencias de hospital de Curicó. Se constató mediante ecografía embarazo heterotópico de 7 + 5 semanas, con embrión ectópico en trompa derecha, ambos con actividad cardíaca. Se realizó salpingectomía derecha de urgencia con buen resultado postoperatorio. Una semana después acude a urgencia por aborto espontáneo de la gesta intrauterina.

DISCUSIÓN: El embarazo heterotópico es una entidad excepcional, de difícil diagnóstico debido a la presentación clínica inespecífica, lo cual dificultó el diagnóstico en este caso, siendo finalmente evidenciado como un hallazgo ecográfico. Se debe sospechar ante una mujer de edad fértil con síntomas sugerentes y factores de riesgo asociados a embarazo ectópico. El abordaje quirúrgico sigue siendo el más usado para su tratamiento resolutivo.

Palabras clave: Embarazo ectópico, trompa uterina, embarazo tubarico

PARTE II: TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

PARTE II: TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL BASE DE CURICÓ AÑO 2016.

Maryana López S (1), María Sazo M (1), Constanza González S (1), Camila Garrido S (1)

(1) Universidad de Talca, Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: El Servicio de Urgencia (SU) es un servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en Clínicas y Hospitales.

OBJETIVO: Identificar el número de atenciones totales y por categoría en el servicio de Urgencia del Hospital Base de Curicó en el año 2016. Comparar el número de atenciones anuales en los distintos servicios de urgencia de hospitales de la región del Maule y establecer un ranking en base al número de atenciones.

HIPÓTESIS: El hospital base Curicó al ser un hospital de alta complejidad, en su servicio de urgencia las atenciones médicas deberían ser predominantemente categorías C1-C2-C3 y en menor proporción C4 –C5.

MÉTODOLOGÍA: A través de un estudio observacional retrospectivo, se analizó los datos del número de atenciones en urgencia obtenidos de la página <https://www.ssmaule.cl/> donde se seleccionó “Bioestadística”, “Registro estadísticos mensuales REM” seguido de Series “REM 2016”, “Serie A”, “REM A08: Atención de Urgencia”, “Un establecimiento”, eligiendo “Hospital Base de Curicó”.

RESULTADOS: El número de atenciones anual en el servicio de urgencia del Hospital Base de Curicó en el año 2016 es de 64.716. El promedio mensual de atenciones médicas durante el año 2016 fueron 5.393 casos. Los mayores porcentajes de consultas en el Servicio de Urgencia conciernen a las categorías C3 y C4, representando un 53,6% y 38,17% del número anual de atenciones respectivamente.

DISCUSIÓN: El mayor número de atenciones del SU del Hospital de Curicó se centra en la categoría C3, seguido de C4, C2, C5 y C1; en dicho orden. Aproximadamente un 40% de las atenciones corresponderían a C4 y C5 categorías que corresponde a patologías no graves, que podrían ser atendidas en servicios de urgencia de atención primaria. El alto porcentaje de estas atenciones se podría explicar por la débil red de urgencia provincial, con tan solo un SAPU.

Palabras clave: Administración sistemas de Salud, Atención, Urgencia.

PARTE II: TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA PARA LA INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE DURANTE EL EMBARAZO.

Franco Ferrada Arias (1), Juan Ortega Márquez (1), Eduardo Ortiz Vera (1), Paulina Ramos Vásquez (1).

(1) Universidad de Talca. Talca, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITUR) durante el embarazo pueden asociarse a resultados perinatales adversos, aumentando la incidencia de parto prematuro, recién nacidos PEG, y SDRA materno.

OBJETIVOS: Describir las características de la ITUR durante el embarazo, y proporcionar recomendaciones para su tratamiento.

HIPOTESIS: La profilaxis antibiótica de la ITUR durante el embarazo reduce las complicaciones maternas y perinatales asociadas.

METODOLOGIA: Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando la base de datos de la biblioteca Universidad de Talca, los metabuscadores UptoDate, PubMed, Cochrane Library; con criterio único de inclusión para bibliografía publicada desde el 2015 a la fecha, con motivo de búsqueda: "Recurrent urinary infection in pregnancy".

RESULTADOS: Las intervenciones para prevenir la ITUR durante el embarazo pueden ser farmacológicas (antibióticos) o no farmacológicas (arándano, acupuntura, modificaciones conductuales). No se recomienda profilaxis antibiótica para la bacteriuria asintomática recurrente debido a la falta de datos para apoyar esta práctica. Con 2 o más episodios de Cistitis Aguda durante el embarazo, se indica profilaxis antibiótica diaria hasta la semana 36. Con 1 episodio único de PNA se debe iniciar profilaxis antibiótica hasta la semana 36. El esquema más utilizado para ITUR durante el embarazo fue nitrofurantoína (50 a 100 mg/día por vía oral) o cefalexina (250 a 500 mg/día por vía oral).

DISCUSIÓN: La incidencia exacta de ITUR sintomáticas que aparecen durante el embarazo es desconocida, y se conoce poco acerca de la mejor forma de prevenirla, sin embargo, es importante definir las indicaciones de tratamiento, mejorando así los resultados perinatales.

Palabras clave: Enfermedades Urogenitales Femeninas y Complicaciones del Embarazo, Infecciones Urinarias, Profilaxis Antibiótica.

