

ANACEM
CHILE



UANDES

CONGRESO CIENTÍFICO TEMÁTICO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

25, 26, 27 Y 28 DE OCTUBRE 2023

CCTEM
XXII
CONGRESO
MÉDICO QUIRÚRGICO

U ANDES 2023

ANACEM
CHILE

LIBRO RESUMEN



Índice de Contenidos

Contenido

Contenido

Índice de Contenidos.....	2
Preámbulo.....	7
Programa	8
Comité Evaluador	10
Revisores	10
Directivas	11
Reseña sobre la sede	13
Saludo comisión organizadora.....	14
Trabajos Libres.....	15
ABSCESO CERVICAL PARAFARÍNGEO COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO PERIAMIGDALINO: A PROPÓSITO DE UN CASO	15
ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL POSTERIOR A REPOSICIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO TIPO T DE COBRE PARCIALMENTE EXPULSADO: A PROPÓSITO DE UN CASO	17
AFECTACIÓN DE NERVIOS CIÁTICOS SECUNDARIO A ENDOMETRIOSIS: REPORTE DE UN CASO	19
Análisis de la tasa de egreso hospitalario por pancreatitis biliar aguda en el periodo 2019-2022 en Chile.....	21
ANEMIA SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE MALLORY-WEISS: REPORTE DE UN CASO.....	28
ANEURISMA INFECCIOSO EN AORTA ABDOMINAL, REPORTE DE UN CASO... ..	30
ARTRITIS SEPTICA DE RODILLA, QUE NO HACER EN LA URGENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	33
ARTRODESIS DE CUATRO ESQUINAS EN UN CASO DE PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES CON COMPLICACIONES POSTERIORES: UN REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	35
CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	40

CÁNCER PRIMARIO APENDICULAR: UN CASO INFRECUENTE DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES	42
SÍNDROME DE DUMPING TARDÍO, UNA COMPLICACIÓN EN PACIENTE GASTRECTOMIZADO: REPORTE DE CASO.....	46
COLGAJO INGUINAL DE MCGREGOR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE HERIDA POR FASCITIS NECROTIZANTE EN MANO. REPORTE DE UN CASO.	48
DIVERTICULITIS YEYUNAL PERFORADA: UN CASO INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO	50
EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR SECUNDARIA A ABSCESO RENAL EN PACIENTE DIABÉTICA. REPORTE DE CASO	52
ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: PESQUISA Y MANEJO PARA UNA PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	54
ENFERMEDAD DE GAUCHER COMO CAUSA DE ESPLENOMEGALIA, AÑOS POSTERIOR A UNA ESPLENECTOMÍA.....	56
FASCITIS NECROTIZANTE COMO CONSECUENCIA DE HERNIA ESTRANGULADA: REPORTE DE UN CASO.	58
FRACTURA BILATERAL DE FÉMUR EN UN PACIENTE GERIÁTRICO DESPUÉS DE ACCIDENTE POR APLASTAMIENTO: UN REPORTE DE CASO CLÍNICO	60
FRACTURA CONMINUTA DEL NAVICULAR: UNA INFRECUENTE Y DESAFIANTE PATOLOGÍA, REPORTE DE UN CASO.	62
FRACTURA DE TROQUÍN ASOCIADO A LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO, REPORTE DE CASO	64
HALLAZGO DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN EMBARAZADA CURSANDO CUADRO DE ABDOMEN AGUDO QUE CONCLUYE EN ABORTO ESPONTÁNEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO	66
HEMANGIOMA HEPÁTICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UNA LESIÓN SUBEPITELIAL GASTROINTESTINAL, CASO CLÍNICO	69
HEMATURIA PERSISTENTE POR CISTITIS RÁDICA, UN DESAFÍO TERAPÉUTICO: REPORTE DE CASO.....	71
HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO POR TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL YEYUNAL A PROPÓSITO DE UN CASO.....	73
HIBERNOMA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO	75
HIDATIDOSIS MUSCULAR PRIMARIA EN MUSLO: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LA INFECCIÓN POR ECHINOCOCCUS GRANULOSUS, REPORTE DE UN CASO.....	77

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS	81
LESIONES CONGÉNITAS PULMONARES HÍBRIDAS: MAQP/SECUESTRO PULMONAR, REPORTE DE UN CASO	83
LINFANGIOMA MESENTÉRICO, UNA RARA ENTIDAD PRESENTÁNDOSE COMO VÓLVULO DEL SIGMOIDES. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	85
LOXOSCELISMO CUTÁNEO POR LOXOSCELES LAETA, EL RIESGO VITAL COMO CONSECUENCIA DEL QUEHACER MÉDICO	87
LUMBALGIA CON BANDERAS ROJAS COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN EN LA ADOLESCENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	89
LUXACIÓN DE LA RODILLA, UNA PATOLOGÍA DESAFIANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	91
LUXOFRATURAS DE ASTRÁGALO Y SUS COMPLICACIONES DE PARTES BLANDAS A RAÍZ DE UN CASO	93
MANEJO ARTROSCÓPICO DE LAS FRACTURAS DE TILLAUX: REPORTE DE UN CASO.	96
MANEJO DE FILTRACIONES ANASTOMÓTICAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	98
MANEJO PALIATIVO DEL COLANGIOCARCINOMA EN ETAPA AVANZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	100
MASTITIS CRÓNICA NO PUERPERAL POR HONGOS, ¿DARLE REALMENTE IMPORTANCIA CLÍNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO	102
MÉTODO DE RESECCIÓN ROBÓTICA TRANSORAL PARA MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: REPORTE DE CASO	104
MIXOMA OVÁRICO COMO HALLAZGO ATÍPICO EN PACIENTE PREMENÁRQUICA: REPORTE DE CASO.....	106
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE SIGMOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	108
PANSINUSITIS CRÓNICA, PIOMUCOCELE FRONTAL Y FÍSTULA FRONTOORBITARIA, COMPLICACIONES DE IMPLANTES CIGOMÁTICOS INTRASINUSALES	110
PAUL GLAUCOMA IMPLANT EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER	112
PHYLLOIDES GIGANTE, REPORTE DE UN CASO	114
PILEFLEBITIS COMO COMPLICACIÓN POST APENDICECTOMÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	116

PILEFLEBITIS UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA DIVERTICULITIS: REPORTE DE CASO	118
PRESENTACIÓN INSIDIOSA DE ESPONDILITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE DE DIFÍCIL MANEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO	120
RECIDIVAS DE QUISTE RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	122
REPARACIÓN QUIRÚRGICA EN PARÁLISIS DEL SEXTO PAR: REPORTE DE UN CASO	126
REPORTE DE UN CASO: CÁNCER DE MAMA EN HOMBRE, CONTRASTE DE UNA PRESENTACIÓN TÍPICA VERSUS ATÍPICA.	128
RESECCIÓN INTESTINAL SEGMENTARIA POR ISQUEMIA MESENTÉRICA DE ORIGEN VENOSO EN RELACIÓN A DERMATOMIOSITIS: REPORTE DE UN CASO.	130
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE TERATOMA OVÁRICO REVELA LA ETIOLOGÍA REAL DE DISPAREUNIA ATRIBUIDA A TRASTORNO SOMATOMORFO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	132
SCHWANNOMA MAXILAR Y SU RESOLUCIÓN TRANSNASAL COMO INNOVADORA FORMA DE ABORDAJE: REPORTE DE CASO	134
SERIE DE EVENTOS DESAFORTUNADOS: MANEJO QUIRÚRGICO COMPLICADO DE GLAUCOMA. REPORTE DE CASO.	136
SÍNCOPE COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: REPORTE DE CASO.....	138
SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EXTENSO EN AORTA DESCENDENTE, REPORTE DE CASO.....	140
SÍNDROME DE PSEUDO-MEIGS POR FIBROSARCOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO	142
TORSIÓN DE EPIPLÓN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO.	144
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA PATOLÓGICA HUMERAL POR METÁSTASIS ÓSEA COMO PARTE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: INFORME DE CASO.....	146
TRAUMA PENETRANTE CARDÍACO SIN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO	148
TRICOBLASTOMA DORSO NASAL CON MANEJO ONCOPLÁSTICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA BASO CELULAR. REPORTE DE UN CASO	150
TUMOR NEUROENDOCRINO EN SUBMUCOSA RECTAL: HALLAZGO INCIDENTAL EN UN PACIENTE JOVEN	154



UNA INFRECUENTE MANIFESTACIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A UNA
PATOLOGÍA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA: FEOCROMOCITOMA 157

USO DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA COMO SALVATAJE EN SÍNDROME DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE TRAS TRAUMATISMO TORÁCICO
CONTUSO, CASO CLÍNICO..... 159

HAMARTOMA SEROMUCINOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE
TUMOR NASAL.....161

Preámbulo

Como Academia Científica de Universidad de los Andes, estamos comprometidos con el crecer médico y la recopilación de información con el objetivo de mejorar los diagnósticos y tratamientos de nuestros pacientes.

Es por eso, que en contexto del XXI Congreso Científico Temático de Estudiantes de Medicina, se celebró una jornada de trabajos científicos y casos clínicos donde quedaron seleccionados 80 trabajos por su rigurosidad y aporte al saber médico.

Dicha jornada fue realizada los días 25,26, 27 y 28 de octubre 2023 en la sede de San Carlos de Apoquindo de la Universidad de los Andes.

Esperamos que esta ocasión haya servido de enriquecimiento personal y académico a los autores, permitiéndoles desarrollar sus potencialidades.



Marco Solar Pennanen
Presidente de Anacem Chile
Estudiante Medicina Universidad
Autónoma de Talca



Javiera Carillo Barrientos
Directora General del Congreso
Médico Quirúrgico 2023
Estudiante Medicina UANDES



Nicolás Merino Castillo
Presidente
ACEM UANDES
Interno Medicina UANDES



Dra. Ana Cecilia Brea
Directora de Estudios
Escuela de Medicina
Universidad de los Andes



Programa

Miércoles 25 de octubre 2023

8:00-8:30	Acreditación
8:30 - 9:45	Bienvenida
9:45 - 12:15	Clase 1: Quemaduras
12:15 - 12:30	Clase 2: Heridas
10-45 - 11:30	Clase 3: Pie diabético
14:15 - 15:00	Clase 4: Paciente politraumatizado
15:00 - 15:45	Clase 5: Obstrucción intestinal
16:00 - 16:45	Clase 6: Patología gástrica
17:00 - 18:00	Talleres
18:45 - 19:00	Cierre

Jueves 26 de octubre 2023

8:00- 8:30	Acreditación
8:30 - 8:45	Bienvenida
8:45 - 9:30	Clase 9: Atención en Shock
9:30 - 10:45	Clase 10: Patología biliar benigna
10:45 - 11:30	Clase 11: Patología biliar maligna
11:30 - 12:15	Clase 12: Enfermedad diverticular
12:15 - 13:15	Clase 13: Patología vascular
14:15 - 15:00	Clase 14: Patología Perianal
15:00 - 15:45	Clase 15: Patología benigna de la mama.
16:00 - 16:45	Clase 16: Cáncer de mama
17:00 - 19:00	Presentación casos clínicos.



Viernes 27 de octubre 2023

8:00 – 8:30	Acreditación
8:45 – 9:30	Clase 17-18: Anestesiología
10:45 – 11:30	Clase 19: Urgencia de tórax
12:15 – 13:15	Clase 20: Patología pulmonar
14:15 – 15:00	Clase 21: Cambio de sexo
16:00 – 16:45	Clase 22: Tiroides
17:00 – 17:45	Clase 23: Apendicitis
18:00 – 18:45	Charla auspiciadores y cierre

Sábado 28 octubre 2023

8:00 – 8:30	Bienvenida
8:45 – 9:30	Clase 24: Cirugías pediátricas
9:30 – 10:45	Clase 25: Neurocirugía
10:45 – 11:30	Taller suturas
11:30 – 12:15	Clase 26: Cirugía plástica
12:15 – 13:15	Clase 28: Cirugía intrauterina
14:15 – 15:00	Cierre

Comité Evaluador

Se contó con la participación de un jurado multidisciplinario, encargado de evaluar los trabajos presentados según pautas objetivas y protocolizadas, y de guiar la discusión

posterior a cada caso. Este comité estuvo conformado por:

- Dr. Juan Carlos López.
- Dra. Paula Henríquez.
- Dr. Jorge León Celsi.
- Dr. Claudio Muñoz.
- Dr. José Manuel Zúñiga.

Revisores

Todos los *abstracts* enviados fueron revisados por dos correctores independientes con doble ciego, quienes se basaron en *CARE guidelines 2013* y *SCARE guidelines 2018* para otorgar un puntaje a cada resumen, según el cual se seleccionaba o descartaba para ser presentado el día de las Jornadas.



Directivas

Directora general: Javiera Paz Carrillo Barrientos

Secretario: Matías Tomás Sciaccaluga Rojas

Directora acreditación	Comisionados
Samantha Jishan Wu	Vicente Montes Angelini Josefina Canevaro Mendía Benjamín Andrés Schell Rojas María Grazia Goio Méndez

Directora académico	Comisionados
Javiera Ayelen Muñoz Toro	Anike Deutsch Karlezi Isidora Zegers Darrigrande Camila Christy Salem Antunes Viviana Catalina Silva Vera

Director científico	Comisionados
Nicolás Ignacio Raúl Merino Castillo	Benjamin Patricio Carvajal Zubieta David Ignacio Riffo Jaramillo Catalina Antonia Roa Valenzuela Fernando Agustin Rioseco Giadrosich Paula Alely Flores Urbina Rodrigo Arcadio Solovera Ibarra María Valentina Schultze Capurro Sebastián Andrés Saba Castillo

Directora difusión	Comisionados
Aixa Yael Viva	Sebastián Andrés Castillo Benítez Javiera Ignacia Ureta Herrera Fernanda Paz Donoso Agar Catalina Eugenia Lozano Asfura

Director finanzas	Comisionados
Ascanio Andrés Fierro González	Daniela Francisca Castro Palli José Tomás Cisternas Mercado Valeria Cardona Tapias Andrés Alfonso Taborga Villarroel Clemente Schmidt Liepins Valentina Soledad Errázuriz Muñoz Felipe Alejandro Rosa Aguayo

Directora logística	Comisionados
Magdalena Pinto Fernández	Manuel Ignacio Basualto Zuñiga Antonia Belén Santibáñez Viñuela Javiera Paz Marchant Bravo Martina Antonia Banda Román Valentina Sofía González Fuenzalida Emilio Eduardo Silva Sotomayor Arantza Jesús Urmeneta Peñailillo Nicolás Aninat Duque

Director relaciones públicas	Comisionados
Juan Pablo Nordetti Llull	Javiera Andrea Gómez Pizarro



DIRECTORES CCTEM 2023

Reseña sobre la sede

La Universidad de los Andes se fundó el 8 de septiembre de 1989. El campus se encuentra en San Carlos de Apoquindo, específicamente en Monseñor Álvaro del Portillo 12.455.

La Facultad de Medicina lleva más de 30 años funcionando. El campus cuenta actualmente con 8 edificios: Humanidades, Ciencias, Biblioteca, Escuela de Negocios (ESE), Reloj, Ingeniería, Central y Mecano, además de la Clínica UANDES. Todos estos edificios cuentan con casinos y comedores, además de áreas de esparcimiento. El Congreso se realizará en los edificios de Biblioteca, Ciencias, del Reloj y Humanidades siendo el primero donde se desarrollarán la mayoría de las actividades. La Biblioteca es un moderno edificio de 12.400 metros cuadrados construidos, con una gran colección de más de 104.000 volúmenes y equipada con tecnología de excelencia. Este edificio cuenta con un Aula Magna, con capacidad para 330 personas, en el cual se llevarán a cabo las cátedras. También, se realizará la exposición y evaluación de los posters de casos clínicos.





Saludo comisión organizadora

Santiago, agosto 2023

Estimada comunidad medicina,

En representación de la Comisión Organizadora y de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes (ACEM UANDES), tengo el agrado de invitarles a participar en el XXI Congreso Científico Temático de Estudiantes de Medicina, el cual se llevará a cabo desde el 25 hasta el 28 de octubre de este año. Este evento está dirigido tanto a estudiantes de pregrado como becados, internos, médicos generales y médicos con especialidad.

Tras varios años sin ser organizadores del CCTEM, tenemos la linda oportunidad de volver a tener un exitoso Congreso en nuestra Academia, junto con ANACEM. Nos comprometemos a contar con un espacio adecuado y de calidad, favoreciendo el aprendizaje, además de una Competencia Científica de excelencia. Se favorecerá el diálogo y prácticas que nos permitan integrar de mejor forma el conocimiento.

El tema de este año será “Medicina Quirúrgica”, el cual será respaldado por un gran equipo de diversos académicos de excelencia y se incluirán distintas vistas del área de cirugía. A través de la impartición de cátedras, presentación de casos clínicos interactivos y talleres podremos adquirir una visión completa de lo que involucra la medicina quirúrgica. Por otro lado, se contará un espacio de extensión, enfocado a enriquecer la visita de los asistentes, un pequeño espacio de disfrute, distensión y enriquecimiento personal.

Con mucha alegría y entusiasmo, les invito a ser parte de este evento, para promover la constante adquisición de conocimiento y desarrollo de herramientas que nos servirán en nuestra práctica profesional.

Se despide afectuosamente,

Javiera Carrillo Barrientos
Directora General
CCTEM XXI, ANACEM 2023
Universidad de Los Andes



Trabajos Libres

ABSCESO CERVICAL PARAFARÍNGEO COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO PERIAMIGDALINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bravo, TP¹; Roa, EA¹; Vásquez, FI¹; Vélez, NC¹; Cortés, L².

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Palabras claves: Absceso periamigdalino, Absceso parafaríngeo, Amigdalitis aguda.

INTRODUCCIÓN

El absceso periamigdalino (AP) es la complicación más común de faringoamigdalitis aguda, incidencia anual de 9-41/100.000 casos. Se presenta con fiebre, odinofagia, disfagia, compromiso del estado general, abombamiento y eritema de pilar amigdalino unilateral, úvula desviada a contralateral y trismus (1). Se puede complicar tras la propagación infecciosa por contigüidad o hematógena (2). Cuando se forman colecciones en espacio parafaríngeo se denomina Absceso Parafaríngeo (APF), potencialmente fatal, requiere alta sospecha y tratamiento precoz (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 61 años con antecedentes de hipertensión, hipotiroidismo y diabetes mellitus tipo 2 insulino-requerente. Consulta inicialmente en atención primaria por cuadro de 1 semana de odinofagia, sensación febril, sialorrea y trismus. Se indicó amoxicilina, sin embargo, con mala respuesta pese a completar 3 días de antibioterapia efectiva. Reconsulta por persistencia de síntomas en su hospital de base, se realiza Tomografía Computada (TC) de cabeza y cuello que informa absceso periamigdalino en espacio bucal, submandibular, submental y pterigomandibular derecho.

Se realizó aseo quirúrgico, con salida hemopurulenta de los espacios y se inicia antibioterapia con Ceftriaxona y Clindamicina. Sin embargo, evoluciona tórpidamente, requiriendo drogas vasoactivas e intubación. TC de control evidenció resolución de absceso periamigdalino, pero con nuevo absceso en espacio visceral anterior de cuello, con compromiso bilateral de espacio parafaríngeo. Se escala tratamiento antibiótico a Imipenem Vancomicina y se realizan 4 aseos quirúrgicos en total, con cultivos positivos para Streptococcus Anginosus, Enterobacter cloacae complex, Burkholderia gladioli y Staphylococcus Haemolyticus multirresistente.

CONCLUSIÓN:

Este paciente presentaba factores de riesgo para APF: edad mayor de 40 años y sus comorbilidades. El retraso diagnóstico fue determinante en la severidad del cuadro, con retraso manejo quirúrgico, pues no más de 24 horas es el tiempo óptimo en

casos graves(3). El APF presenta sintomatología inespecífica al inicio, con clínica solapada con AP, agregando cervicalgia, edema y tortícolis (3). Debe sospecharse ante ausencia de respuesta a antibióticos tras 48 horas, para realizar estudio con TC (3). Frecuentemente requiere de drenaje percutáneo o quirúrgico, como en este caso.

REFERENCIAS

1. Alvarez B M, Santander B MJ, Waissbluth A S, Palma R S, Alvarez B M, Santander B MJ, et al. Experiencia clínica y manejo de los abscesos periamigdalinos en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello [Internet]. marzo de 2019 [citado 21 de septiembre de 2023];79(1):59-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48162019000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=en
2. Klug TE, Greve T, Hentze M. Complications of peritonsillar abscess. Ann Clin Microbiol Antimicrob [Internet]. 30 de julio de 2020 [citado 21 de septiembre de 2023];19:32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7391705/>
3. Alaani A, Griffiths H, Minhas SS, Olliff J, Drake Lee AB. Parapharyngeal abscess: diagnosis, complications and management in adults. Eur Arch Otorhinolaryngol [Internet]. 1 de abril de 2005 [citado 21 de septiembre de 2023];262(4):345-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00405-004-0800-6>

ABSCESO TUBO-OVÁRICO BILATERAL POSTERIOR A REPOSICIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO TIPO T DE COBRE PARCIALMENTE EXPULSADO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Araya, FJ; Wolf, AA; Cabrerizo, DB; Tapia, NE; Norambuena, CP²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae
2. Ginecóloga-Obstetra, Hospital El Carmen de Maipú

Palabras Claves: Expulsión de DIU, Reposición DIU, Absceso Tubo-Ovárico, Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

INTRODUCCIÓN

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible. Las complicaciones posteriores a su inserción son raras e incluyen la expulsión (3-6% el primer año) y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (1-0,5% los primeros 6 meses), entre otras (1).

La EIP es una infección aguda del tracto genital superior que, sin el debido tratamiento, puede resultar en un absceso tubo-ovárico (ATO)- afección grave y potencialmente mortal- (2).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que los DIU parcialmente expulsados deben ser retirados y reemplazados. Sin embargo, un trabajo de la Universidad de Sao Paulo propone una técnica de reposición guiada bajo ecógrafo con una tasa de éxito de 92,7% sin complicaciones (3).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina nuligesta de 19 años, usuaria de DIU tipo T de Cobre desde hace 3 años, ingresa por dolor abdominal de 1 semana de evolución localizado en hipogastrio, asociado a fiebre. Evoluciona con compromiso del estado general, signos de irritación peritoneal y parámetros inflamatorios elevados. En el interrogatorio dirigido, refiere que hace 2 meses, en un centro médico de Venezuela, identificaron la expulsión parcial del DIU por lo que fue reposicionado, sin ecografía concomitante. Se diagnostica clínica y ecográficamente una peritonitis por ATO bilateral. Se realiza salpingectomía bilateral -por piosalpinx- y aseo; se disecciona espacio vesico uterino sin lograr identificar DIU.

Durante la hospitalización evoluciona favorablemente desde el punto de vista clínico y con disminución de parámetros inflamatorios. Se encuentra en espera de extracción de DIU por resectoscopia.

CONCLUSIÓN

La reinserción del DIU puede resultar en infecciones graves, esterilización quirúrgica involuntaria e incluso la muerte. Por estos motivos, se recomienda, en caso de expulsión, la retirada y el reemplazo del dispositivo. Sin embargo, la

reinserción mediante ecógrafo -por profesionales capacitados- sería una alternativa económica posible para países en vías de desarrollo como Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 22 de septiembre del 2023]. Disponible en: <https://l1nq.com/QUgkD>
2. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 22 de septiembre del 2023]. Disponible en: <https://l1nq.com/wr7uf>
3. Yamaguti EMM, Sontag dos Reis ET, Martins WP, Nadai MN, Soares NF, da Silva Costa F, et al. Ultrasound-guided repositioning technique for partially expelled intrauterine device: descriptive feasibility study. *Ultrasound Obstet Gynecol* [Internet]. 2023;61(1):109–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/uog.26023>

AFECTACIÓN DE NERVIOS CIÁTICOS SECUNDARIO A ENDOMETRIOSIS: REPORTE DE UN CASO

Rojas, CI¹; Pereira, C¹; Pinto, MI¹; Arriagada, PP².

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.
2. Médico Cirujano, Residente Hospital Sótero del Río.

Palabras claves: nervio ciático, endometriosis, tractografía.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis se define como glándulas endometriales y estroma que se producen fuera de la cavidad uterina. La prevalencia máxima se produce entre los 25 y 35 años. El espectro clínico es amplio, la forma más común de presentación es el dolor pélvico crónico, generalmente asociado a dispareunia. La presencia de adherencias puede comprometer y alterar la anatomía pélvica causando incluso compromiso neuropático en relación a localización de implantes. (1) Actualmente el gold standard para diagnóstico y localización de implantes de endometriosis es la RM de pelvis, en caso de duda diagnóstica respecto a afectación neuropática se recomienda asociar tractografía. (2)

Según localización de implantes y clínica de paciente el manejo puede ser médico o quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 35 años con antecedente de endometriosis diagnosticada hace 6 años, antecedente de tratamiento quirúrgico conservador mediante laparoscopia hace 3 años en el que se extirparon lesiones endometrióticas sin daño de estructuras circundantes, con buena respuesta clínica. Presenta múltiples consultas por dolor pélvico crónico asociado a dolor de extremidad inferior izquierda tipo ciático, niega traumatismo y sobreesfuerzo reciente. Se realiza ecografía vaginal en la que destacan focos de endometriosis y RM de columna negativa para hernia de núcleo pulposo. Además, se realiza RM pelvis por endometriosis y tractografía en las que impresiona un divertículo de pared izquierda de la cúpula vaginal, la que tracciona hacia la pared pélvica mediante tractos fibrosos y adherencias rectosigmoideas con la pared izquierda de la pelvis afectando el trayecto de los haces del ciático y pudiendo interno. Tras múltiples reuniones clínicas con equipo de ginecología se decide manejo médico con pregabalina, pues paciente decide no arriesgar perder sensibilidad de extremidad, pese a educación respecto a complicaciones y beneficios de bloqueo de nervio ciático y cirugía de liberación de este.

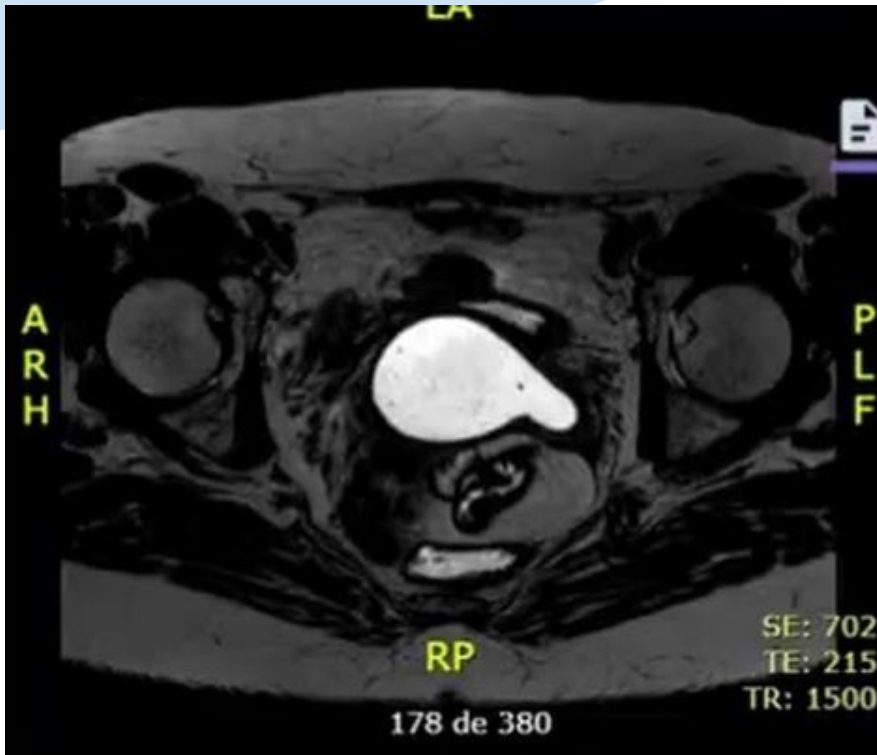


Figura 1. Divertículo de pared izquierda de la cúpula vaginal, la cual es traccionada hacia la pared pélvica mediante tractos fibrosos. Adherencias rectosigmoideas con pared izquierda de pelvis afectando trayecto de hacer del nervio ciático y pudiendo interno.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de endometriosis puede demorar incluso 10-15 años, al presentarse de diversas formas clínicas, se requiere alto conocimiento de la patología y de las formas de estudio existentes actualmente. El compromiso neuropático es poco frecuente y muy invalidante, además la resolución de este puede ser muy compleja, llevando incluso a la cronicidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=endometriosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Aguirre J, Medina C, Gaete D, Schiappacasse G, Soffia P. Resonancia magnética de la endometriosis: revisión pictográfica. Rev. Chil. Radiol. Vol. 18 n° 4. 2012. [citado el 18 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082012000400002

Análisis de la tasa de egreso hospitalario por pancreatitis biliar aguda en el periodo 2019-2022 en Chile.

Alanoca, AN; Galvez, G; Cahuasiri, JY; Rodriguez, SP; Rodriguez, F

Resumen:

Introducción:

La pancreatitis aguda (PA) biliar es una inflamación del páncreas debido a litiasis biliar. Como tratamiento se realiza manejo quirúrgico con colangiopancreatografía endoscópica, requiriendo manejo intrahospitalario. El objetivo del estudio es analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por PA biliar entre los años 2019-2022 en Chile.

Materiales y métodos:

Estudio de tipo ecológico, descriptivo. Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud, sobre los egresos hospitalarios por PA biliar en Chile entre los años 2019-2022, según sexo y grupo etario (n=10.071). Se calculó la TEH. No se requirió comité de ética.

Resultados:

La TEH del periodo de estudio fue de 19,66 casos por 100.000 habitantes, siendo el año 2021 el con mayor TEH con 21,02. El sexo femenino tuvo la mayor TEH con 23,31/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor cantidad de egresos hospitalarios fue el de 20 a 44 años con 3.815 egresos.

Discusión y conclusión

Este estudio reveló un pico en el año 2021 respecto al año 2020. Esto posiblemente debido a la postergación de procedimientos quirúrgicos, secundario a la pandemia por covid-19, generando mayor número de PA de causa biliar, como complicación a cirugías de coleditiasis no realizadas durante el año 2020. El sexo femenino presentó mayor TEH, posiblemente por la mayor cantidad de factores de riesgo para desarrollar calculos, como mayor exposición a estrógenos y progesterona. Respecto al grupo etario, los pacientes entre 20 a 44 años presentaron la mayor TEH. Estos resultados podrían explicarse por la mayor prevalencia de coleditiasis reportada en este grupo. En conclusión existe un grupo de riesgo, al cual es importante apuntar en políticas de salud y prevención de los pacientes afectados por esta condición en Chile.

Palabras clave: litiasis biliar, colangiopancreatografía, hospitalización.

Introducción:

El páncreas es un órgano mixto exocrino y endocrino dispuesto transversalmente en el retroperitoneo entre el bazo a la izquierda y el duodeno a la derecha, a la altura de las vértebras L1-L2. Se relaciona por superior con la transcavidad de los epiplones, por delante con el mesocolon transverso y por debajo con el epiplón mayor. Está dividido en 4 porciones, la cabeza, el cuello, el cuerpo y la cola. Posee el conducto pancreático principal o conducto de Wirsung que drena la secreción exocrina. Este conducto nace de la cola y recorre todo el páncreas hasta unirse al borde izquierdo del colédoco, conducto que trae la bilis del hígado y la vesícula, y finalmente desembocar en la segunda porción del duodeno conocida como la ampolla de Vater. (1). Cuando se obstruye la ampolla de Váter por la impactación de un cálculo, se dificulta el drenaje de la secreción pancreática, que ocasiona un cuadro de inflamación del páncreas llamado pancreatitis.

La Pancreatitis aguda (PA) se define como un proceso inflamatorio que provoca activación de las enzimas proteolíticas intrapancreáticas que, como consecuencia desencadenan una serie de alteraciones responsables de la autodigestión del páncreas. La etiología principal es la enfermedad biliar, principalmente la litiasis, la cual se caracteriza por presentar cálculos en la vesícula biliar (colelitiasis) que migran y descienden hacia el colédoco generando una obstrucción en el sitio donde se une este con el conducto pancreático principal. (2,3)

Los factores de riesgo de la PA biliar corresponden a los asociados a la formación de calculos biliares, tales como el sexo femenino, edad avanzada, obesidad, embarazo, dieta rica en grasas o baja en fibras, una pérdida de peso rápida y antecedentes familiares de cálculos biliares. (4,5)

La clínica de la PA se caracteriza principalmente por el dolor abdominal agudo e intenso y rápidamente progresivo. Este dolor es resultado de la dilatación de la cápsula pancreática por el edema y por la liberación masiva de quininas; está localizado en el epigastrio y puede irradiarse hacia el hipocondrio izquierdo y/o derecho y posteriormente hacia la espalda, a modo de “faja”. Además, puede presentar vómitos alimenticios, biliosos o gastromucosos. En ocasiones los pacientes con PA pueden referir disnea, presentar taquipnea y también, puede existir subictericia conjuntival o franca. Una cuarta parte de los pacientes en las etapas iniciales de la enfermedad puede presentar fiebre la cual, no indica necesariamente una infección.

En la exploración física el abdomen a la palpación es doloroso y generalmente está distendido. El paciente puede presentar una posición antiálgica en reposo con flexión ventral, como “posición fetal”. Es frecuente la aparición de hipomotilidad intestinal, que puede manifestarse como un íleo generalizado con distensión abdominal y ausencia de ruidos intestinales. Las pruebas de laboratorio muestran las enzimas pancreáticas anormalmente altas en sangre y orina, donde si la amilasa se eleva más de tres veces de su valor superior normal hace la sospecha de PA. (2)

El manejo de una PA es la hospitalización, para tratar la deshidratación; la administración de analgésicos y antibióticos por vía oral o intravenosa si se presenta una infección en el páncreas y una dieta baja en grasa o nutrición con alimentación por sonda o intravenosa si el paciente no puede comer. Generalmente la PA leve desaparece a los pocos días con reposo y tratamiento. Si la PA es grave y se sospecha de causa litiásica se realiza tratamiento quirúrgico con colangiopancreatografía endoscópica (CPRE), la cual combina la endoscopia esofagogastroduodenal y radiografía para tratar la obstrucción del conducto pancreático. La CPRE le permite al gastroenterólogo la realización directa de una esfinterotomía con extracción de los cálculos biliares que obstruyen el conducto pancreático. (6,7)

La PA es una patología frecuente con una incidencia mundial que ha ido en aumento con el tiempo y varía entre 4,9 y 74,4 por 100.000 habitantes (8). La incidencia de la PA es de 70.000 casos en Europa, 250.000 casos anuales en Estados Unidos y 15.000 en España, de los cuales la etiología biliar fue la causa principal y segunda causa de hospitalización para Estados Unidos en el año 2009. En Latinoamérica la mayoría de los casos de PA está relacionada a enfermedad biliar litiásica. Un estudio realizado en el hospital general de México indicó que la prevalencia de la PA en la población hospitalaria fue del 3%, siendo un 62% hombres, con edad promedio de 37 años y un 49% de causa biliar. Un estudio publicado en la revista de cirugía de Colombia establece que un 72,8% de las PA fueron asociadas a patología biliar. Según un artículo publicado en la revista World Gastroenterology Organisation Practice Guideline, la prevalencia de la PA biliar aumenta con la edad en ambos sexos y, a la edad de 65 años un 30% de las mujeres presentan litiasis vesicular. (2)

En Chile la litiasis biliar es responsable de un 70 a 80%% de las PA, siendo mayor en mujeres que en hombres. Según epidemiología chilena, se ha observado un aumento de los egresos hospitalarios por pancreatitis aguda con un mantenimiento de la proporción del número de muerte, siendo la mortalidad entre los años 1992 y 2002 de PA en Chile fue de un 7-10% y de un 6,3% en entre los años 2002 a 2007. (2,8)

Debido a la escasa información epidemiológica actualizada en Chile sobre pancreatitis biliar aguda, el objetivo de este estudio es describir la tasa de egreso hospitalario por pancreatitis aguda biliar entre los años 2019 a 2022 en Chile.

Objetivo General:

- Describir la tasa de egreso hospitalario por pancreatitis biliar aguda entre los años 2019-2022 en Chile.

Objetivos Específicos:

- Comparar descriptivamente la tasa de egreso hospitalario por pancreatitis biliar aguda según sexo en la población de estudio.
- Identificar el grupo etario que posee mayor tasa de egreso hospitalario por pancreatitis biliar aguda.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio de tipo ecológico descriptivo, sobre los egresos hospitalarios por pancreatitis biliar aguda en el periodo 2019-2022 en Chile, según sexo y grupo etario (n=10.071). Este estudio considera como población de estudio a todos los pacientes hospitalizados por pancreatitis biliar aguda, en la muestra sólo existen hospitalizaciones por pancreatitis biliar aguda en pacientes desde los 20 años de edad, lo cual se dividió en los siguientes grupos etarios: 20 a 44 años, 45 a 64 años, 65 a 79 años y 80 y más.

Se utilizaron los datos obtenidos por el departamento de estadística e información de salud (DEIS) y datos de población fueron obtenidos desde el Instituto nacional de estadística, específicamente CENSO 2017. Se calculará la tasa de egreso hospitalario según la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de egreso hospitalario: } \frac{\text{Número de egresos hospitalarios}}{\text{Población total en riesgo}} \times 100.000$$

Para llevar a cabo la estadística descriptiva del estudio se ocupará el programa Microsoft Excel 2021, cuyos datos serán presentados en formato de tablas y gráficos. Por la naturaleza del trabajo no se requiere comité de ética.

Resultados

Se estudiaron un total de 10.071 egresos hospitalarios por pancreatitis biliar aguda, obteniendo una tasa general del período de 19,66 casos por 100.000 habitantes sobre los 20 años, entre los años 2019-2022, de las cuales se obtuvo una tasa de egreso hospitalario de 18,43 el año 2019, 18,71 el año 2020, 21,02 el año 2021 y 20,45 el año 2022.

Con respecto a la variable sexo, durante el periodo estudiado el sexo femenino presento una tasa de egreso hospitalario de 23,31 por cada 100.000 habitantes y el sexo masculino presento una tasa de 15,73 por cada 100.000 habitantes. Presentando una mayor tasa de egreso hospitalario el sexo femenino en todos los años de estudio, con la mayor diferencia de tasa de egreso hospitalario en el año 2022 (Ver figura 1).

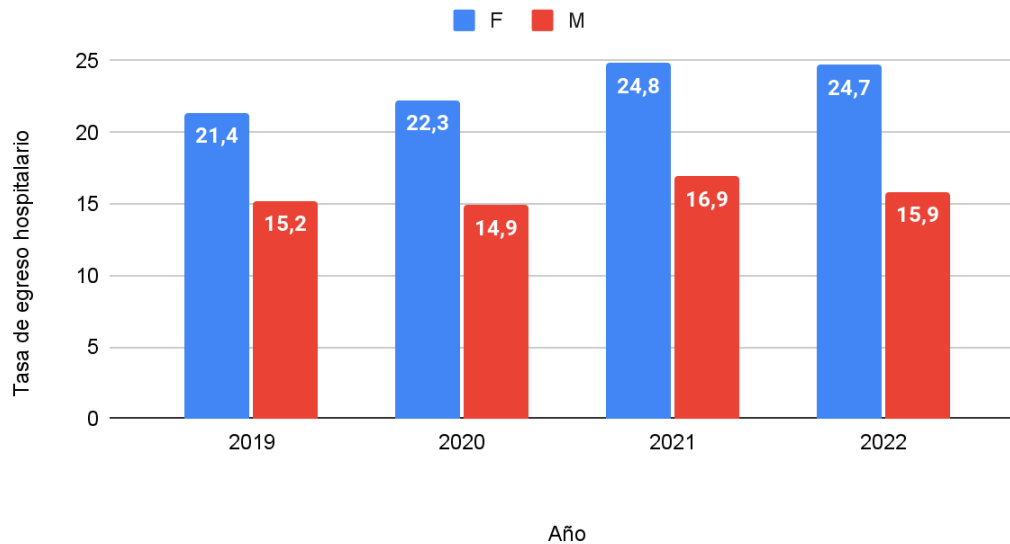


Figura 1: Tasa de egreso hospitalario por cada 100.000 habitantes por pancreatitis biliar aguda, durante el periodo 2019–2022 en Chile; F: Femenino, M: masculino.

En el período de estudio el grupo de 20 a 44 años presentó la mayor cantidad de egresos hospitalarios con 3.815, seguido por el grupo etario de 45 a 64 años con 3345 egresos hospitalarios. El grupo etario que presentó la menor frecuencia de egresos hospitalarios fue el de 80 y más años con 856, seguido del grupo etario de 65 a 79 años con un total de 2.055 egresos.

Con respecto al grupo etario y sexo, se observa que en todos los grupos etarios, año a año, el sexo femenino iguala o supera en egresos hospitalarios al sexo masculino en cada grupo etario, a excepción del año 2021 en el grupo etario de 65 a 79 años, donde el sexo masculino supera al sexo femenino (Ver Tabla 1).

Año	2019		2020		2021		2022	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
20-44	634	227	706	254	737	290	755	212
45-64	409	380	429	369	525	375	464	394
65-79	246	255	221	217	264	275	292	285
80 y más	132	78	122	79	123	104	130	88

Tabla 1: Egresos hospitalarios por pancreatitis biliar aguda según grupo etario y sexo, entre los años 2019–2022 en Chile.

Discusión:

La pancreatitis aguda biliar es la inflamación del páncreas causada por cálculos biliares, la cual se manifiesta principalmente con dolor abdominal agudo tipo “faja”. Es una patología con una incidencia mundial que varía entre 4,9 y 74,4 por 100.000 habitantes. En Chile la litiasis biliar es causante del 70 a 80% de las PA. (2,3,8)

El análisis de datos recopilados en Chile durante el periodo de estudio entre los años 2019-2022 mostró un aumento en las hospitalizaciones en el periodo estudiado. Se observó un aumento en el año 2021, siendo la TEH 21,02 por cada 100.000 habitantes, valor el que aumentó en 2,31 por cada 100.000 habitantes respecto al año 2020. Esto podría explicarse debido a que durante el año 2020 por la pandemia de COVID-19 se priorizó la atención de pacientes con cuadros graves de COVID-19, lo que pudo haber provocado una menor cantidad de hospitalización de pacientes con PA biliar y consecuente a ello, una menor cantidad de pacientes egresados con este diagnóstico. Por otro lado, el aumento para el año 2021 podría deberse a la demora prolongada hasta la realización de la atención quirúrgica definitiva para los pacientes con colecistitis, lo que podría aumentar el riesgo de complicaciones por cálculos biliares como es la PA biliar y como consecuencia un aumento en las hospitalizaciones por esta patología durante este año. La disminución de la TEH para el año 2022 podría deberse a una disminución en los tiempos de espera para la realización de colecistectomías, disminuyendo sus complicaciones por cálculos. (9,10, 11)

Al analizar la variable sexo, se encontró que la TEH fue considerablemente mayor en el sexo femenino respecto al masculino durante el periodo analizado. Este resultado tiene sentido, debido a que las mujeres tienen un mayor riesgo a desarrollar cálculos en la vesícula debido a exposición a estrógeno y progesterona en los anticonceptivos, los embarazos y la predisposición genética. Los niveles elevados de estrógeno activan la secreción biliar sobresaturada de colesterol y el nivel aumentado de la progesterona causa estasis vesicular, lo cual conlleva a una predisposición mayor para generar cálculos que pueden terminar impactando en la ampolla de Váter. (12,13,14)

Al examinar la variable de grupo etario, se observó que la población de 20 a 44 años presentó la mayor TEH por PA biliar, seguida a esta la población entre los 45 y 64 años. Por otro lado, la población comprendida entre los pacientes de 80 años o más mostraron la menor TEH para PA biliar. Estos hallazgos concuerdan con la literatura nacional, que indican que la PA es más frecuente entre los 40 y 50 años de edad, siendo principalmente más prevalente en la cuarta década de vida de la mujer. El pico de la PA biliar en el grupo de 20 a 44 años se podría explicar en Chile por la alta prevalencia de colelitiasis. En Chile la colecistectomía preventiva está cubierta por las garantías explícitas de la salud (GES) para los adultos de 35 a 49 años de edad. La gran cantidad de pacientes colecistectomizados en Chile podrían explicar que en los siguientes grupos etarios tengan una disminución de la pancreatitis aguda de causa biliar. (15,16)

Se presentaron algunas limitaciones dentro del presente estudio. Una de ellas es la escasez de literatura actualizada sobre la epidemiología de PA biliar en Chile. La falta de datos actualizados dificulta la comparación de los datos obtenidos para las variables analizadas: sexo, edad y año. Además, se utilizó el censo 2017 para la población total en Chile, lo que podría implicar que la población usada para obtener los datos en este estudio podría ser menor a la población del periodo estudiado. No

obstante, el estudio cuenta con variadas fortalezas. Se consideró una muestra amplia de pacientes, ya que se usaron datos de todo el país, abarcando todas sus regiones. Se utilizó información del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), el cual es una fuente confiable y reconocida en el campo de la salud de Chile. Los datos actualizados del DEIS avalan la calidad y precisión de la información analizada, lo que refuerza la validez y relevancia de los hallazgos epidemiológicos obtenidos sobre la pancreatitis biliar aguda en Chile.

Para concluir, los resultados obtenidos en este estudios muestran la necesidad de realizar más investigaciones sobre la pancreatitis biliar aguda en Chile, debido a que es una enfermedad muy prevalente en el país, y con información actualizada se podrá entender de mejor manera el impacto que tiene esta patología a lo largo de los años en Chile y así poder relacionarlo con los diferentes eventos, cambios culturales y en salud que se viven año a año en el país. Se debe tener en consideración que la PA biliar puede tener consecuencias clínicas en la población chilena. Se requiere un enfoque multidisciplinario para desarrollar estrategias de prevención, detección temprana y manejo adecuado para esta patología. Estudios futuros en este campo ayudarán a instruir en las políticas de salud y prevención de los pacientes afectados por esta condición en Chile.

Bibliografía:

1. Sanz de Villalobos E., Larrubia Marfil J. M.. Acute pancreatitis. Rev. esp. enferm. dig. 2010; 102(9): 560-560.
2. Almora Carbonell Ceramides Lidia, Arteaga Prado Yanin, Plaza González Tania, Prieto Ferro Yulka, Hernández Hernández Zoraida. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev Ciencias Médicas; 2012; 16(1): 200-214.
3. Parra-Membrives P, Martínez-Baena D, Lorente-Herce JM, Jiménez-Riera G, Sánchez-Gálvez MÁ. Choledocholithiasis recurrence following laparoscopic common bile duct exploration. Cir Esp. 2019 Jun-Jul;97(6):336-342.

ANEMIA SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE MALLORY-WEISS: REPORTE DE UN CASO

Gallegos, CA¹; Contreras, PA¹; Córdova, FJ²; Hurtado, VR²; Pinto, R²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales, Chile.
2. Médico Gastroenterólogo, Jefe Unidad de Endoscopia Hospital Santiago Oriente, Chile.

Palabras claves: Síndrome de Mallory-Weiss, Hemorragia digestiva alta, Anemia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mallory Weiss (SMW) representa entre un 8-15% de las hemorragias digestivas altas (HDA) (1). Se caracteriza por el desgarro longitudinal de la mucosa de la unión gastroesofágica expresándose clínicamente con hematemesis, melena, dolor abdominal y compromiso hemodinámico si la hemorragia es significativa, sin embargo, menos de un 10% de los casos se presentarán de esta forma (2)(3).

CASO CLÍNICO

Mujer de 50 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. Con uso reciente de antiinflamatorios por intervención dental. Sin hábitos alcohólicos ni tabáquicos. Ingresa por hematemesis reiterativa asociada a melena de 24 horas de evolución; con hallazgos clínicos no sugerentes de síndrome ulceroso. Signos vitales al ingreso: frecuencia cardiaca 100 latidos por minuto, presión arterial 146/87 mmHg, frecuencia respiratoria 18 respiraciones por minuto. Exámenes: Hb 7.1, HTO 21.3, INR 1.33, TTPK 26.9, Calcio 7.9, Fósforo 2.02. Se maneja hemodinámicamente con 2 unidades de glóbulos rojos y 2 litros de ringer lactato en contexto de anemia moderada-severa. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) de urgencia que evidencia coágulo del fondo y cuerpo superior de gran tamaño; lesión compatible con HDA Forrest Ib. Se corrigen trastornos hidroelectrolíticos y se inicia inhibidor de la bomba de protones (IBP). EDA de control a las 48 horas evidencia erosiones esofágicas cardiales en cicatrización, compatibles con SMW. Paciente evoluciona satisfactoriamente, en condiciones de alta médica.

CONCLUSIÓN

A pesar del aparente curso benigno del SMW en comparación a la etiología ulcerosa o varicosa, nuestro caso pone de manifiesto una de las complicaciones más severas asociadas a esta entidad, que puede llevar a la hipovolemia, shock y paro cardiorespiratorio como se ha descrito en otros trabajos. Este reporte de caso invita a no infravalorar esta entidad y sus complicaciones, a pesar de su baja morbimortalidad e incidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 16 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/mallory-weiss-syndrome>
2. Rawla P, Devasahayam J. Mallory-Weiss Syndrome. [Updated 2023 Jul 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538190/>
3. Rees, C. J., Cantor, R. M., Pollack, C. V., & Riese, V. G. (2019). Mallory-Weiss Syndrome. Differential Diagnosis of Cardiopulmonary Disease, 653-660. [citado el 17 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-63895-9_44

ANEURISMA INFECCIOSO EN AORTA ABDOMINAL, REPORTE DE UN CASO Contreras, CA¹; Phillips, MI¹; Jara, CJ¹; Sandoval, JI¹; Cid, SM².

1. Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile
2. Residente de cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile

Palabras claves: Aortitis - Salmonella - Aneurisma aórtico

INTRODUCCIÓN:

Un aneurisma es una dilatación arterial localizada mayor al 50% del diámetro del vaso, producto de una debilidad de la pared congénita o adquirida(1). Solo 1-2% del total de aneurismas corresponde a aneurismas infecciosos. El vaso más afectado es la aorta, siendo la aorta abdominal infrarrenal el segmento más afectado(2). La edad avanzada y la inmunodeficiencia son factores de riesgo para su desarrollo(1,2).

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 65 años, con antecedente de Diabetes Mellitus, e hipertensión arterial, consulta por dolor abdominal de 20 días de evolución, de inicio insidioso, irradiado a dorso, con crisis hipertensiva que cede con antihipertensivo endovenoso. En tomografía computada de abdomen y pelvis y angiotomografía axial computada de abdomen y pelvis se evidencia aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto con hematoma retroperitoneal asociado. Se realiza reparación endovascular del aneurisma y se da el alta.

Un mes después consulta por cuadro de 1 semana de dolor abdominal en flanco derecho, astenia y compromiso del estado general. Al examen físico se encuentra, hipotenso, con llene capilar enlentecido y signos de irritación peritoneal. Se manejó con fluidoterapia. En exámenes: parámetros inflamatorios elevados. Se realiza angiotomografía axial computada de aorta: colección hipodensa heterogénea con burbujas de gas en su interior en saco aneurismático con extensión a músculo psoas izquierdo y crural diafragmática. Se manejó con tratamiento antibiótico de amplio espectro, ajustado por antibiograma. El resultado del cultivo arrojó positivo para Salmonella grupo C. Se realizó retiro de prótesis aórtica, drenaje de absceso del psoas, aseo quirúrgico y reconstrucción con neo-aorta. Evolucionó de forma favorable con buena respuesta clínica y de laboratorio.

CONCLUSIÓN:

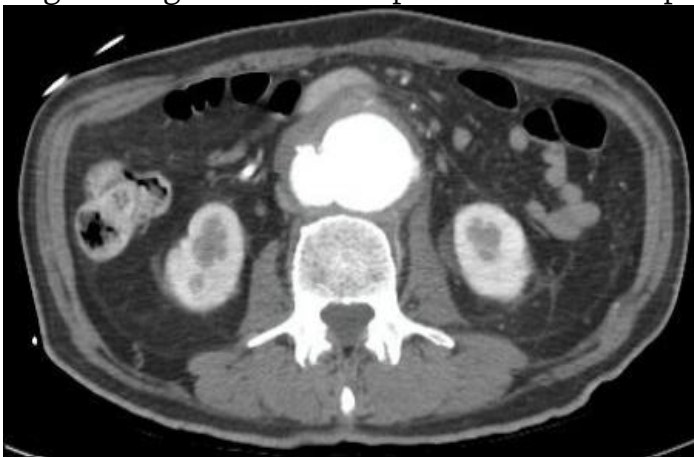
Si bien no hay información sólida sobre el manejo del cuadro, reportes de casos demostraron que el tratamiento estándar correspondería a terapia antibiótica combinada con tratamiento quirúrgico, el que consiste en un debridamiento quirúrgico asociado o no a revascularización(3).

Aunque esta patología tiene una baja prevalencia, el diagnóstico de un aneurisma infeccioso puede ser descubierto en el momento de su ruptura, lo cual puede ser mortal, por lo que se hace hincapié en considerarlo como diagnóstico diferencial al encontrarnos con cuadros clínicos sugerentes de esta patología.

ANEXOS:

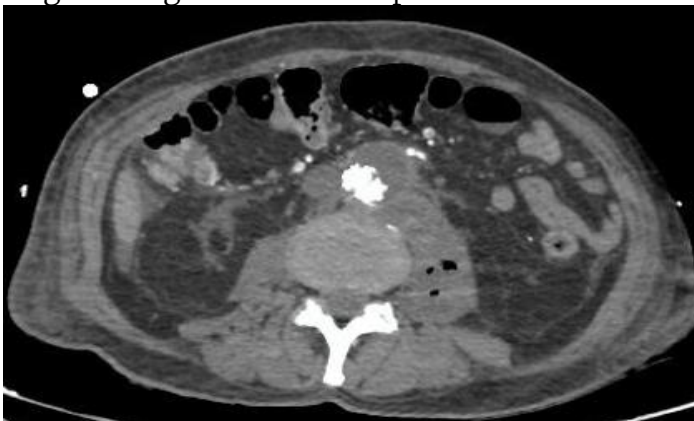
ANEXO 1:

Angiotomografía axial computada de aorta en primera consulta



ANEXO 2:

Angiotomografía axial computada de aorta en segunda consulta



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Vega Javier, Gonzalez Daniela, Yankovic Willy, Oroz Javier, Guaman Rodrigo, Castro Nicolás. Aneurismas de la aorta torácica: Historia natural, diagnóstico y tratamiento. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2014 [citado 2023 Sep 21]; 33(2): 127-135. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602014000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602014000200007>.

2. Rumoroso JA, Osorio-Cruz OH. Infected abdominal aortic aneurysm due to Salmonella in a patient with diabetes mellitus. Arch Cardiol Mex. 2022;92(4):545-549. English. doi: 10.24875/ACM.21000244. PMID: 36413690; PMCID: PMC9681510.

3. Spelman D. Overview of infected (mycotic) arterial aneurysm [Internet]. Eidt JF, Mills JL, Sexton DJ, Baron EL, Collins KA, editors. UpToDate. 2023. Available from: https://sso.uptodate.com/contents/overview-of-infected-mycotic-arterial-aneurysm?search=tratamiento%20aneurisma%20infeccioso&source=search_result&selectedTitle=1~72&usage_type=default&display_rank=1#H1118621

ARTRITIS SEPTICA DE RODILLA, QUE NO HACER EN LA URGENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reinicke, MA ¹; Toledo, PP²; Acuña FJ ²; Rioseco, DE ³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor
3. Cirujano General, Docente Universidad Mayor

Palabras claves: Articulación de la Rodilla, Artritis Infecciosa, Artrocentesis

INTRODUCCIÓN

La artritis séptica de la rodilla es una patología que afecta a 10/100000 personas¹, con factores de riesgo como prótesis articular en el sitio involucrado, diabetes mellitus, artritis reumatoide, alcoholismo, cáncer, enfermedad renal crónica, infección cutánea cercana reciente e infiltraciones articulares¹. Su pronóstico está determinado por relación tiempo entre síntomas (eritema, derrame y dolor agudo que limita el rango óptimo de movilidad (ROM)²) y el tratamiento. Provoca alta morbilidad y estadías hospitalarias prolongadas¹. En adultos es causada mayoritariamente por *Staphylococcus aureus*³, siendo la diseminación por vía hematogena la más común. Es una urgencia traumatológica, siendo parte de nuestra formación general poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial correcto y manejo inicial.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años, sin antecedentes, consultó en urgencias por cuadro de gonalgia derecha de 2 días de evolución, que aumentó hasta presentar un EVA 10/10. Además, se sumaron derrame articular, eritema, imposibilidad de bipedestación y ROM limitado en las últimas horas. Se tomaron exámenes de sangre y radiográficos que informaron una PCR de 27mg/L, hemograma sin alteración, Rx rodilla AP y lateral que evidenciaron artrosis moderada. Se hospitalizó para evaluación por traumatólogo el día siguiente, sin presentarlo al especialista de llamado. En la visita del día siguiente se realizó artrocentesis diagnóstica, dando salida a 120cc de líquido con filancia disminuida y color miel. Se tomaron cultivos y citoquímicos de líquido sinovial, que arrojaron 57.100 cel/mm³ con 92% polimorfonucleares, confirmándose el diagnóstico presuntivo. Se iniciaron antibióticos empíricos y se realizó aseo quirúrgico artroscópico con 6lts. de solución fisiológica, evidenciándose daño ligamentario y meniscal severo. Posteriormente se completaron 14 días de antibioterapia con buena respuesta clínica, dándose el alta.

CONCLUSIÓN

Debemos tener una alta sospecha de artritis séptica, la cual se fundamenta en la clínica, anamnesis y examen físico. Es necesario conocer el manejo básico, debido a las implicancias para el paciente de un diagnóstico y tratamiento tardío, tales como artrosis, anquilosis y sepsis¹. La literatura disponible coincide en que debe realizarse una artrocentesis diagnóstica precoz, inicio de terapia antibiótica empírica

endovenosa y aseo quirúrgico para eliminar el material purulento y tejido fibrótico³, siendo estos los pilares de su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Florestano Constanza, Fica Alberto, Gaete Natalia, Porte Lorena, Braun Stephanie. Artritis séptica en pacientes adultos en un hospital general de Chile. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Sep 21]; 31(4): 435-443. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000400009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000400009>.
2. Infante Carlos, Barahona Maximiliano, Palet Miguel, Zamorano Alvaro. Traumatología de la Rodilla. Primera edición. Santiago de Chile. Departamento de Ortopedia y Traumatología Universidad de Chile, Abril 2021.
3. Momodu II, Savaliya V. Septic Arthritis. [Updated 2023 Jul 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538176/>

ARTRODESIS DE CUATRO ESQUINAS EN UN CASO DE PSEUDOARTROSIS DE ESCAFOIDES CON COMPLICACIONES POSTERIORES: UN REPORTE DE CASO CLÍNICO

Gatica, A.¹, Petric, CA.¹, Nazzal, SA.¹, Alemany, C.²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor Santiago
2. Médico Cirujano, Becada Traumatología, Universidad de Valparaíso

Palabras Claves: Pseudoartrosis de escafoides, artrodesis de cuatro esquinas, traumatología de muñeca

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumáticas de la muñeca y la mano son comunes y pueden resultar en complicaciones significativas. Se estima en el servicio de urgencia, un 31% son consultas ortopédicas y un 21% de todas estas, buscan atención por lesiones de muñeca y mano [1]. Las fracturas de escafoides son especialmente preocupantes debido a su alta tasa de pseudoartrosis y discapacidad funcional [2]. En este caso, se destaca su singularidad debido a la ubicación inusual de la fractura, múltiples intervenciones, síntomas persistentes y una recuperación exitosa, lo que aporta lecciones valiosas a la práctica clínica.

CASO CLÍNICO

El paciente, un hombre de 25 años sin comorbilidades previas, sufrió una fractura poco común en el escafoides, que involucró el tercio proximal del hueso, incluyendo el estiloides y la región posterior. Esta ubicación inusual planteó desafíos técnicos en el diagnóstico y el manejo. Además, se detectó una disociación escafolunar con pseudoartrosis, un hallazgo infrecuente que complicó aún más el cuadro. La cirugía inicial implicó una osteosíntesis con un tornillo escafoides, injerto esponjoso del radio distal y capsulodesis dorsal con ancla. Esta técnica quirúrgica requirió precisión meticulosa debido a la ubicación anatómica única de la fractura y la inestabilidad resultante. A pesar de la intervención, el paciente experimentó dolor persistente e intermitente, especialmente durante la extensión de la muñeca. Los estudios de imagen mostraron fenómenos degenerativos radio-escafoideos y migración del tornillo escafoides. Después de tres años de evolución tórpida, se decidió realizar una artrodesis de cuatro esquinas. La técnica quirúrgica se centró

en la selección de huesos y la fijación para lograr una estabilidad adecuada de la muñeca. El resultado esperado de rigidez se confirmó en el seguimiento posterior a la cirugía, pero con una evolución general favorable, lo que destaca la eficacia de la artrodesis en este caso de pseudoartrosis compleja.



IMG 2. RX de muñeca AP: OTS con tornillo escafoides + injerto esponjoso de radio distal + capsulodesis dorsal con ancla.

IMG 3. RX de muñeca AP: Artrodesis de cuatro esquinas.

CONCLUSIÓN

Este caso clínico destaca la importancia del diagnóstico temprano y el manejo adecuado de la pseudoartrosis de escafoides. La artrodesis de cuatro esquinas se presentó como una opción efectiva para aliviar el dolor y mejorar la función en este paciente con una evolución desfavorable a pesar de múltiples intervenciones previas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junqueira GDR, Lima ALM, Boni R, De Almeida JC, Ribeiro RS, De Figueiredo LA. Incidence of acute trauma on hand and wrist: A retrospective study. Acta

- Ortopédica Brasileira [Internet]. 2017 (citado el 21 de septiembre de 2023).;25(6):287-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-785220172506169618>
2. M. Diya Sabbagh. Diagnosis and Management of Acute Scaphoid Fractures, Hand Clinics (internet), 2019 (citado el 21 de septiembre de 2023). 35 (3): 259 DOI: [10.1016/j.hcl.2019.03.002](https://doi.org/10.1016/j.hcl.2019.03.002)

CAMBIOS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN TRAUMATISMO TORÁCICO DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 (COVID19).

Pérez, AI¹; Saldivia, DA¹; Schaub, AE¹; Madrid PN¹; Ruiz, BM²; González RC³.

1. Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
3. Cirujano Cardiorácico, Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile.

Palabras claves: Traumatismos Torácicos, Índices de Gravedad del Trauma, Pandemia de COVID-19.

INTRODUCCIÓN:

El traumatismo torácico (TT) representa aproximadamente el 10-15% de todos los traumatismos y causa alrededor del 25% de las muertes debido a trauma. Las restricciones de movilidad durante la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) produjo modificaciones epidemiológicas en las atenciones de urgencias y hospitalización³. Nuestro objetivo es escribir el efecto de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) en la epidemiología de las hospitalizaciones por TT en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo con alcance descriptivo. Se revisaron protocolos de pacientes con TT, entre enero-2019 a diciembre-2020 en el Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, de Concepción-Chile previa aprobación por comité ético-científico. Se describieron las principales variables del período y se compararon subgrupos entre ambos años. Se utilizaron índices de gravedad de traumatismo (IGT): Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score Triage (RTS-T) y Trauma Injury Severity Score (TRISS), considerando politraumatizado un ISS >16 puntos. Se analizó el tipo de TT (contuso o penetrante), mecanismo y agente del traumatismo. El análisis estadístico se realizó con planillas de Microsoft Excel[®] y programa SPSSv25[®], utilizando la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS:

Se registraron 140 casos en 2019 y 131 casos en 2020, con un total de 271 casos. El año 2020 se caracterizó por presentar una mayor cantidad relativa de casos en el TT

penetrante (60,3%), de agresión por terceros (62,6%) y de TT por arma blanca (48,9%) comparado con el año inmediatamente anterior. El total de politraumatizados fue de 3,2% y 3,2% ($p=0,988$), cirugías torácicas 14% y 20% ($p=0,018$), mortalidad 0,7% y 0,8% ($p=0,962$) y promedio TRISS 6,77% y 5,67% ($p=0,745$), para 2019 y 2020 respectivamente.

CONCLUSIÓN:

En nuestra serie, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las principales variables asociadas a las hospitalizaciones por TT, en la necesidad de resolución quirúrgica ni en la mortalidad. Se describen cambios en la epidemiología de los traumatismos en este periodo, sin embargo, existe escasa información en nuestro medio. En esta investigación describimos el efecto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la epidemiología de las hospitalizaciones por TT en nuestro centro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. González R, Riquelme A, Fuentes A, Saldías R, Reyes R, Stockins A, et al. In the 1981-1990 period, 604 cases of TT were registered (19.7%). Artículo de Investigación rev Med Chile [Internet]. 2018;146:394. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v146n2/0034-9887-rmc-146-02-0196.pdf>
2. Molina Gutiérrez MÁ, Ruiz Domínguez JA, Bueno Barriocanal M, de Miguel Lavisier B, López López R, Martín Sánchez J, et al. Impacto de la pandemia COVID-19 en urgencias: primeros hallazgos en un hospital de Madrid. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2020;93(5):313-22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320302435>
3. Torres Pérez V de P, Luna ML, Núñez Rodríguez SE, Martínez Rosas LF. Experiencia del trauma torácico en un hospital de segundo nivel de la ciudad de Puebla. Ciencia Latina [Internet]. 2022;6(5):5492-504. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3558

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bravo, J¹; Gil, A²; Letzkus AV³; Belmar, F³; Lagos, JM⁴.

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor.
3. Médico Gineco-Obstetra, Unidad Patología Mamaria, Hospital Clínico San Borja Arriarán.
4. Cirujano Mastólogo, Hospital Barros Luco Trudeauux.

Palabras claves: Cáncer de mama, telorragia, mujer, edad joven

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es cada día más prevalente a nivel mundial y en nuestro país, siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, sobre todo en mujeres (1). Su incidencia aumenta con la edad, presentando múltiples factores de riesgo como menarquia precoz, antecedente familiar de cáncer de mama y obesidad, pero existe también más de un 70% donde no se identifica ningún factor (2). Su presentación es generalmente asintomática, por lo se requiere una búsqueda activa. Específicamente en mujeres jóvenes, se ha visto una menor incidencia de este cáncer, pero con peor pronóstico (3), aún no identificándose elementos clínicos que nos permitan aumentar la sospecha, configurándose como un desafío médico el diagnóstico de esta patología en mujeres jóvenes.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años, sin antecedentes mórbidos ni antecedentes familiares de cáncer de mama, consulta por telorragia de un año de evolución. Se realiza ecografía mamaria, revelando un papiloma intraductal. Se realiza mastectomía parcial que informa carcinoma papilar invasor con focos de diferenciación mucinosa de 4 mm, con márgenes comprometidos por lo que se realiza una ampliación de bordes y ganglio centinela. Se indica radioterapia y tratamiento con tamoxifeno.

A los 9 meses evoluciona con distorsión arquitectural retroareolar sobre cicatriz quirúrgica de 21 mm. Se realiza biopsia core, evidenciando recidiva por lo que se realiza mastectomía total con reconstrucción. Se inicia letrozol + ooforectomía.

Posteriormente, al año siguiente, se evidencian lesiones cutáneas sobre lecho de mastectomía, confirmándose metástasis a piel. En estudio con tomografía se diagnostica metástasis a base de cráneo, progresando tratamiento a fulvestrant + palbociclib.

CONCLUSIÓN

A partir de una presentación oligosintomática se pesquisa un cáncer en una paciente con pocos elementos de riesgo que orientan como diagnóstico más probable un cáncer de mama.

El cáncer de mama en mujeres jóvenes es de gran relevancia por su rápida y agresiva evolución, detectándose en estadios ya avanzados, por baja sospecha y dificultad para realizar un diagnóstico oportuno, presentando un peor pronóstico. En este reporte se plantea la importancia de identificar síntomas menos frecuentes como la telorragia como bandera roja de patología neoplásica en paciente joven.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta M O. Cáncer de mama en Chile: Datos epidemiológicos. Revista Chilena Obstetrica Ginecología [Internet]. 2002;67(6):439–45. [Citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600002
2. Kamińska M, Ciszewski T, Łopacka-Szatan K, Miotła P, Starosławska E. Breast cancer risk factors. Prz Menopauzalny [Internet]. 2015;3:196–202. [Citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: https://scholar.google.cl/scholar_url?url=https://www.termedia.pl/Journal/-4/pdf-25806-10%3Ffilename%3Dbreast%2520cancer.pdf&hl=es&sa=X&ei=OI3-ZMH-CpH4yATU2Zz4CA&scisig=AFWwaeakSjom6dFh_6ImQkXlmMqp&oi=scholar3
3. López-Olmos J. Cáncer de mama en una mujer de 25 años. Elsevier [Internet]. 2010;37(3):116–23. [Citado el 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-cancer-mama-una-mujer-25-S0210573X09001117>

CÁNCER PRIMARIO APENDICULAR: UN CASO INFRECUENTE DE ADENOCARCINOMA DE CÉLULAS CALICIFORMES

Autores: Vélez, NC¹; Roa, EA¹; Bravo, TP¹; Vásquez, FI¹; Cortés, L².

1. Interno de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Palabras claves: Cáncer de Apéndice, Adenocarcinoma de Células Caliciformes, Apendicitis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer primario apendicular es infrecuente, con incidencia de 1,2 casos cada 100.000 personas al año en EEUU. Suele diagnosticarse como hallazgo incidental en un 0.9-1.4% de piezas operatorias en contexto de apendicitis (1). Existen varios tipos según su histología, distinguiendo el Adenocarcinoma Colónico (AC), Adenocarcinoma de Células Mucosas (ACM), Carcinoma Neuroendocrino (CNE) y Adenocarcinoma de Células Caliciformes (ACC). El ACC es infrecuente, constituye el 14-19% de los primarios apendiculares, tiene características mixtas entre adenocarcinoma y CNE, teniendo un amplio espectro de presentación. Al momento de diagnóstico, se cree que más del 50% de los casos presentará metástasis a distancia, más frecuente intraperitoneal (2).

CASO CLÍNICO

Mujer 34 años, con antecedente de hipotiroidismo, consulta por cuadro de 2 semanas de dolor abdominal difuso, tipo cólico, acentuado en últimas horas. En la evaluación destaca abdomen distendido doloroso a la palpación difusa, con signos de irritación peritoneal. Se realiza tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis compatible con apendicitis.

Se realiza apendicectomía. En biopsia diferida se informa hallazgo de adenocarcinoma de células caliciformes bien diferenciado, infiltrante hasta subserosa con bordes negativos a menos de medio milímetro.

Se profundiza estudio con TAC tórax, abdomen y pelvis, que informa nódulo en lecho apendicular, probablemente reactivo postoperatorio, sin diseminación a distancia; colonoscopia sin hallazgos relevantes; antígeno carcinoembrionario indetectable en sangre. Se decide resolución con hemicolectomía derecha, realizada sin inconvenientes. Pieza operatoria sin hallazgo de neoplasia en biopsia diferida.

CONCLUSIONES

El ACC es una entidad infrecuente, comportándose de distintas formas según sus elementos histológicos. Dependiendo de las características del tumor (tamaño, diferenciación, bordes positivos vs negativos) se puede considerar la apendicectomía como tratamiento definitivo. En este caso, se decidió

hemicolecctomía derecha, dada la presencia de bordes negativos a menos de 0.5mm y la existencia de nódulo inespecífico en lecho apendicular. En casos de metástasis peritoneal, se puede recomendar cirugía de citorreducción asociada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). Es una patología poco frecuente y poco sospechada, con la mayoría de diagnósticos incidentales

en el estudio histológico de apendicectomías. Se debe seguir investigando, para lograr mejor estandarización sobre clasificación de enfermedad y optimizar manejo acorde.

REFERENCIAS

1. Van de Moortele M, De Hertogh G, Sagaert X, Van Cutsem E. Appendiceal cancer : a review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg.* 2020;83(3):441-8.
2. Kelly KJ. Management of Appendix Cancer. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 4 de septiembre de 2023];28(4):247-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4655112/>
3. Hatch QM, Gilbert EW. Appendiceal Neoplasms. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 4 de septiembre de 2023];31(5):278-87. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0038-1642051>

CANCER PULMONAR DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: IMPACTOS EN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN UN CENTRO ASISTENCIAL DE ALTA COMPLEJIDAD

González, RC; Madrid, PN; Saldivia, DA; Schaub, AE; Pérez, AI; Romero, JP

1. Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Concepción, Chile.
2. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Palabras claves: Cáncer pulmonar, COVID-19, Pandemias

INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV-2 disminuyó mundialmente el diagnóstico y tratamiento de patologías oncológicas (1, 2). La frecuencia del cáncer pulmonar (CP) incrementa en Chile y representa la principal causa de muerte por cáncer en Chile y el mundo (3). Nuestro objetivo es describir el efecto de la pandemia en el diagnóstico y tratamiento del CP en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de los casos de CP del Hospital Clínico Regional “Dr. Guillermo Grant Benavente”, de Concepción-Chile en el período enero-2017 a diciembre-2022. Se revisaron bases de datos, fichas clínicas y protocolos quirúrgicos previa aprobación por comité ético-científico. Se incluyeron pacientes con CP presentados en comité broncopulmonar de nuestro centro. Se excluyeron pacientes con biopsia no compatible con CP primario. Los casos se estadificaron según la octava versión TNM para CP. Se describen características clínicas, histología, estadificación y tratamiento quirúrgico de la serie. Se compararon variables entre el primer trienio (2017-2019) y segundo trienio (2020-2022). Para análisis estadístico se utilizó SPSSv25, utilizando las pruebas de Chi cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró significativo valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Total 409 casos de CP, 214 (52,3%) en el primer trienio y 195 (47,7%) en el segundo. No se observaron diferencias significativas al comparar edad ni tipos histológicos. Se observó una disminución en el número de casos en estadios precoces: 40 (18,7%) versus 28 (14,4%) $p=0,769$ y en casos resecaados con criterio oncológico: 51 (23,8%) versus 37 (19,0%) $p=0,239$ entre el primer y segundo trienio respectivamente. El 2020 disminuyeron 59,3% los casos totales, 85,0% de los casos en estadio precoz y 64,7% en las cirugías resectivas comparado con el trienio anterior (R 0,934, $p=0,066$). No se observaron diferencias significativas en el tipo de resección ni en morbimortalidad entre períodos.

CONCLUSIÓN

Al comparar trienios, en nuestro centro la pandemia disminuyó los casos diagnosticados, diagnóstico en estadio precoz y tratamiento quirúrgico resectivo, especialmente el año 2020. Esta disminución es similar a lo reportado en series internacionales.

REFERENCIAS

1. Jones D, Neal RD, Duffy SRG, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020 Abr 30 [citado el 2023 Sep 09];21:748750. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30242-4. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30242-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30242-4/fulltext)
2. Al-Quteimat OM, Amer AM. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer patients. *Am J Clin Oncol* [Internet]. 2020 Jun [citado el 2023 Sep 09];43:452-455. doi: 10.1097/COC.0000000000000712. Disponible en: https://journals.lww.com/amjclinicaloncology/abstract/2020/06000/the_impact_of_the_covid_19_pandemic_on_cancer.12.aspx
3. Parra-Soto S, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordeñez AM, Troncoso-Pantoja C, Ulloa N, et al. Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 Sep 09] ; 148(10): 1489-1495. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001489&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001489>.

SÍNDROME DE DUMPING TARDÍO, UNA COMPLICACIÓN EN PACIENTE GASTRECTOMIZADO: REPORTE DE CASO

Andrighetti, MC ¹; Cruz, C ¹

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Palabras clave: Gastrectomía; Complicación post quirúrgica; Síndrome de Dumping.

INTRODUCCIÓN

Las cirugías gástricas son procedimientos con incidencia en aumento para manejo tanto de patologías benignas como malignas. Al igual que cualquier procedimiento quirúrgico, no están exentas de complicaciones. Entre las asociadas a los cambios en la motilidad, destaca el Síndrome de Dumping, que corresponde al conjunto de síntomas digestivos y sistémicos debido a un vaciamiento gástrico acelerado. Se clasifica según el tiempo de aparición: temprano (10–30 minutos post prandial) o tardío (1–3 horas post prandial), siendo este menos común. A continuación se presenta caso de Dumping tardío en paciente gastrectomizado.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 68 años, con antecedente de cáncer gástrico etapa III, gastrectomía total (enero 2023) y quimioterapia neoadyuvante. Ingres a servicio de urgencia en julio 2023, por compromiso de conciencia, objetivándose hemoglucotest de 22, con recuperación ad integrum tras administración de tres ampollas de suero glucosado 30%. Se hospitaliza para estudio de hipoglicemia severa sintomática en paciente no diabético, descartándose uso de insulina y/o hipoglicemiantes orales, sin intenciones autolíticas.

Sin controles post operatorios, mantiene desde enero régimen papilla y fraccionado por disfagia significativa. Sin embargo, 2 horas previo al episodio, destaca consumo importante de carbohidratos (varias calugas y turrone), por primera vez desde cirugía.

Durante hospitalización mantiene glicemia dentro de rangos, se realiza TAC-AP sin evidencia de tumor neuroendocrino y es evaluado por nutrición y diabetes. Impresiona cuadro compatible con Dumping tardío, realizándose educación con pauta alimentaria y seguimiento de forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN

Las cirugías de resección gástrica se esperan continúen en aumento, y por lo tanto, junto con ellas, sus complicaciones asociadas. Esto cobra especial importancia en

nuestro país, al poseer una alta tasa de cáncer gástrico y obesidad con necesidad de resolución quirúrgica. De esta forma, es fundamental comenzar a familiarizarse con cuadros como el descrito previamente, para su diagnóstico oportuno y adecuado tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berg P, McCallum R. Dumping syndrome: A review of the current concepts of pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Digestive Diseases and Sciences*. 2015;61(1):11–8. doi:10.1007/s10620-015-3839-x
2. Hui C, Dhakal A, Bauza GJ. Dumping Syndrome. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470542/>
3. Csendes Attila, Figueroa Manuel. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2017 Dic [citado 2023 Sep 11]; 69(6): 502–507. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000600502&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.014>.

COLGAJO INGUINAL DE MCGREGOR PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE HERIDA POR FASCITIS NECROTIZANTE EN MANO. REPORTE DE UN CASO.

Peters, IJ.¹ ; Rivera, MM.¹ ; Jofré, GA. ¹ ; Castro, CB ¹ ; De la Torre JT ²

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Santiago.
2. Médico Cirujano, Hospital Padre Hurtado.

Palabras claves: Cirugía reconstructiva, Colgajo, Fascitis necrotizante.

INTRODUCCIÓN

La extremidad superior y en particular la mano, es una región con características mecánicas que amerita técnicas de reconstrucción que permitan restablecer no solo la función sino también la estética de esta zona. La utilización de colgajos en cirugía reconstructiva es un elemento fundamental, ya que proporcionan una cobertura estable cuando existe exposición de estructuras nobles, lo cual representa un reto desde el punto de vista estético y funcional. (1) El colgajo inguinal de McGregor es una buena opción, la técnica consta de dos tiempos, primero se marca el trayecto de la arteria circunfleja ilíaca superficial, se escinde la piel transponiendo el colgajo a la zona receptora y el área donante cierra en forma primaria. En un segundo tiempo, el colgajo se libera del abdomen entre 15 a 21 días, luego de adquirir vascularización propia. (2)

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 55 años con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus insulino requiriente descompensada, consulta en atención primaria tras sufrir herida punzante con tornillo en cara palmar de mano derecha mientras taladraba. Fue manejado con analgesia, antibióticos orales y profilaxis antitetánica. Cinco días después evoluciona con dolor, eritema, aumento de volumen y calor local en zona, por lo que reconsulta. Se realizó ecografía de partes blandas que evidenció enfisema subcutáneo y fue hospitalizado con el diagnóstico de fascitis necrotizante. Se realizó una fasciotomía de urgencia, se requirieron múltiples aseos quirúrgicos además de la amputación de la base del segundo metacarpiano. Tras un mes de hospitalización se realizó un colgajo de McGregor más injerto dermo-epidérmico de antebrazo. Luego de veinte días, se retiran suturas de antebrazo y zona inguinal. Paciente evoluciona satisfactoriamente con colgajo vital.

CONCLUSIÓN

El colgajo de McGregor tiene importantes ventajas y permite alcanzar resultados significativos desde el punto de vista funcional y estético. A pesar de requerir un periodo prolongado de inmovilización, representa una solución atractiva de

reconstrucción cuando existe pérdida de más de un tejido como en el caso de la fascitis necrotizante, disminuyendo notablemente las secuelas posteriores. (3)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio R, Knezevich L. Reparación de lesión en antebrazo utilizando la técnica de McGregor: reporte de un caso [Internet]. Revistaavft.com. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_1_2019/13_reparacion_de_lesion_antebrazo.pdf
2. Roman J, Olivera M, Valenzuela C. Reparación de quemadura eléctrica en mano con colgajo de McGregor. Experiencia en hospital tipo 3. Reporte de caso. Rev. Med. Clin Condes. 2018. 29(3), 360-364.
3. El Hacem MM, Limam S, Aw A, Ahmed K, Biha N, Ne C. Lambeau de Mac Gregor, solution de sauvetage: à propos d'un cas, clinique et résultat [McGregor's flap: a salvage technique: about a case, clinical features and outcome]. Pan Afr Med J. 2019 Jul 19;33:235. French. doi: 10.11604/pamj.2019.33.235.16762. PMID: 31692758; PMCID: PMC6814899.

DIVERTICULITIS YEYUNAL PERFORADA: UN CASO INFRECLENTE DE ABDOMEN AGUDO

Barrera, AC¹; Leyton, DC¹; Pacheco, Y¹; Roa, EA²; Reyes, MA²

1. Interno de Medicina, Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile

Palabras claves: "Patología yeyunal", "Diverticulitis", "Diverticulitis/Complicaciones"

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis de intestino delgado (ID) es una condición infrecuente, con prevalencia de 0.2-4.5% (1). La localización duodenal es 5 veces más frecuente que yeyunal o ileal (1)(2). Su presentación clínica varía desde asintomática hasta patología complicada (3), siendo la diverticulitis su complicación más común (1). Se presenta clásicamente como dolor abdominal agudo, pudiendo acompañarse de fiebre y elevación de parámetros inflamatorios. Su reconocimiento es un desafío dado la ausencia de signos patognomónicos que lo distinguan del amplio diagnóstico diferencial (3). El estudio de elección es la tomografía computada de abdomen y pelvis (TC-AP) (3), pudiendo evidenciar una masa inflamatoria con contenido gaseoso, engrosamiento de pared intestinal y edema circundante (3). Ante la ausencia de guías específicas, se suele manejar como diverticulitis colónica (3), siendo el manejo definitivo la resección del segmento comprometido con anastomosis primaria (1).

CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años, sin antecedentes mórbidos, colecistectomizada, niega consumo de alcohol ni tabaco. Consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, difuso, tipo cólico, de moderada intensidad que comienza tras ingesta alimentaria. Niega vómitos y diarrea. Ingresa en regulares condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable. Al examen físico destaca abdomen doloroso a la palpación difusa, con ruidos hidroaéreos aumentados. En estudio destacan parámetros inflamatorios elevados y TC-AP con engrosamiento difuso de un segmento yeyunal, burbujas de gas extraluminales y líquido libre intraperitoneal, que impresiona diverticulitis yeyunal complicada con perforación. Se inicia antibioterapia y se realiza laparotomía exploradora que evidencia perforación yeyunal contenida. Se realiza resección segmentaria y anastomosis tipo Barcelona, con evolución favorable.

CONCLUSIÓN

La diverticulosis de ID es infrecuente y sus complicaciones pueden ser potencialmente graves. La diverticulitis de ID se presenta típicamente como abdomen agudo, sin elementos clínicos que la distingan de otras patologías más frecuentes. Su diagnóstico es importante pues el manejo definitivo es quirúrgico, siendo la TC-AP su estudio de elección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rangan V, Lamont JT. Small bowel diverticulosis: Pathogenesis, clinical management, and new concepts. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2020 [citado el 2 de septiembre de 2023];22(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31940112/>
2. Transue DL, Hanna TN, Shekhani H, Rohatgi S, Khosa F, Johnson J-O. Small bowel diverticulitis: an imaging review of an uncommon entity. *Emerg Radiol* [Internet]. 2017 [citado el 2 de septiembre de 2023];24(2):195–205. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27815648/>
3. Chapman J, Al-Katib S, Palamara E. Small bowel diverticulitis - Spectrum of CT findings and review of the literature. *Clin Imaging* [Internet]. 2021 [citado el 2 de septiembre de 2023];78:240–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34098519/>

EMBOLIA SÉPTICA PULMONAR SECUNDARIA A ABSCESO RENAL EN PACIENTE DIABÉTICA. REPORTE DE CASO

Avendaño, A ¹; Barahona, B ¹; Romero, K ¹; Vásquez, C ¹; Bayonne, C ²

1. Interno de medicina, Facultad de medicina, Universidad Autónoma de Chile
2. Médico Internista, Docente Universidad Autónoma de Chile

Palabras clave: Embolia pulmonar, complicaciones de infección urinaria, cetoacidosis diabética

INTRODUCCIÓN

Los abscesos renales son poco frecuentes, con incidencia de 1.3 - 10 casos cada 10.000 hospitalizaciones, suelen aparecer como complicación de infecciones urinarias. Su mortalidad va en descenso gracias a avances en diagnóstico y terapéutica, llegando a 5 - 15% (1). Los factores de riesgo son inmunosupresión, alteraciones del tracto urinario, uso de drogas endovenosas y diabetes mellitus (1). Los microorganismos habitualmente aislados son *E. coli* (26%), *K. pneumoniae* (22%), *S. aureus* (18%), pero solo el 50% de los urocultivos resultan positivos (2). La asociación con émbolos sépticos ha sido poco descrita y se asocia a infecciones por *S. aureus* y *K. pneumoniae*.

CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años, diabética tipo 2 mal controlada, acude a urgencias por cuadro de 3 días de dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. Ingresa en malas condiciones generales, con sensibilidad abdominal. Se solicitan exámenes de laboratorio compatibles con cetoacidosis diabética (CAD) y elevación de parámetros inflamatorios. Se complementa con escáner de tórax, abdomen y pelvis (TC TAP) que informó múltiples opacidades pseudonodulares, cavitadas, sugerentes de embolias sépticas pulmonares, y aumento de densidad focal del tejido adiposo perirrenal izquierdo. Es ingresada por CAD secundaria a pielonefritis y se inicia antibioterapia de amplio espectro. Evoluciona de manera tórpida, decidiéndose manejo avanzado de vía aérea, se escala terapia antibiótica, se solicitan hemocultivos, positivos para *K. pneumoniae* y TC TAP con contraste que informó absceso renal izquierdo de 53x23x75mm que impresiona infiltrar hacia pared muscular dorsal y nódulos pulmonares cavitados bilaterales, de mayor número y extensión que en examen comparativo. Por lo que se decide manejo quirúrgico de absceso. Sin embargo, en protocolo operatorio no aparece hallazgo, continuando manejo médico. Se realiza TC TAP control que informó colección hipodensa con paredes regulares perirrenal izquierda de 39x18mm. Hallazgos se correlacionan con regresión de absceso y mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

Reconocer un absceso renal requiere alto índice de sospecha clínica e imagenológica. El manejo puede ser médico, percutáneo o quirúrgico dependiendo del tamaño y las patologías del paciente. La opción percutánea está indicada en abscesos > 5cm. Mientras que se prefiere abordaje quirúrgico en pacientes con anomalías de vías urinarias y/o mala evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez J, Villacís E, Armas D, Vasquez S, Revelo D, Durán T. Pielonefritis complicada con absceso renal diagnóstico y tratamiento a propósito de un caso. Rev san inv [Internet]. 2021 [citado el 10 de septiembre de 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/pielonefritis-complicada-con-absceso-renal-diagnostico-y-tratamiento-a-proposito-de-un-caso/>
2. Arguello V, Dalton K, Hernández D, Gómez M. Abscesos renales. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2020; 18 (2): 216-217 [citado el 10 de septiembre de 2023] Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v18n2/1870-7203-amga-18-02-216.pdf>
3. Costanzo L, Karki B, Chaddha S, Soto B, Fiksman A. A case of septic pulmonary emboli caused by a perinephric abscess growing Klebsiella pneumoniae. Chest [Internet]. 2022;162(4):A1788-9. [citado el 11 de septiembre de 2023] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.1490>

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: PESQUISA Y MANEJO PARA UNA PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Guesalaga, P¹; Añazco, M¹; Queirolo, M¹; Viñuela, F¹; Riquoir, C²; García, D³

¹ Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

² Residente de Cirugía General, Pontificia Universidad Católica de Chile

³ Residente de Subespecialidad Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

Palabras claves: Cirugía bariátrica, Encefalopatía de Wernicke, Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK) es una complicación neurológica secundaria al déficit de tiamina. Era descrita exclusivamente en población con dependencia al alcohol, pero últimamente también ha aumentado su prevalencia en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica (CB) [1, 2].

Esta condición es subdiagnosticada por su clínica variada. La EW sin tratamiento adecuado puede generar secuelas neurológicas permanentes e incluso la muerte. Por lo tanto, su sospecha y manejo oportuno es fundamental como predictor de morbimortalidad [1, 3].

El objetivo es presentar un caso con antecedente de CB y clínica de EW, enfatizando la importancia de considerar este diagnóstico diferencial en estos pacientes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 24 años con antecedente de gastrectomía en manga un mes previo a su ingreso, consulta por 3 semanas de náuseas y vómitos. Estudio con tomografía computada con contraste oral, trago esofágico y endoscopia digestiva alta sin hallazgos patológicos. Se añade somnolencia, inestabilidad en la marcha, diplopía y nistagmus. Resonancia magnética cerebral sin alteraciones. Evaluación por equipo de neurología confirma diagnóstico de EW.

Se inicia tratamiento con tiamina endovenosa, evolucionando con remisión total de su sintomatología. Es dado de alta en plan de continuar tratamiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

La EW es un síndrome agudo que requiere tratamiento urgente para prevenir daño neurológico permanente y el síndrome de Korsakoff (SK) es el proceso crónico e

irreversible de esta condición. El 80% de los pacientes con esta afección no reciben un tratamiento adecuado, lo que puede producir secuelas neurológicas severas. Se debe mantener un bajo umbral de sospecha para EW en pacientes con factores de riesgo para déficit de tiamina puesto que su tríada clásica (ataxia, movimiento ocular alterado y cambio del estado mental) solo se presenta en un 50% de los casos. Su tratamiento suele iniciarse antes de confirmarse el diagnóstico debido a la morbimortalidad asociada al cuadro. La recomendación actual consiste en la administración parenteral de tiamina [1-3].

CONCLUSIÓN

El SWK es una complicación neurológica secundaria al déficit de tiamina descrita en pacientes postoperados de CB. Es importante su pesquisa precoz dado que requiere de un tratamiento urgente para prevenir secuelas graves.

REFERENCIAS

1. Kohnke S, Meek CL. Don't seek, don't find: The diagnostic challenge of Wernicke's encephalopathy. *Ann Clin Biochem* [Internet]. 2021;58(1):38–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32551830/>.
2. Aasheim ET. Wernicke encephalopathy after bariatric surgery: A systematic review. *Ann Surg* [Internet]. 2008;248(5):714–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18948797/>
3. Raziel A. Thiamine deficiency after bariatric surgery may lead to Wernicke encephalopathy. *Isr Med Assoc J* [Internet]. 2012;14(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23240377/>.

ENFERMEDAD DE GAUCHER COMO CAUSA DE ESPLENOMEGALIA, AÑOS POSTERIOR A UNA ESPLENECTOMÍA

Muñoz, AA¹. Arriagada, JF². Farah, VH². Lobos, JC². Quiroz, AJ³

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
2. Alumna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
3. Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital de Teno, Teno.

Palabras claves: Enfermedad de Gaucher, Esplenectomía, Esplenomegalia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Gaucher [EG] es un trastorno metabólico que genera esplenomegalia, hepatomegalia y anemia. Conlleva consecuencias irreversibles esqueléticas, neurológicas y neoplásicas [1], por lo que requiere diagnóstico precoz. La esplenectomía parcial es parte del tratamiento, pero se asocia a crecimiento del remanente y deterioro óseo y nervioso [2,3]. Es importante considerar ante una esplenomegalia con antecedente de esplenectomía que haya sido parcial y pueda existir un crecimiento esplénico asociado a EG. Detectarlo a tiempo es vital para prevenir secuelas irremediables.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 43 años con esplenectomía hace 17 años consulta por dolor lumbar y malestar intestinal durante meses. Al examen físico destaca una masa abdominal sobresaliente en hipocondrio izquierdo. Se solicita TAC de abdomen que evidenció esplénulo de 20 x 15 centímetros que concuerda con informes radiológicos anteriores presentados por el paciente debido a dolores óseos que señalan este hallazgo incidental. Se realiza cirugía laparoscópica para biopsia excisional. El paciente evoluciona sin complicaciones, refiriendo alivio sintomático. La biopsia reportó histiocitosis difusa confirmando sospecha de tumor secundario a EG. En controles posteriores al alta, paciente sin complicaciones de la herida quirúrgica y sin nuevos episodios de lumbalgia.

CONCLUSIÓN

Paciente con esplenectomía hace 17 años presenta masa en el hipocondrio izquierdo que sin el antecedente quirúrgico haría sospechar una esplenomegalia. Se debe considerar la posibilidad de un remanente esplénico y solicitar un TAC para confirmar. La EG podría ser causa de la esplenomegalia, ya que los resultados de la esplenectomía parcial asociado a EG se asocian a complicaciones graves, como el deterioro del sistema óseo, sintomatología que el paciente presenta. Para evitar las

complicaciones irreversibles de la EG, hay que sospecharla ante una esplenomegalia en pacientes con antecedente de esplenectomía.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Sardiñas Ponce Raysy, Guerra Leal Obel Alcides, Verdecia Servando Roig. Esplenomegalia gigante por enfermedad de Gaucher. Medisur [Internet]. 2021 Dic [citado 2023 Sep 10] ; 19(6): 1021-1027. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000601021&lng=es. Epub 30-Dic-2021.
2. Hughes D, Sidransky E. Enfermedad de Gaucher: Tratamiento [Internet]. UptoDate. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.atalca.idm.oclc.org/contents/gaucher-disease-treatment?search=gaucher%20desease&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1~82&display_rank=1
3. Rodolfo Millán Batista, María, J., Julia, M., Sanz, J., & Oneida Reyes González. (2017). Enfermedad de Gaucher tipo 1. Presentación de caso. Correo Científico Médico, 21(3). <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2651/1134>

FASCITIS NECROTIZANTE COMO CONSECUENCIA DE HERNIA ESTRANGULADA: REPORTE DE UN CASO.

Salas, RM¹; Sánchez, P²; Torche MC³; Corces, J¹; Lihn, JG²; Azabache, VN³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Chile.
2. Médico Cirujano, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Chile.
3. Cirujana General, Servicio de Cirugía, Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Chile.

Palabras claves: fascitis necrotizante, hernia estrangulada, obesidad mórbida.

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante es una infección bacteriana de tejidos blandos, rápidamente progresiva. Compromete dermis profunda y fascias, generando destrucción tisular. Algunos factores de riesgo son obesidad, diabetes e inmunosupresión. Se puede gatillar por trauma, perforación de víscera hueca o infección por contigüidad. 35% de los pacientes presentan shock y falla multiorgánica (1), con un 40% de mortalidad (2), razón por la cual el caso a exponer toma relevancia. Así mismo, la patología herniaria no resuelta puede ser devastadora, pudiendo complicarse con incarceration, estrangulación y casos avanzados, perforación de víscera hueca.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 64 años con obesidad mórbida y hernia incisional secundaria a bypass gástrico. Consulta por dolor abdominal de 4 días de evolución, fiebre, aumento de volumen, eritema y lesiones necróticas en relación a hernia ventral complicada. Ingresó febril, taquicárdica, con presiones límites. Examen físico destaca gran úlcera de fondo necrótico asociada a flictenas, y hernia abdominal con pérdida de domicilio. Se diagnosticó shock séptico. La tomografía muestra gran hernia de pared abdominal en flanco izquierdo, con gas extra luminal al interior del saco, poco caracterizable. Se realizó laparotomía exploratoria, encontrando perforación de colon transverso. Se ejecutó colectomía transversa, colostomía, resección amplia de pared abdominal e instalación de Abthera con cierre parcial de piel. Cultivo demuestra *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Recibió tratamiento antibiótico. 48 horas después fascitis comprometida > 50% de pared abdominal, siendo sometida a múltiples aseos quirúrgicos y tratamiento con presión negativa. Evolucionó favorablemente, se reconstruyó pared y mantiene colostomía.

CONCLUSIÓN

El retraso en el tratamiento de las hernias abdominales puede generar complicaciones graves, como estrangulación y perforación visceral, las cuales conllevan alta morbilidad, como en este caso, con fascitis necrotizante. Esta última es una patología infrecuente, logrando su diagnóstico inicial en un 30%. Si es detectada a tiempo, la mortalidad disminuye hasta 12% (2), por lo que debe tratarse precoz y agresivamente. Por otro lado, las hernias abdominales constituyen la tercera patología abdominal más prevalente a nivel mundial y segundo motivo de consulta en cirugía general (3) por ende,

es importante generar sistemas de salud que faciliten educación y resolución de hernias abdominales complejas, previniendo complicaciones fatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parra Caballero P, Esteban SP, Ester M, Ruiz P, Santos C, Alberto J, et al. Actualización en fascitis necrotizante [Internet]. Edu.ar. [citado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://clinicainfectologica2hnc.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2018/03/Actualizaci%C3%B3n-en-fascitis-necrotizante.pdf>
2. Ferrer Lozano Y, Morejón Trofimova Y. Fascitis necrosante. Actualización del tema. MediSur [Internet]. 2018;16(6):920-929. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180061937016>
3. Larco Coloma J, Larco Noboa N, Rumazo Zambrano A. Abdominal Wall Hernias: different types of classifications and complications. International Journal of Medical and Surgical Sciences [Internet]. 2022 [citado el 20 de octubre de 2023];9(2):1-11. Disponible en: <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ijmss/article/view/1867>

FRACTURA BILATERAL DE FÉMUR EN UN PACIENTE GERIÁTRICO DESPUÉS DE ACCIDENTE POR APLASTAMIENTO: UN REPORTE DE CASO CLÍNICO

Alemany C¹; Petric, C²; Gatica, A²

1. Médico Cirujano, Becada de Traumatología y Ortopedia, Universidad de Valparaíso, Chile
2. Interno de séptimo año de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile

Palabras Claves: Fractura de fémur, paciente geriátrico, clavos retrógrados bilaterales

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de fémur en pacientes geriátricos son comunes y pueden resultar de traumas significativos. Según las estadísticas, aproximadamente el 90% de las fracturas de fémur en personas mayores de 65 años están relacionadas con caídas o accidentes (1). Las fracturas de la diáfisis femoral bilateral son particularmente desafiantes y requieren un manejo cuidadoso, ya que pueden tener una tasa de mortalidad de hasta un 25%, las cuales se ser inferior a un 7% con las técnicas de reducción modernas (2).

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 90 años, sano, autovalente, sin antecedentes médicos, sufrió accidente hace 7 meses en ambas extremidades inferiores las cuales se aplastaron mientras ayudaba a empujar un automóvil en panne. Experimentó un dolor intenso e incapacidad de mover ambas piernas. El examen físico destacó deformidades notorias en ambas extremidades junto con dolor a la palpación en los lugares de fractura. Los estudios de imagen con TAC confirmaron fracturas conminutas en el tercio distal de la diáfisis femoral derecha y en el tercio medio de la diáfisis del fémur izquierdo, con desplazamiento significativo. Se instaló un tutor externo en ambas piernas y a los tres días se realizó osteosíntesis con clavos retrógrados bilaterales. Tras la cirugía, el paciente fue dado de alta con rehabilitación correspondiente. Los seguimientos mostraron consolidación de ambas fracturas. Finalmente, el paciente logró deambular sin carga al mes, luego con andador ortopédico sin ruedas a los 2 meses, y finalmente a los 6 meses recuperó su funcionalidad basal y volver a caminar con éxito.

CONCLUSIÓN

El clavo retrógrado suele utilizarse en pacientes geriátricos, ya que evita una cirugía prolongada y pérdida sanguínea considerable. Además, posee una tasa de consolidación similar a los clavos anterógrados (3). En contexto del aumento de prevalencia de fracturas de fémur en ancianos, estas suelen tratarse con cirugía junto con un plan de rehabilitación postoperatoria para optimizar la recuperación funcional. Este caso destaca la importancia de la atención multidisciplinaria en pacientes geriátricos con fracturas de fémur, especialmente cuando son bilaterales. El diagnóstico y tratamiento oportunos, incluida la cirugía de osteosíntesis con clavos retrógrados, son fundamentales para lograr resultados exitosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* [Internet]. 2002;359(9319):1761–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08657-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08657-9)
2. Cannada LK. Fracturas de la diáfisis femoral y del fémur distal. *American Academy Of Orthopaedic Surgeons* [Internet]. 2014; [citado el 21 de septiembre de 2023]. 39: 423– 436. Disponible en: https://acreditacion-fmc.org/AAOS/pdf/AAOS_cap_39.pdf
3. del Campo Berrueta Facundo, Tamón Nicolás. Fracturas ipsilaterales proximales y diafisarias de fémur: ¿Existe una mejor opción terapéutica? *Revisión Bibliográfica. Anfamed* [Internet]. 2020 [citado 2023 Oct 22] ; 7(2): e302. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542020000201302&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.25184/anfamed2020v7n2a3>.

FRACTURA CONMINUTA DEL NAVICULAR: UNA INFRECUENTE Y DESAFIANTE PATOLOGÍA, REPORTE DE UN CASO.

Celis, PI; Concha, MI; González, AL; Berrezueta, DR; Delgado, SE²

1. Estudiantes de Medicina 5^o año, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.
2. Residente 2^o año de Ortopedia y Traumatología, Instituto Traumatológico, Chile.

Palabras claves: Fractura de pie, Navicular, Fractura navicular, Fractura conminuta, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La fractura de navicular (FN) traumática es infrecuente, representando el 0.2% del total de fracturas (1) y el 5.1% de las fracturas agudas del pie (2). Afecta principalmente a población adulta joven y atletas. Tiene una distribución bimodal de baja y alta energía. El mecanismo de lesión en casos de baja energía es torsional, cerca del 50% son fracturas de tipo avulsivas (2). Las fracturas agudas conminutas del cuerpo del navicular son aún más inusuales y se asocian a mecanismos de alta energía (2). Su manejo es conservador en fracturas avulsivas o no desplazadas del cuerpo o tuberosidad. Reservando la cirugía para fracturas desplazadas de cuerpo o tuberosidad (2).

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Hombre, 20 años, ciclista de montaña, sin antecedentes médicos relevantes. Consulta por caída de altura en bicicleta realizando descenso en cerro. Refiere dolor en retropié y mediopié derecho. Al examen físico equimosis en retropié y mediopié y dolor a la palpación del calcáneo. Examen neurovascular normal. Resto del examen físico conservado. Ante sospecha de fractura se solicita radiografía anteroposterior, lateral y oblicua de pie y tomografía computada de pie, evidenciando fractura conminuta desplazada del cuerpo del navicular (Sangeorzan III C) y fractura del calcáneo extraarticular. Se decidió resolución quirúrgica de la FN por la conminución y desplazamiento del cuerpo, realizando reducción y osteosíntesis a través de abordaje dorso medial de pie, con tres tornillos y placa puente talo-cuña medial. Posteriormente, inicia kinesioterapia. Tres meses después no presenta dolor, progresando en la carga de la extremidad, actualmente con bastón. No se han identificado complicaciones. Radiografías evidencian signos de consolidación avanzada.

DISCUSIÓN

Este caso es relevante por la infrecuente localización y rasgo de la fractura. Además, estudios evidencian que la FN Sangeorzan III consigue una adecuada reducción solo en un 50% de los casos y un 25% presenta buenos resultados (2). Sus complicaciones más frecuentes a largo plazo son la artrosis secundaria (85%) y dolor persistente (43.3%) (3). Es importante considerar esta fractura en pacientes con traumas de alta energía por el desafío que representa su manejo y sus frecuentes complicaciones asociadas.

REFERENCIAS

1. Sarrafian SK, Kekilian AS. Functional Anatomy of the Foot and Ankle. En: Sarrafian SK, Kekilian AS, editors. Sarrafian's anatomy of the foot and ankle, Descriptive, Topographic, Functional. 3 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
2. Monteagudo M, Martínez-de-Albornoz P. Navicular Fracture. Foot Ankle Clin. 2022;27(2):457-474. doi:10.1016/j.fcl.2021.11.024
3. Coulibaly MO, Jones CB, Sietsema DL, Schildhauer TA. Results and complications of operative and non-operative navicular fracture treatment. Injury. 2015;46(8):1669-1677. doi:10.1016/j.injury.2015.04.033

FRACTURA DE TROQUÍN ASOCIADO A LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO, REPORTE DE CASO

Pereira, C ; Rojas, CI ; Pinto, MI ; Arriagada, PP .

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.
2. Médico Cirujano, Residente Hospital Sótero del Río.

Palabras clave: Convulsión, Fractura, Luxación de hombro.

INTRODUCCIÓN

La luxación posterior de hombro es una patología poco frecuente que se presenta en menos del 10% de las luxaciones de hombro. Posee formas de presentación típicas que nos hacen sospechar el cuadro y mecanismos particulares como antecedente de convulsión y electrocución. En ocasiones pueden existir síntomas y signos atípicos en los cuales una lesión asociada nos puede orientar o dificultar el diagnóstico, por lo que debemos tener una alta sospecha y apoyo radiográfico.

CASO CLÍNICO

Se presenta caso de paciente masculino de 28 años, de nacionalidad chilena, con antecedentes de policonsumo, traído a urgencias por episodio de compromiso de conciencia, familiares refieren cuadro de fiebre y síntomas respiratorios hace 3 semanas. Es ingresado al reanimador, con escala de Glasgow 7/15, por lo que se decide intubar mediante secuencia de intubación rápida para manejo avanzado de la vía aérea. Posterior a pre-oxigenación presenta episodio tónico-clónico generalizado que cede con lorazepam endovenoso. Se realiza tomografía axial computarizada de cerebro, tórax, abdomen y pelvis donde, como hallazgo incidental, se identifica fractura del troquín derecho desplazado 10 mm. Posterior a compensación y alta médica de su compromiso de conciencia, de forma diferida se realiza reducción de fractura y osteosíntesis con anclas, con buena respuesta.

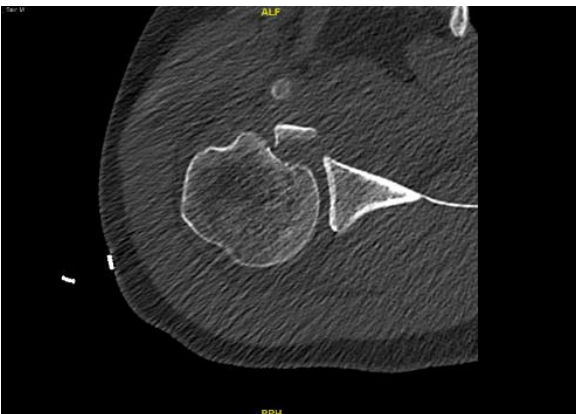


Figura 1. TAC de hombro. Se observa fractura de trocánter menor



Figura 2A. Radiografía escapular en Y, se observa fractura reducida, hombro y anclas bien posicionados. Figura 2B Radiografía AP de hombro con articulación glenohumeral congruente.

CONCLUSIÓN

En el caso expuesto, no fue evidente la luxación de hombro debido a una probable reducción espontánea, sin embargo en un paciente sin antecedentes ni historia de traumatismo, que presentó cuadro de convulsión tónico-clónica generalizada y posteriormente en imágenes se identifica fractura de troquín, debemos sospechar como causa una luxación posterior de hombro debido a que las convulsiones son uno de los mecanismos de generación más frecuente. Si bien la fractura de troquín no es muy prevalente, tiene relación con la luxación de hombro hacia posterior, presentándose como lesión concomitante por lo que debemos realizar la asociación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Xin L, Yiming Z, Yi L, Fenglong L, Chunyan J. Luxación posterior bloqueada del hombro asociada con fracturas aisladas de la tuberosidad menor: un estudio clínico de 22 casos con un seguimiento mínimo de 2 años. J Orthop Trauma.[Internet] 2015. [citado 20 de agosto de 2023]; 29 271-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25470563/>
- Flaherty F. Fractura por avulsión simultáneas aisladas de las tuberosidades menores del húmero; una ocurrencia rara secundaria a convulsiones por abstinencia de alcohol. Radiol Case Rep. [Internet] 2022. [citado 18 de agosto de 2023];17(11):4435-438. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9520500/>
- Langenbruch L, Rickert C, Gosheger G, Schorn D, Schliemann B, Brix T, Elger C, Meuth S, Kovac S. Luxaciones de hombro inducidas por convulsiones – Serie de casos y revisión de la literatura. Seizure.[Internet]. 2019 [citado el 18 de agosto de 2023]; 70: 38-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24785456/>

HALLAZGO DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN EMBARAZADA CURSANDO CUADRO DE ABDOMEN AGUDO QUE CONCLUYE EN ABORTO ESPONTÁNEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Palabras clave: cáncer apendicular, aborto, abdomen agudo.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer apendicular representa el 1% de las neoplasias gastrointestinales. Siendo los tumores neuroendocrinos el tipo más frecuente(1). Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal y/o pélvico, asociado frecuentemente a signos y síntomas de abdomen agudo, encontrándose en aproximadamente 2% de todas las apendicectomías de urgencia. Su pronóstico y tratamiento está relacionado con el tamaño tumoral, tipo histológico y grado de diseminación(2).

CASO CLÍNICO:

Paciente de 28 años, cursando embarazo de 14+5 semanas, con antecedente de asma, consulta en urgencias por cuadro de 10 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, progresivo, localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas. Se realiza estudio ecográfico y de laboratorio: destacando leucocitosis de 24.600 y proteína C reactiva de 21, exámen de orina normal. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis sin contraste, con adenopatías en eje ileocólico, descartando apendicitis aguda y causas ginecoobstétricas. Por lo anterior, se define alta y control en 24 hrs. Al día siguiente con empeoramiento de los síntomas y parámetros inflamatorios (PI) al alza, se decide hospitalización para precisar conducta.

Posteriormente, evoluciona con mayor dolor y Blumberg (+), por lo que ingresa a pabellón por sospecha clínica de apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía abierta, sin hallazgos de relevancia. Durante el postoperatorio evoluciona con mejoría clínica y PI en descenso, presentando al tercer día quiebre clínico y posteriormente, aborto espontáneo. Se realiza legrado, sin incidentes. Por estabilidad clínica, se define alta médica.

Se rescata biopsia de apéndice, informando tumor neuroendocrino de 5 mm, bien diferenciado, con profundidad de invasión hasta subserosa y márgenes quirúrgicos negativos.

CONCLUSIÓN:

La apendicitis aguda es una presentación clínica frecuente en el cáncer apendicular, por lo que habitualmente su diagnóstico es tardío o incidental(2). Es

fundamental considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de pacientes que consultan por dolor abdominal agudo.

BIBLIOGRAFIA

1. Drs. MARCELO A. BELTRÁN S, RODRIGO TAPIA L., JUAN MADARIAGA G. (2013) Tumores malignos del apéndice cecal en pacientes operados por apendicitis en la IV Región de Chile. Rev Chil Cir vol.65.
2. León-Díaz AM, Camelo-Pardo G, Sanabria-Lozano DF, Beltrán-Tirado MA. (2022). Adenocarcinoma de apéndice, un diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal. Reporte de caso. MedUNAB 25 (1): 52-5

HAMARTOMA SEROMUCINOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR NASAL

Palabras clave: Hamartoma, papiloma invertido, obstrucción nasal.

INTRODUCCIÓN: La nariz y los senos paranasales pueden alojar diversos tipos de lesiones entre las que se encuentran los tumores benignos y malignos. Entre ellos se encuentran los hamartomas nasales, con el subtipo seromucinoso, que corresponden a lesiones benignas de tipo epitelial, con epidemiología desconocida dada su baja frecuencia. Es importante su correcto diagnóstico diferencial con lesiones como el papiloma invertido y adenocarcinoma.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 46 años con antecedentes de alergia respiratoria en tratamiento, consulta por obstrucción nasal de la fosa nasal izquierda de larga data, se realiza tomografía computarizada de cavidades perinasales que muestra velamiento etmoidofrontal bilateral y masa polipoidea que obstruye completamente la coana de la fosa nasal izquierda. Se maneja con antibioticoterapia y corticoides inhalatorios, posteriormente se realiza endoscopia nasal que muestra masa polipoidea dependiente del tabique nasal que ocupa la coana izquierda. Se realiza biopsia que informa hamartoma seromucinoso. Posteriormente se realiza resección completa por cirugía endoscópica. En controles posteriores sin recidiva.

CONCLUSIÓN: El hamartoma seromucinoso es una forma rara de tumor nasal, suelen tener un curso benigno y un crecimiento autolimitado. Su localización más frecuente es el tabique nasal. Suelen presentarse en varones, edad promedio a los 60 años, como cuadros de obstrucción nasal, epistaxis o como hallazgo incidental en imagenología. Por su forma de presentación en su diagnóstico diferencial se debe incluir el papiloma invertido y adenocarcinoma. Estas lesiones se manejan con escisión quirúrgica y solo en pocos casos se han reportado recurrencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gayo NG, Mañez ID, Sala CR, Varela LA, Serra MF, Cadena PA. Hamartomas nasales adenomatoides respiratorios. Reporte de cuatro casos. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*. 2023 Mar 31;52(2):77–80. doi:<https://doi.org/10.37076/acorl.v51i1.617>
2. Khan RA, Chernock RD, Lewis JS. Seromucinous Hamartoma of the nasal cavity: A report of two cases and review of the literature. *Head and Neck Pathology*. 2011;5(3):241–7. doi:10.1007/s12105-011-0269-8
3. Fleming KE, Perez-Ordoñez B, Nasser JG, Psooy B, Bullock MJ. Sinonasal seromucinous Hamartoma: A review of the literature and a case report with focal myoepithelial cells. *Head and Neck Pathology*. 2012;6(3):395–9. doi:10.1007/s12105-012-0339-6

HEMANGIOMA HEPÁTICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UNA LESIÓN SUBEPITELIAL GASTROINTESTINAL, CASO CLÍNICO

Ceroni, MA¹; Puig, PA²; Cabrera, CB²; González, CA²; Roldán, CA³.

1.Médico-Cirujano, Especialidad Digestiva y Bariátrica, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

2.Interna de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile

3.Interna de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Palabras clave: Hemangioma hepático, Lesión subepitelial gástrica, Tumor del estroma gastrointestinal

INTRODUCCIÓN

Las lesiones subepiteliales gástricas son tumores de su pared, cubiertas por mucosa, que provienen de cualquier capa. El 80% corresponden a tumores del estroma gastrointestinal (GIST) (1). Es infrecuente que una compresión extrínseca se confunda con una lesión subepitelial gástrica. Las causas más frecuentes de compresiones extrínsecas del fondo gástrico son el bazo y el hígado (2). Objetivo: Describir un paciente con un tumor sólido hepático con compresión del fondo gástrico que se presentó como una lesión subepitelial gástrica.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 53 años, con antecedentes de tabaquismo. Presentó historia de 1 semana de evolución de síntomas abdominales inespecíficos, tales como vómitos, saciedad precoz y cambio en el patrón intestinal con constipación. Al examen físico destacó un abdomen distendido y sensible a la palpación difusa, sin masas. La tomografía de abdomen y pelvis informó una lesión exofítica en relación al fondo gástrico de 39 x 29 mm, posible GIST. La resonancia magnética de abdomen confirmó una lesión exofítica del fondo gástrico de 38 x 30 mm, de posible origen estromal mesenquimal. La endoscopia digestiva alta descartó un componente intraluminal. Se planificó para una resección oncológica del GIST gástrico. Durante la laparoscopia se observó que el origen correspondía a un tumor sólido del segmento lateral del hígado. Se decidió una resección quirúrgica con márgenes negativos. Paciente evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones. Biopsia informó un hemangioma hepático.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas hepáticos suelen presentarse de manera asintomática, al ser en su mayoría lesiones pequeñas y únicas. Sin embargo, dependiendo de su tamaño y localización pueden ser sintomáticos. Se describe que 40% de los hemangiomas que

alcanzan un tamaño cercano a los 4 cm son sintomáticos, dentro de estos, síntomas compresivos gástricos por efecto de masa (3). Cabe destacar que el tamaño descrito de la lesión del paciente está en el límite para considerarse un hemangioma gigante, sin embargo, asociado a que su localización se encontraba en el segmento lateral, desencadenó una serie de síntomas que simulaban una lesión subepitelial gástrica.

CONCLUSIÓN

Hay que considerar a las lesiones tumorales sólidas hepáticas del segmento lateral como alternativa diagnóstica a los tumores subepiteliales del fondo gástrico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1. Ahmed M. Recent advances in the management of gastrointestinal stromal tumor. World J Clin Cases. [Internet]. 2020 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 8(15):3142-3155. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7441252/#B2>
- 2. Gong EJ, Kim DH. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of gastric subepithelial lesions. Clin Endosc. [Internet]. 2016 [citado el 10 de septiembre de 2023]; 49(5):425-433. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5066408/>
- 3. Aydin, C; Akbulut, S; Kutluturk, K; Kahraman, A ; Kayaalp, C; Yilmaz, S. Giant Hepatic Hemangioma Presenting as Gastric Outlet Obstruction. [Internet]. 2013 [citado el 23 de octubre de 2023]; 98(1): 19-23. Disponible en: <https://meridian.allenpress.com/international-surgery/article/98/1/19/115772/Giant-Hep>

HEMATURIA PERSISTENTE POR CISTITIS RÁDICA, UN DESAFÍO TERAPÉUTICO: REPORTE DE CASO.

Gárate, SA¹; Bravo, CV²; Silva, SE³; Soto, TI¹; Durán, LA³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.
3. Residente de Urología, Hospital DIPRECA, Universidad de Santiago de Chile.

Palabras Clave: Cistitis, Hematuria, Radioterapia.

INTRODUCCIÓN:

La hematuria constituye un síntoma inequívoco de enfermedad urológica. Una opción es que aparezca como una complicación de la radioterapia pelviana, la cistitis rádica. Es secundaria al tratamiento de cánceres con irradiación en zona pélvica. Ocurre en el 2-8% de los pacientes (1), su complejidad radica en que suele traer consigo síntomas irritativos e incapacitantes y se puede expresar como hematuria persistente (2). La importancia de esta entidad es que presenta difícil manejo, por lo que es necesario conocer y saber las distintas opciones de tratamiento.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 69 años con antecedente de cáncer de próstata, tratado con prostatectomía radical y posterior radioterapia adyuvante en 2019. El año 2022 se realiza cistoscopia que evidenció múltiples lesiones polipoideas compatibles con cistitis actínica, se decide observación. En abril del 2023 acude al servicio de urgencias por retención aguda de orina asociado a hematuria franca de 2 semanas de evolución. Al ingreso se encontraba afebril, quejumbroso, FC: 125 lpm y PA: 149/92 mmHg, al examen físico presentaba globo vesical y dolor intenso a la palpación abdominal de forma difusa. Se instala sonda Foley de 16 fr y se realiza cistoscopia con electrofulguración de lesiones polipoideas. El paciente persiste con hematuria asociada a disuria y polaquiuria por lo que ingresa a Hospital DIPRECA para estudio y manejo. Presentaba antígeno prostático específico de 0,03 ng/ml y Hb de 9,7 mg/dl. Se decide realizar mucosectomía vesical, presentando mejoría de la sintomatología, es dado de alta con controles por parte del servicio de Urología.

CONCLUSIÓN

La cistitis rádica asociada a hematuria presenta un desafío por ser refractarias a tratamiento (3). Hay que considerar esta complicación al momento de decidir el tratamiento con radioterapia. Es necesario evaluar según el paciente. No existe un tratamiento estándar, la decisión se basará en factores como lo económico, la técnica y la experiencia del centro hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Martínez-Rodríguez R., Areal Calama J., Buisan Rueda O., González Satue C., Sánchez Macías J., Arzo Fabregas M. et al. Guía práctica para el manejo y tratamiento ante la cistitis radical. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2010 Ago [citado 2023 Sep 21]; 34(7): 603-609. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000700006&lng=es.
2. Palma Ceppi C, Reyes Osorio D, Palma Ceppi R, Palavecino P. Experiencia en embolización supraselectiva de arterias vesicales para manejo de hematuria incoercible. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2008;32(5):542-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480608738804>.
3. Sarrió-Sanz P, Sanchez-Caballero L, Martinez-Cayuelas L, Gori CF, Pacheco-Bru JJ, Nakdali-Kassab B, et al. Efficacy, tolerance and predictors of response to the treatment with hyperbaric oxygen therapy for patients with hemorrhagic radiation cystitis. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2022;75(4):354. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20227504.50>

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO POR TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL YEYUNAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Bravo Pozo I¹, Vukasovic Álvarez N¹, García Gómez A¹, Jobet Scheel J¹, Inostroza Levy G²

¹Interno de Medicina, Universidad San Sebastián Sede Concepción.

²Cirujano proctólogo, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

Palabras claves: tumor del estroma gastrointestinal, hemorragia gastrointestinal, intestino delgado.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de intestino delgado representa el 5-10% de los casos de sangrado gastrointestinal, sospechándose frente a un estudio endoscópico alto y bajo sin fuente visible. El tumor del estroma gastrointestinal es un tipo de neoplasia que se origina en células del tejido conectivo del tracto gastrointestinal, son tumores poco frecuentes correspondientes a 1-2% de las neoplasias gastrointestinales primarias (1) Afecta principalmente a adultos entre 65 y 69 años (2), pudiendo presentarse como hemorragia digestiva o hallazgo incidental.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años con antecedente aborto espontáneo, sin otros antecedentes médico-quirúrgicos, ingresa vía urgencias por compromiso de conciencia posterior a episodio de hematoquecia, vómitos alimentarios y dolor abdominal tipo cólico. Además refiere historia de mareos, palidez, diaforesis y astenia. Al examen físico taquicárdica, pálida, con dolor abdominal difuso. Exámenes de laboratorio iniciales destaca hemoglobina de 8.1 mg/dL, se decide hospitalizar para estudio y manejo. Al control de exámenes caída de hemoglobina a 5.0 mg/dL requiriendo transfusión. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) que no evidencia sitio de sangrado y colonoscopia que muestra sangre proveniente de la válvula ileocecal, pero no se identifica sitio de sangrado. Se solicita angiotomografía computarizada que informa sangrado del intestino delgado y lesión nodular de 3 centímetros. Paciente evoluciona con compromiso hemodinámico, por lo que se realiza laparotomía exploradora encontrando lesión sólida en yeyuno proximal. Se resuelve mediante resección y anastomosis primaria, sin incidentes. Biopsia postoperatoria concluye tumor estromal gastrointestinal, con estudio inmunohistoquímico positivo para CD117 y DOG-1.

CONCLUSIÓN

El GIST presentado fue diagnosticado a los 29 años, muy por debajo de la edad promedio descrita. La hemorragia gastrointestinal se observa en un 28% de los casos de intestino delgado, siendo la hemorragia significativa un hallazgo inusual.. Los GIST deben ser considerados y sospechados en casos de hemorragia gastrointestinal con estudio endoscópico alto y bajo inicial negativo, incluso cuando su presentación clínica no sea la habitual. Los estudios complementarios pueden ser inconclusos siendo su diagnóstico un desafío para el médico tratante. La resección quirúrgica es la terapia de primera línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltran MA, Cruces KS. Primary tumors of jejunum and ileum as a cause of intestinal obstruction: a case control study. *Int J Surg* [Internet]. 2007;5(3):183–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2006.05.006>
2. Joensuu H, Hohenberger P, Corless CL. Gastrointestinal stromal tumour. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9896):973–83. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60106-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60106-3)
3. Søreide, Kjetil et al. “Global epidemiology of gastrointestinal stromal tumours (GIST): A systematic review of population-based cohort studies.” *Cancer epidemiology* vol. 40 (2016): 39–46. doi:10.1016/j.canep.2015.10.031

HIBERNOMA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Barros, S; Fuchs, CV; Camelio, J; Retamal, IP¹

¹Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes

Palabras claves: Hibernoma, Lipoma, Tumor de grasa parda

INTRODUCCIÓN

El hibernoma es un tumor benigno muy infrecuente, poco revisado en la literatura médica. (1). Es de tejido adiposo pardo, se localiza mayoritariamente en muslos, hombros y espalda, y es más común en pacientes jóvenes. Frecuentemente, es asintomático, pero podría presentarse con dolor opresivo o síntomas por efecto de masa (2). Es una masa flexible, móvil e indolora, con aumento de temperatura de la piel suprayacente y de lento crecimiento (1). Es fundamental el estudio imagenológico prequirúrgico, siendo de elección la resonancia nuclear magnética (RNM) (3). El diagnóstico definitivo es con biopsia, y su diagnóstico diferencial de mayor relevancia es el liposarcoma bien diferenciado. El hibernoma es un tumor encapsulado, homogéneo, de color pardo-amarillento y blando. (1) Histopatológicamente, se caracteriza por un citoplasma de adipocitos pardos granular y multi-vacuolado, alta concentración de pigmentos citocromos y baja actividad mitótica, sin atipias. (2). El tratamiento definitivo es quirúrgico (1).

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, sexo femenino, consulta por aumento de volumen indoloro de 3 años de evolución en la cara anterosuperior del muslo derecho. Trae RNM que describe lesión masiforme de tejido adiposo en el margen profundo del tercio proximal del músculo sartorio de 72x48x15 mm, que ejerce efecto de masa sobre fibras adyacentes del sartorio y del recto femoral, sin infiltración. Al examen físico, se evidencia un aumento de volumen en región superointerna del muslo derecho de aproximadamente 15 cm de diámetro, sin compromiso cutáneo, liso regular, poco móvil. Se realiza una biopsia incisional, que informa tumor adipocítico benigno constituido por adipocitos de grasa parda multivacuolados con citoplasma granular levemente eosinofílico y núcleo pequeño localizado en el centro celular, patrón de crecimiento lobulado, sin degeneración mixoide, atipia ni presencia de lipoblastos; compatible con hibernoma. Ingresa para cirugía de resección tumoral de forma ambulatoria. Se realiza procedimiento sin incidentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Descrito por Merkel en 1906 como pseudolipoma, el hibernoma es un tumor benigno extremadamente infrecuente, cuya evaluación busca principalmente

diferenciarlo de un tumor de carácter maligno. Es una lesión de excelente pronóstico, sin riesgo de malignización, y que se reseca quirúrgicamente de forma electiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vidal C N, Tirapequi S, Torche V M, Urquieta M K, Lanzarini S E. Hibernoma. Presentación de dos casos clínicos. Rev chil cir [Internet]. 2004 [citado el 22 de septiembre de 2023]; 56(3): 279-282. Disponible en: https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_03/Rev.Cir.3.04.%2815%29.AV.pdf
2. Tafti D, Cecava ND. Hibernoma. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. 2023 [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570579/>
3. Alonso R A, Mingo R J, Baruque A M, Briso M R. Hibernoma en el muslo, reporte de caso clínico. Rev colomb ortop traumatol [Internet]. 2022 [citado el 22 de septiembre de 2023]; 36(2): 114 - 117. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-ortopedia-traumatologia-380-articulo-hibernoma-el-muslo-reporte-caso-S0120884522000049>

HIDATIDOSIS MUSCULAR PRIMARIA EN MUSLO: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE LA INFECCIÓN POR ECHINOCOCCUS GRANULOSUS, REPORTE DE UN CASO.

Concha, MI1; Celis, PI1; Berrezueta, DR1; González, AL1; Delgado, SE2 .

1. Estudiante de 5º año de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile.
2. Residente 2º año de Ortopedia y Traumatología, Instituto Traumatológico, Chile.

Palabras claves: Hidatidosis, Hidatidosis muscular, Echinococcus granulosus, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis es una zoonosis producida por cestodos *Echinococcus*, cuya incidencia en Chile fluctúa entre 1,4 y 1,8 casos por 100.000 habitantes (1). Afectando principalmente hígado y pulmón. Inicialmente es asintomática, apareciendo síntomas ante compresión, reacciones inmunológicas o sobreinfección. Su sospecha diagnóstica es imagenológica y su confirmación con biopsia excisional (1). El tratamiento es con albendazol y su indicación quirúrgica depende de la localización, características del quiste y sintomatología (1). Un quiste primario muscular es extremadamente raro, manifestándose como una masa de crecimiento lento, asemejándose a un tumor de partes blandas (2). Este caso es relevante debido a los escasos reportes en la literatura de hidatidosis primarias en muslo.

CASO CLÍNICO

Hombre, 71 años, agricultor de la Sexta Región, con antecedentes de cardiopatía por arritmia, sin otros antecedentes mórbidos relevantes. Consulta por aumento de volumen en extremidad inferior derecha de 6 meses de evolución en región posteromedial de la rodilla derecha que posteriormente aumenta de tamaño comprometiendo región media de muslo y región inguinal. Asociado a intenso dolor y marcha claudicante. Resto del examen físico sin hallazgos relevantes. Se realiza resonancia magnética ante sospecha de tumor de partes blandas, se evidencia lesión multitabuada de musculatura medial del muslo derecho con extensión cefalocaudal de 30x6x9 centímetros, sugerente de hidatidosis. Se descarta compromiso de otros órganos. Se indicó albendazol vía oral 200 mg, 1 comprimido cada 12 horas por 10 meses durante el preoperatorio, con posterior periquistectomía disecando múltiples quistes. Se prescribió el mismo esquema de albendazol por 3 meses postoperatorio, evolucionando favorablemente.

CONCLUSIÓN

La presentación de quistes hidatídicos primarios en partes blandas representan solo un 1-4% de los casos (3). Aún más infrecuente es su ubicación en muslo, debido al ácido láctico, contractilidad del músculo aductor mayor y una menor vascularización en comparación a estructuras axiales, que dificultan el desarrollo de quistes en la zona, haciendo desafiante su diagnóstico, sobre todo en ausencia de compromiso visceral (2). Se recomienda tener un alto índice de sospecha en zonas endémicas, considerándolo como diagnóstico diferencial ante aumento de volumen de partes blandas.

REFERENCIAS

1. Rojas M., Marinkovic B. Cirugía en Medicina General: Manual de enfermedades quirúrgicas. Santiago, Chile: Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2020. 269-275 pp.
2. Lakhanpal V, Badgurjar M, Saxena P. An arcane case report of primary intramuscular hydatid cyst of thigh. *Int J Surg Case Rep.* 2021;80:105595. doi:10.1016/j.ijscr.2021.01.089
3. Pacheco-Tenza I, González-Escoda E, López-García F, Navarro-López V, Antonio Barreras J. Mujer de 31 años con tumoración en el muslo [A 31-year-old woman with a mass in the thigh muscle]. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25(2):155-156. doi:10.1016/s0213-005x(07)74245-3

HIPOACUSIA SÚBITA EN NIÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Núñez, V; Prado, ME; Santis, J; Muñoz, MB; Quitral R²

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

(2) Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Palabras claves: Pérdida auditiva súbita, Ventilación del oído medio, Corticosteroides

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia súbita es una patología poco frecuente, con una incidencia estimada entre 5 a 20 casos por cada 100.000 habitantes al año (1). Se define como una hipoacusia sensorineural (HSN) de al menos 30 dB en al menos tres frecuencias en 72 horas. Las causas de la hipoacusia súbita son diversas, y en la mayoría de los casos, no se logra identificar una causa.

La evidencia en población pediátrica es escasa, pero generalmente se maneja de manera similar a la población adulta (2): corticosteroides orales o intratimpánicos (CIT). Generalmente los corticoides orales son una buena opción cuando se inician dentro de las primeras 2-3 semanas (3), y posteriormente se recomienda el uso de CIT. El uso de CIT es difícil en niños, pues se requiere su cooperación, y en ocasiones es necesaria la instalación de colleras para administrar el corticoide.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 4 años sin antecedentes de relevancia, es llevada a la consulta por cuadro de 3 meses de evolución en que cuidadores refieren que escucha menos y gira la cabeza para escuchar. Al examen físico no se observan alteraciones, se solicita audiometría que muestra una hipoacusia sensorineural moderada a severa en oído izquierdo, con audición normal en oído derecho, impedanciometría con curva tipo A. Resonancia magnética de cerebro sin hallazgos patológicos.

Debido a temporalidad del cuadro se decide realizar CIT + colocación de colleras bajo anestesia general. Posteriormente, se continúa control ambulatorio con administración de dexametasona a través de la collera.

DISCUSIÓN

El caso presentado es relevante, pues corresponde a una medida de salvataje en una población de pacientes donde se tienen pocos estudios, sin embargo, hay evidencia que sugeriría algún beneficio del uso de CIT en pacientes pediátricos.

CONCLUSIÓN

La hipoacusia súbita es una patología poco frecuente en niños pero que puede tener serias consecuencias en el desarrollo. Generalmente se maneja con corticosteroides sistémicos, sin embargo, cuando el inicio de la terapia se retrasa, requiere la administración seriada de corticoides intratimpánicos, que en niños puede realizarse a través de la colocación de colleras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kim JH, Kim HJ, Lee YH, Choi H, Lim KH, Yoon HS, et al. Analysis of hearing prognosis risk factors in pediatric unilateral sudden sensorineural hearing loss. *American Journal of Otolaryngology*. 2023 Mar 30;44(4):103878. doi:10.1016/j.amjoto.2023.103878
2. Luu K, Shaffer AD, Chi DH. Practice trends in pediatric sudden sensorineural hearing loss management: An unresolved diagnosis. *American Journal of Otolaryngology*. 2023 Mar 20;44(4):103845. doi:10.1016/j.amjoto.2023.103845
3. Barron KA, Haimowitz SZ, Shah VP, Cowan P, Raia N, Ying Y-LM. A review of bilateral sudden sensorineural hearing loss in pediatric patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2023 Jan 20;165:111459. doi:10.1016/j.ijporl.2023.111459

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS

Vera, FV¹. Sánchez, TA¹. Vásquez, CA¹.

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

Palabras clave: Cáncer de pulmón, Cirugía, Diagnóstico temprano.

INTRODUCCIÓN

El cáncer pulmonar es responsable de 1,8 millones de muertes anuales (1), siendo la primera causa de muerte por cáncer a nivel mundial (2). En Chile se diagnostican 3 mil casos nuevos anuales (1), con una sobrevida global inferior al 20% a 5 años (2). Los pacientes manifiestan síntomas de forma tardía; más del 90% de los casos sintomáticos corresponden a etapas avanzadas al momento del diagnóstico (2). La cirugía resectiva es un factor determinante en el pronóstico de la enfermedad, con un aumento de la sobrevida a 5 años que alcanza el 70% (2). Por lo tanto, es esencial llevar a cabo un diagnóstico temprano de esta patología y proceder con una pronta resección.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cáncer de tiroides tratado y tabaquismo inactivo, consultó en servicio de urgencias el 04/05/2022 por tos seca de 14 días de evolución, agravada por alérgenos ambientales. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) de tórax sin contraste [Figura 1], donde se evidencia un nódulo espiculado de 18 mm en lóbulo medio. Se completó el estudio de diseminación con una tomografía por emisión de positrones - tomografía computada (PET/CT) y una Resonancia Magnética (RM) de cerebro sin evidencias de diseminación.

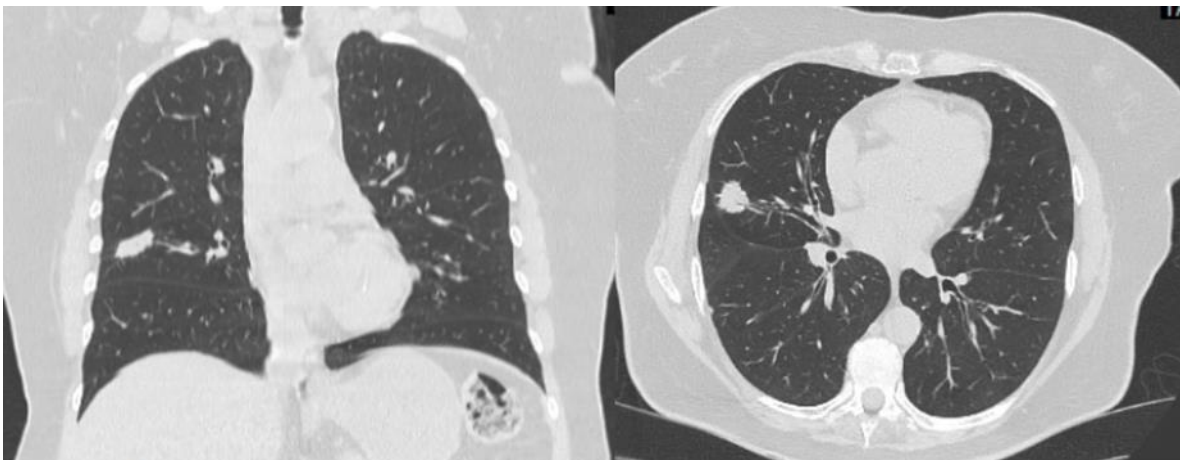


Figura 1: TC de tórax en corte coronal y axial.

El 04/08/2022 se realizó una lobectomía media con linfadenectomía mediastínica derecha por toracoscopia video asistida (VATS). El informe anatomopatológico informó un adenocarcinoma mucinoso invasor bien diferenciado de 28 mm con bordes quirúrgicos negativos a 10 mm, sin metástasis ganglionares.

La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio, con alta hospitalaria a los 5 días. Le corresponde un seguimiento trimestral con una PET/CT y creatinina en sangre el primer año. Al siguiente año es semestral y en los años siguientes el seguimiento es anual.

CONCLUSIÓN

El caso descrito demuestra la importancia del diagnóstico temprano del cáncer de pulmón, siendo un factor determinante en el pronóstico de los pacientes. En etapas iniciales, la cirugía resectiva puede ser curativa, con una baja morbilidad asociada. En cuanto al abordaje inicial del paciente, cabe destacar que es fundamental tener una alta sospecha clínica ante la aparición de síntomas respiratorios en pacientes con factores de riesgo identificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research on Cancer-World Health Organization. Chile Fact Sheets [Internet]. Global Cancer Observatory. 2021. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/152-chile-fact-sheets.pdf>

González L. Roberto, Barra M. Sebastián, Riquelme U. Alejandra, Reyes M. Rodrigo, Spencer L. M. Loreto, Alarcón O. Felipe et al . Cáncer pulmonar: caracterización, estadificación y supervivencia en una cohorte de una década en un hospital del sistema público de salud de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2022 Ene [citado 2023 Sep 10] ; 150(1): 7-16. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000100007>

LESIONES CONGÉNITAS PULMONARES HÍBRIDAS: MAQP/SECUESTRO PULMONAR, REPORTE DE UN CASO

Aguayo, C.¹ ; Barrientos, A.¹ ; Solano M.¹ ; Valdivieso, E.¹ ; Luna, C.²

1. Facultad de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción, Chile.
2. Servicio Cirugía Infantil, Complejo Asistencial Victor Rios Ruiz. Los Angeles, Chile

Palabras clave: Malformaciones pulmonares congénitas, Malformación adenomatoidea quística pulmonar, Secuestro Pulmonar.

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones pulmonares congénitas son alteraciones del desarrollo embriológico. Dentro de estas, las lesiones congénitas quísticas del pulmón: malformación adenomatoidea quística, secuestro pulmonar, enfisema lobar congénito y quiste broncogénico; son clínicamente similares. La más frecuente es la Malformación Adenomatoidea Quística Pulmonar (MAQP) donde ocurre una inadecuada formación de alvéolos terminales generando una zona pulmonar con aspecto quístico adenomatoso, comunicada al árbol bronquial y vascularización generalmente pulmonar. El secuestro pulmonar (SP) en cambio, no presenta comunicación con el árbol bronquial y su vascularización es sistémica. En ocasiones se observan lesiones pulmonares que presentan características comunes, dando lugar a lesiones "híbridas".

CASO CLÍNICO

Preescolar femenina de 3 años. RNT, sin complicaciones. En su 1er año evoluciona con obstrucciones bronquiales recurrentes. Examen físico destaca: pectum excavatum. Se estudia con TAC de tórax: masa sólida quística en lóbulo inferior derecho compatible con una MAQP.

Se mantiene en controles hasta resolución quirúrgica, sin embargo, desarrolla neumonía bacteriana. Nuevo TAC: múltiples quistes con niveles hidroaéreos campo pulmonar derecho, se decide instalación de pigtail y programar cirugía de la MAQ una vez resuelto cuadro. Se completa estudio con AngioTAC: evidencia SP. Finalmente se realiza cirugía, donde se liberan adherencias en lóbulos derechos, se identifica vaso arterial de gran tamaño desde ángulo freno-vertebral a derecha, al cual se insertan clips y ligadura. Se liga arteria segmentaria y vena pulmonar inferior derecha. Se camplea bronquio correspondiente para evaluar comportamiento ventilatorio, sin alteraciones en lóbulo medio y superior derechos. Se realiza lobectomía inferior derecha. Radiografía control

satisfactoria. Postoperatorio en UCI, sin requerimientos de oxígeno, con drenaje pleural aspirativo, el cual se retira a los 13 días. Evolución favorable, se decide alta con control radiográfico semanal.

CONCLUSIÓN

La MAQP y el SP son anomalías importantes del desarrollo pulmonar embrionario, pueden ser asintomáticas, pero también de gran tamaño y causar complicaciones en el neonato.

Existen pocos estudios al respecto, la recomendación es cirugía temprana, idealmente a los 6 meses de vida y no esperar a que ocurran complicaciones (neumonía, neoplasias, etc).

Aún queda mucho que investigar, por lo que es importante exponer este caso y contribuir a informar sobre patologías poco frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendez-Mathey VE. Malformación adenomatoidea quística pulmonar de presentación tardía. Reporte de un caso. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2016 [citado el 17 de septiembre de 2023];9(1):68–72. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/154>
2. Antón-Martín P, Cuesta-Rubio MT, López-González MF, Ortiz-Movilla R, Lorente-Jareño ML, López-Rodríguez E, et al. Malformación adenomatoidea quística congénita. Revista Chilena de Pediatría [Internet]. 2011;82(2):129–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062011000200007>
3. Chen H-W, Hsu W-M, Lu FL, Chen P-C, Jeng S-F, Peng SS-F, et al. Management of congenital cystic adenomatoid malformation and bronchopulmonary sequestration in newborns. [Internet]. 2010 [citado el 17 de septiembre de 2023];51(3):172–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20675242/>

LINFANGIOMA MESENTÉRICO, UNA RARA ENTIDAD PRESENTÁNDOSE COMO VÓLVULO DEL SIGMOIDES. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Vukasovic, NC¹; Barrales, CA¹; Lagos, DA¹; Torres, AOE¹; Luna, CA²

1. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastian. Concepción, Chile.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Victor Rios Ruiz. Los Angeles, Chile.

Palabras claves: cirugía infantil, linfangioma, quiste mesentérico.

INTRODUCCIÓN

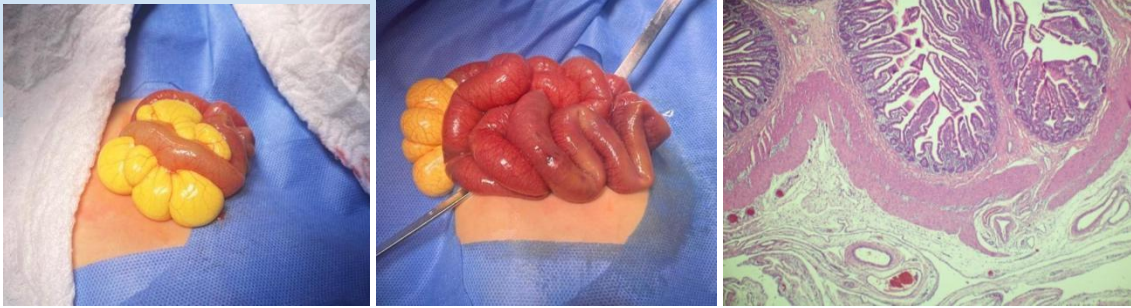
Los linfangiomas son tumores benignos poco frecuentes que se producen por una alteración congénita en el desarrollo de los vasos linfáticos. El 90% se ubica en cabeza, cuello o zona axilar y un 5 % se presenta en abdomen, siendo la región mesentérica la más común.

CASO CLÍNICO

Lactante menor de 20 días de vida. Padres deciden consultar en servicio de urgencias (SU) por rechazo alimentario asociado a irritabilidad y tinte icterico, al laboratorio destacó bilirrubina total fuera de rango de fototerapia por lo que se decidió controles en forma ambulatoria. Evolucionan con compromiso del estado general, vómitos biliosos escasos y deposiciones sanguinolentas; al examen físico destacó afebril, mal aspecto general, ictericia hasta muslos, mala perfusión distal y abdomen distendido, poco depresible. Al laboratorio destacaba procalcitonina 2.9 y proteína C reactiva 42.

Por sospecha de shock séptico se decidió ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatal para estudio y manejo.

Manejado inicialmente con antibioticoterapia biasociada, por ecografía abdominal con sospecha de vólvulo intestinal se realizó laparotomía exploradora de urgencia con hallazgo de malformación quística de 10 cm de longitud que generaba punto de torsión provocando volvulación parcial del sigmoides. Se resecó malformación con anastomosis termino-terminal sin incidentes. Al estudio histopatológico se informa lesión multiquística compatible con linfangioma quístico. Con evolución favorable luego de resección, se decidió alta y continuar controles en forma ambulatoria.



CONCLUSIÓN

Dentro del hallazgo de masas abdomino-pélvicas, pese a su baja frecuencia es importante considerar el linfangioma quístico dentro de los diagnósticos diferenciales. Al análisis, existen pocos estudios de este cuadro clínico, siendo la mayoría en base a reporte de casos. En la mayoría de los pacientes su diagnóstico es incidental, por su presentación asintomática o con sintomatología muy inespecífica. El tratamiento siempre es quirúrgico, siendo de elección la resección completa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gafar AM, Batikhe MY. Surgical management for mesenteric cysts in pediatric patients: a single center experience. *Int Surg J* [Internet] 2018; [Consultado el 13 Abril 2023] 5(4):1217. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/2789>
2. Sehrawat R, Bansal N, Kour H, Sinha A. A Giant Pediatric Chylolymphatic Cyst: An Extremely Rare Entity. *JPGN Rep.* [Internet] 2022; [Consultado el 13 Abril 2023] 4(1):e274. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37181923/>
3. Alafandi BZ, Al Aliwy M, Hakim R, et al. A giant chylolymphatic cyst of the retroperitoneum: a case report. *J Surg Case Rep.* [Internet] 2023; [Consultado el 13 Abril 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37293333/>
4. Gasparella P, Beqo BP, Haxhija EQ, et al. Chylous content might determine the optimal surgical approach for mesenteric lymphatic malformations in childhood. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* [Internet] 2022; [Consultado el 13 Abril 2023] 10(2):430-435. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171533/>
5. Pai, P. K., Gudmundsdottir, H., Hull, N. C., Thacker, P. G., & Klinkner, D. B. Chylolymphatic mesenteric cyst with midgut volvulus in an adolescent: a peculiar presentation. *Radiology case reports.* [Internet] 2021; [Consultado el 13 Abril 2023] 17(2), 420-422. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34934468/>

LOXOSCELISMO CUTÁNEO POR LOXOSCELES LAETA, EL RIESGO VITAL COMO CONSECUENCIA DEL QUEHACER MÉDICO

Muñoz, AA. Arriagada, JF. Farah, VH. Lobos, JC. Quiroz, ÁJ.

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
2. Alumna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
3. Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital de Teno, Teno.

Palabras claves: Loxoscelismo cutáneo, Loxoscelismo cutáneo visceral, Placa Livedoide, Aseo quirúrgico, Cirugía plástica.

INTRODUCCIÓN

El loxoscelismo resultante de la mordedura de araña *Loxosceles Sp.*, se caracteriza por dos manifestaciones: loxoscelismo cutáneo (LC) y loxoscelismo cutáneo-visceral (LCV), siendo este último infrecuente, pero letal [1,2]. Por este motivo, un correcto abordaje médico-quirúrgico es esencial en la prevención de la progresión de compromiso sistémico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 58 años, antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad, consultó en servicio de urgencias por dolor intenso en tercio superior del brazo derecho asociado a herida por picadura de insecto de 7 días de evolución. Al examen físico, se evidenció herida edematosa con eritema y necrosis, característico de “placa livedoide” y signos clínicos correspondientes a LC. En laboratorio destaca glucosuria y cetonuria. Se hospitaliza y realiza aseo quirúrgico, debridamiento y necrosectomía. Paciente evoluciona desfavorablemente con complicación de la herida asociado a exudado purulento en zona axilar y pectoral, y gran compromiso muscular con riesgo del plexo braquial, requiriendo múltiples intervenciones quirúrgicas por su extensión. No se administra tratamiento corticoide ante riesgo de falla renal aguda, se modifica el esquema antibiótico y se realiza interconsulta con cirugía plástica para evaluar injerto de piel en la piel debido a la extensa zona comprometida.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de LC es fundamentalmente clínico, su abordaje terapéutico se encuentra íntimamente ligado al fenotipo clínico manifestado [3]. De acuerdo a la literatura, se realiza una diferencia temporal entre los diagnósticos de LC y LCV [1,2], se hace relevante descartar signos de alarma como anemia hemolítica, falla renal aguda o fiebre para la diferenciación del cuadro en anamnesis primaria.

La evolución desfavorable del caso, destaca la necesidad de implementar una antibioticoterapia adecuada en conjunto de tratamiento con corticoides para prevenir complicaciones y progresión de la necrosis, además decidir en el momento preciso el realizar o no una intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Droppelmann K, Majluf-Cáceres P, Sabatini-Ugarte N, Valle E, Herrera H, Acuña D. Caracterización clínica y epidemiológica de 200 pacientes con loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral. Revista Médica de Chile [Internet]. 2021 Mayo [citado el junio de 2023]. 149 (5): 682-688. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000500682&script=sci_arttext
2. Harz-Fresno I, Manterola P, Ru Z M, Abud C. Loxoscelismo cutáneo visceral: actualización en el manejo a propósito de un caso. Revista Chilena de Infectología [Internet]. 2015 [citado el junio de 2023]. 32 (2): 230-233. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000300014
3. Puerto CD, Saldías-Fuentes C, Curi M, Downey C, Andino-Navarrete R. Experiencia en loxoscelismo cutáneo y cutáneo visceral de manejo hospitalario: clínica, evolución y propuesta terapéutica. Revista Chilena Infectología [Internet]. 2018 [citado el 5 de junio de 2023]. 35 (3): 266-275. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000300266

LUMBALGIA CON BANDERAS ROJAS COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN EN LA ADOLESCENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rudolph, TA; Contreras, VE; Aravena, PB; Rudolph, KA.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor Temuco.
2. Médico Cirujano, Universidad de la Frontera.

Palabras clave: Dolor de la Región Lumbar, Linfoma de Hodgkin, Pérdida de peso

INTRODUCCIÓN

Los Linfomas son neoplasias hematológicas malignas del sistema linforreticular, de baja prevalencia en los adultos. Existen 2 tipos, el Linfoma de Hodgkin (LH) y el Linfoma no Hodgkin (LNH) con diferencias clínicas, epidemiológicas y pronósticas relevantes.

CASO CLÍNICO

Adolescente masculino de 15 años con antecedente de tripanofobia, que consultó por un cuadro de lumbalgia crónica nocturna, baja de peso clínicamente significativa, se solicitó una Resonancia magnética de columna que reveló compromiso sustitutivo difuso y un conglomerado de adenopatías retroperitoneales, hospitalizándose para estudio de sospecha por Síndrome Linfoproliferativo. En los exámenes iniciales destacaron alteración de las 3 líneas celulares en el hemograma y elevación de los parámetros inflamatorios, solicitándose una Tomografía computarizada (TC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis para localizar la adenopatía de mayor accesibilidad para biopsiar y establecer el diagnóstico definitivo, confirmándose el diagnóstico de LH nodular de predominio linfocítico, derivándose al centro de referencia para iniciar una terapia multidisciplinaria, que involucró radioterapia y quimioterapia, evolucionando favorablemente.

CONCLUSIÓN

La sospecha de un cuadro neoplásico es siempre un desafío para el clínico, especialmente en pacientes jóvenes. Los Linfomas son neoplasias poco frecuentes en la población general, con incidencias de entre 1 a 5.6 casos por 100.000 habitantes, sin embargo, todo paciente con síntomas constitucionales y/o una adenopatía persistente palpable, de debe inicialmente descartar causas benignas, para luego dirigir los esfuerzos a la detección temprana de etiologías malignas, lo que será clave para lograr un diagnóstico en estadios tempranos, para instaurar un tratamiento con intención curativa y obtener los mejores resultados posibles en cuanto a pronóstico y calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabrera M, Puga B, Pilleux L. (2013) Guía clínica AUGE. Linfoma en personas de 15 años y más. MINSAL. Disponible en:
<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Linfoma-en-personas-de-15-a%C3%B1os-y-m%C3%A1s.pdf>
2. Lewis WD, Lilly S, Jones KL. (2020). Linfoma: Diagnóstico y tratamiento. Médico de familia estadounidense. Disponible en:
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0101/p34.html>
3. Gaddey HL, Riegel AM. (2016). Adenopatías inexplicables: evaluación y diagnóstico diferencial. Médico de familia estadounidense. Disponible en:
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/1201/p896.html>

LUXACIÓN DE LA RODILLA, UNA PATOLOGÍA DESAFIANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Toledo, PP¹; Acuña FJ¹; Reinicke, MA²; Rioseco, DE³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera
3. Cirujano General, Docente Universidad Mayor

Palabras claves: Articulación de la Rodilla, Ligamentos, Luxación de la Rodilla.

INTRODUCCIÓN

La luxación de la articulación femorotibial es una lesión rara, menos del 0.5% de las luxaciones y probablemente subestimada por la reducción espontánea de hasta un 50%¹. Es causada generalmente por traumas de alta energía² y ha ido en aumento en el último tiempo². Puede provocar desde lesiones multiligamentarias, vasculonerviosas hasta poner en riesgo la viabilidad de la extremidad. Es una urgencia traumatológica³, siendo el objetivo primordial salvar la extremidad, recuperar la función y estabilidad de la rodilla.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 36 años, con antecedentes de consumo de drogas y fractura de brazo izquierdo operado recientemente, derivado a policlínico choque traumatología tras consultar en su consultorio, por historia de caída desde un puente hace 1 semana, con mecanismo de hiperextensión, torsión y palanca sobre rodilla y pie izquierdo. Refirió evidente luxación de rodilla, la cual se redujo espontáneamente. Al examen físico se evidenció derrame articular, edema, equimosis, inestabilidad, pulsos distales presentes, MO en región de nervio ciático poplíteo. Se hospitalizó para estudio, tomándose angioTAC de extremidades inferiores, que no informó daño vascular evidente. Resonancia magnética nuclear de rodilla informó rotura de alto grado de ligamentos cruzado posterior, cruzado anterior, lesión de alto grado de plano capsular colateral lateral, compromiso de alto grado de tendón de porción larga del bíceps, rotura de meniscos interno y externo. Nervio ciático poplíteo con neuropraxia que provocó paresia en dicha extremidad. Se reevaluó a paciente diagnosticándose una lesión de tipo Schenck III, se indicó inmovilización, analgesia y se ingresó a lista de espera quirúrgica. Actualmente la técnica más usada para este tipo de lesión es la descrita por LaPrade, que consiste en la reconstrucción de los ligamentos dañados, recuperando estabilidad rotacional y lateral, siendo la mayor complicación de este procedimiento la colisión de túneles².

CONCLUSIÓN

La luxación de rodilla es una patología desafiante, tanto en diagnóstico como en su tratamiento definitivo. Se debe actuar rápidamente para evitar las graves complicaciones propias, siendo fundamental la valoración inicial con ABC del trauma e imágenes. El tratamiento dependerá de los hallazgos, pero el tipo de manejo quirúrgico ligamentario sigue siendo un tema controversial entre los cirujanos de rodilla².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iribar-Diéguez Ion Koldobika, Lizundia-Izaguirre Aritz, Ramos-García Alba María. Luxación femorotibial de rodilla: manejo, posibles complicaciones y secuelas. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2023 [citado 2023 Sep 22] ; 16(2): 128-131. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2023000200013&lng=es. Epub 18-Sep-2023. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160213>.
2. Infante Carlos, Barahona Maximiliano, Palet Miguel, Zamorano Alvaro. Traumatología de la Rodilla. Primera edición. Santiago de Chile. Departamento de Ortopedia y Traumatología Universidad de Chile, Abril 2021.
3. Egol K, Koval K, Zuckerman J; Manual de Fracturas, 6ª edición, Barcelona, Wolters Kluwer; 2020

LUXOFRACTURAS DE ASTRÁGALO Y SUS COMPLICACIONES DE PARTES BLANDAS A RAÍZ DE UN CASO

Bombín, A¹; Rodríguez, C²; Cartagena, M².

1. Interna de sexto año de medicina, Universidad Autónoma de Chile sede Talca.
2. Residente Traumatología, Universidad de la Frontera.

Palabras clave: Astrágalo, fractura de astrágalo, síndrome compartimental.

INTRODUCCIÓN

La fractura de astrágalo es una de las lesiones más graves del tobillo por la dificultad de su tratamiento y las importantes secuelas que puede originar, en específico las luxofracturas se asocian a un gran compromiso de partes blandas. (1) Son poco frecuentes, constituyen menos del 1% de todas las fracturas del cuerpo humano y entre el 3% a 6% de las fracturas del pie. Suelen ocurrir después de mecanismos de alta energía (2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino requirente y cáncer de mama operada, ingresa tras caída por escalera hace 1 hora, refiere dolor en tobillo izquierdo. Al examen físico destaca incapacidad funcional, dolor a la movilización pasiva, edema y flictenas circulares asociado a extremidad afectada.

Laboratorio sin alteración, hallazgos radiografía y tomografía computarizada (TC) de tobillo izquierdo: fractura de astrágalo Hawkins II, por lo que ingresa para resolución quirúrgica.

Durante la hospitalización evoluciona con síndrome compartimental de pie izquierdo, se realiza fasciotomía, reducción y fijación externa sin incidentes, luego de buena evolución de partes blandas se procede a osteosíntesis definitiva. Tras evolución clínica favorable, buena respuesta a kinesioterapia motora, control radiológico conforme se decide alta con control en policlínico ambulatorio en donde se consigue consentimiento informado tras exitosa recuperación.

CONCLUSIÓN

Las luxofracturas desplazadas de astrágalo aumentan el riesgo de complicaciones como el síndrome compartimental en donde el reconocimiento precoz y tratamiento con fasciotomías es fundamental para descomprimir los compartimientos musculares.

Al estabilizar las partes blandas, el tratamiento definitivo es la reducción y osteosíntesis acompañado de kinesioterapia motora para lograr una correcta rehabilitación y así retrasar el desarrollo de artrosis postraumática de tobillo.

REFERENCIAS

(1) John A. Buza, Philipp Leucht, Fractures of the talus: Current concepts and new developments, *Foot and Ankle Surgery*, Volume 24, Issue 4, 2018, Pages 282–290, ISSN 1268–7731, <https://doi.org/10.1016/j.fas.2017.04.008>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1268773117300863>)

(2) Russell TG, Byerly DW. Talus Fracture. [Updated 2023 May 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539687/>

ANEXOS

1. Radiografías de ingreso: Fractura de astrágalo desplazada Hawkins II.





2. Radiografía y reconstrucción 3D: Fijación definitiva de fractura de astrágalo.

MANEJO ARTROSCÓPICO DE LAS FRACTURAS DE TILLAUX: REPORTE DE UN CASO.

Verdugo, IM ; Bobadilla, SA ; Medina, RF ; Arroyo, ME ; Carreño, FJ ;

1. Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Concepción.
2. Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
3. Traumatólogo, Servicio de Traumatología, Complejo Asistencial Doctor Victor Ruiz, Los Ángeles.

Palabras clave: Fractura de Tillaux, Fracturas de Tobillo, Procedimientos Artroscópicos Quirúrgicos.

INTRODUCCIÓN

La fractura de Tillaux se define como una fractura por avulsión de la epífisis anterolateral de la tibia distal, provocada por la tracción del ligamento tibiofibular anteroinferior, corresponde al 2,9 % de las fracturas de tobillo en adolescentes (1). Actualmente no existe consenso acerca del manejo quirúrgico de este tipo de fracturas (2).

CASO CLÍNICO

Adolescente masculino de 15 años, sin antecedentes mórbidos. Sufre torsión de tobillo izquierdo en contexto de rotación externa forzada del pie mientras caminaba.

Ingresa al Servicio de Urgencias con dolor intenso en tobillo izquierdo, ENA 8/10. Al examen físico destaca aumento de volumen en zona de maléolos lateral y medial, equimosis, impotencia funcional, partes blandas en buen estado y examen neurovascular conservado. Se solicita Radiografía anteroposterior y lateral de tobillo, con la cual se sospecha fractura de Tillaux, se confirma diagnóstico con Tomografía Computarizada con reconstrucción tridimensional, la cual revela fractura de la epífisis anterolateral de la tibia, con fragmento único y desplazado. Se planifica manejo quirúrgico con asistencia artroscópica y fijación percutánea con tornillo canulado. El procedimiento se realiza 2 semanas después del accidente, con buenos parámetros de reducción intraoperatorios, sin complicaciones.

Primer control postoperatorio un mes después, partes blandas indemnes, sin dolor, evoluciona favorablemente, se indica inicio de descarga progresiva y kinesioterapia motora.

CONCLUSIÓN

La fractura de Tillaux requiere de una reducción anatómica cuando existe desplazamiento mayor a 2 mm del fragmento de fractura. Tanto la reducción abierta y fijación interna como los procedimientos cerrados y/o artroscópicos son opciones quirúrgicas válidas, no obstante, faltan estudios con muestras mayores de pacientes que comparen las distintas opciones (1).

La cirugía artroscópica tiene como beneficio un abordaje mínimamente invasivo, visualización directa del fragmento y del cartílago articular, permitiendo una reducción anatómica completa, menos riesgo de hemorragia y menor tiempo operatorio. Este paciente era candidato para beneficiarse de una cirugía artroscópica (3).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tak S, Qureshi MK, Ackland JA, Arshad R, Salim J. Fracturas de Tillaux en adolescentes: revisión sistemática de la literatura. *Cureus*. 2021;13(1):e12860.
2. Ayas MS, Köse A, Terzi E, Dincer R, Topal M, Uymur EY, et al. Manejo quirúrgico de las Fracturas de Tillaux desplazadas del adolescente con la técnica mini-open. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg [Internet]*. 2021;27(1):109–14.
3. Feng S-M, Sun Q-Q, Wang A-G, Li C-K. Tratamiento artroscópico "todo adentro" de las fracturas de Tillaux-Chaput: experiencia clínica y análisis de resultados. *J Foot Ankle Surg*. 2018;57(1):56–9.

MANEJO DE FILTRACIONES ANASTOMÓTICAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sandoval, FM ¹ Delgado, AI ¹. Miranda, A ². Delgado AJ ³

1. Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Alba.
2. Cirujano General, Hospital Provincial de Ovalle.
3. Médico Infectólogo, Hospital Provincial de Ovalle

Palabras clave: Filtración de anastomosis, perforación intestinal, fístula enteral

INTRODUCCIÓN:

Las filtraciones de anastomosis (FA) son una de las complicaciones más complejas en cirugía colorrectal, siendo estas reportada entre el 3.5 a 15% de los casos (1). Existen múltiples factores de riesgo asociados a esta complicación, entre ellos, la altura de la anastomosis, la neoadyuvancia, el sexo masculino, las transfusiones, la obesidad (IMC >30), el tabaquismo, el alcoholismo, la desnutrición y el uso de corticoides (2,3). Se ha demostrado que la hipoalbuminemia y la presencia de transfusiones intraoperatorias se asocian a una alta tasa de filtraciones (2), y se estima que esta es más frecuente en pacientes jóvenes (3). En relación a sus consecuencias éstas van desde la prolongación de la estancia hospitalaria a una alta tasa de reintervenciones, la necesidad de ostomías, la sepsis y la muerte del paciente (1).

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de hipotiroidismo y cáncer colorrectal, ingresa a hospitalización para una restitución de tránsito electiva por presentar antecedentes de una hemicolectomía izquierda y una colostomía terminal. Durante el periodo postoperatorio, el paciente evoluciona de forma desfavorablemente, presentado dolor abdominal y débito fecaloideo en drenaje. Con base en ello, se realizó una laparotomía exploradora donde se evidenció una lesión de asa delgada, por lo que se procede a su reparación. Posteriormente, se realizó una nueva exploración debido a la persistencia de débito fecaloideo y se observó una colección abdominal de 1000 cc y una nueva perforación del intestino delgado, a partir de estos antecedentes, se decidió realizar el manejo de abdomen abierto con el sistema Vacuum assisted closure y el paciente fue ingresado en UCI por la presentación de una sepsis de foco abdominal. Luego de ello y ante la sospecha de una fístula enteral persistente, fue necesario intervenir al paciente en pabellón en 5 ocasiones, en las cuales se realizaron aseos de cavidad, la adherenciólisis, la reparación de lesión intestinal y la conducción de fístula. Finalmente, se decidió no realizar nuevas intervenciones al paciente y efectuar su manejo con el cierre progresivo de fistula enteroatmosférica.

CONCLUSIÓN:

El desarrollo de filtraciones de anastomosis en la cirugía colorrectal ocurre en pacientes que presentan variados de factores de riesgo. Éstas pueden llevar al desarrollo de complicaciones graves e incluso a la muerte del paciente. Para el tratamiento de FA colorrectales es necesario establecer protocolos que incluyan, un plan quirúrgico previo, exámenes de laboratorio y una evaluación nutricional para valorar en todos los pacientes sometidos a una cirugía colorrectal el riesgo de aparición de dehiscencia de anastomosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. López-Köstner F, Cerda C, Wainstein C, Kronberg U, Larach A, Larach J et al . Impacto de las filtraciones anastomóticas en cirugía colorrectal. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 [citado 2023 Sep 20]; 68(6): 417-421. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000600004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.05.009>.
2. Muñoz N, Rodríguez M, Pérez-Castilla A, Campaña N, Campaña G. Evaluación de factores de riesgo asociados a dehiscencia anastomosis en cirugía colorrectal. Análisis multivariado de 748 pacientes. Rev Chil Cir [Internet] 2019 [citado 2023 Sep 20]; 71(2): 136-144. Disponible en <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/download/19/241>
3. Campos S, Ureña J, Fuentes C, Barbosa F, Barrera F, Jiménez V, González A. Dehiscencia de anastomosis gastrointestinal. Qué hacer y qué no hacer. Cirujano General [internet] 2019 [Citado 2023 Oct 22]; 41(4): 243-255. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2019/cg194b.pdf>

MANEJO PALIATIVO DEL COLANGIOCARCINOMA EN ETAPA AVANZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Echeverría, FJ.†; Franulic VA.†; Olivares MJ.†.

† Interno/a de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Santiago, Chile.

Palabras clave: Colangiocarcinoma, vía biliar, manejo paliativo.

INTRODUCCIÓN

El colangiocarcinoma corresponde a un tumor maligno infrecuente que se origina en el tejido epitelial de los conductos biliares (1). Son factores de riesgo procesos inflamatorios crónicos, defectos de la vía biliar y colangitis esclerosante primaria (2). Su clínica incluye anorexia, baja de peso, dolor abdominal e ictericia progresiva. Las opciones de tratamiento son limitadas y se asocian a altos índices de recurrencia, con una sobrevida estimada 22 - 44% a los 5 años (3).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 74 años, con antecedentes de cáncer gástrico, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, gastrectomía parcial y colecistectomía. Consulta en urgencias por dolor abdominal de 3 semanas de evolución, localizado en hipocondrio derecho, irradiado a epigastrio, tipo urente, de gran intensidad (EVA 8/10). Niega vómitos, diarrea, sangrado digestivo y fiebre. En los exámenes de ingreso destaca bilirrubina total 1.06 con predominio directo, fosfatasas alcalinas 501 y gamma-glutamil transferasa 593. Se solicita TAC de abdomen que informa: masa hepática en segmento IV B, gran dilatación de vía biliar intrahepática, adenopatías en hilio hepático y región peripancreática. Paciente evoluciona con dolor abdominal persistente, de tipo urente, que cede parcialmente a la analgesia, ictericia progresiva y aumento de patrón colestásico. Se realiza TAC de tórax para etapificación que evidencia: compromiso ganglionar hiliar derecho y mediastino bilateral extenso. Se evidencia nódulo pulmonar, patología pulmonar subfrénica y hepatomegalia, por lo que se presume patología linfoproliferativa. Es evaluada por cirujano, quien define paciente fuera de alcance Quirúrgico. Se decide manejo paliativo con drenaje de vía biliar mediante



Imagen 1: TAC de abdomen y pelvis ingreso.

stent por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y analgesia, sin embargo, paciente fallece a la espera de procedimiento a causa de shock séptico.

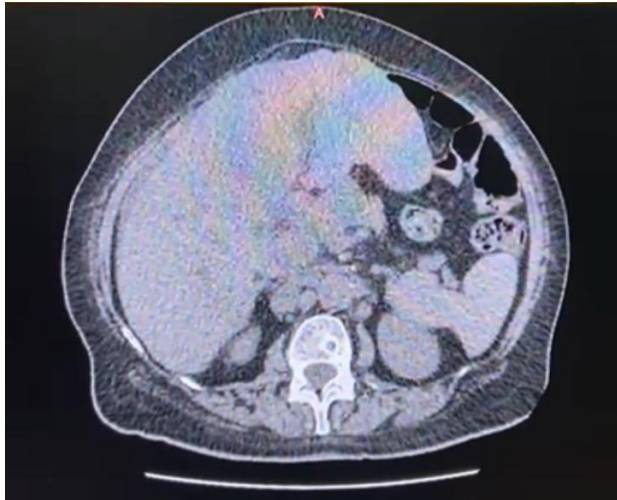


Imagen 2: TAC de abdomen y pelvis de etapificación.



Imagen 3: TAC de tórax de etapificación.

CONCLUSIÓN

El manejo paliativo tiene como objetivo disminuir la sintomatología asociada a la ictericia obstructiva y disminuir el riesgo de sufrir otras patologías agudas de la vía biliar. Una sospecha precoz y derivación oportuna puede mejorar el mal pronóstico que tiene este cáncer al momento del diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgos J. Colangiocarcinoma: Actualización, diagnóstico y terapia [Internet]. Revista médica de Chile. 2008 [citado el 09 Octubre 2023]; 136(2): 240-248. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000200015&lng=e
2. Pérez J, Tello I, Anaya-Prado R, Castelltort L, Schadegg D, Cantón A, et al. Colangiocarcinoma, una revisión de retos en diagnóstico y manejo [Internet]. Elsevier. 2014 [citado el 09 Octubre 2023]; 36(1): 48-57. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-colangiocarcinoma-una-revision-retos-diagnostico-X1405009914552009>
3. Brandi G. Hot topics in cholangiocarcinoma. *Translational Cancer Research*. 2019 [citado el 09 Octubre 2023]; 8(3): 219-222. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8797768/>

MASTITIS CRÓNICA NO PUERPERAL POR HONGOS, ¿DARLE REALMENTE IMPORTANCIA CLÍNICA? A PROPÓSITO DE UN CASO

Gil, A; Bravo, J; Letzkus AV²; Belmar, F³; Lagos, JM⁴.

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor.
3. Médico Gineco-Obstetra, Unidad Patología Mamaria, Hospital Clínico San Borja Arriarán.
4. Cirujano Mastólogo, Hospital Barros Luco Trudeau.

Palabras clave: Mastitis, Mastitis fúngica, lactancia.

INTRODUCCIÓN

La mastitis es una inflamación de la glándula mamaria, que puede presentarse de forma aguda o crónica. Se puede clasificar en mastitis puerperal y no puerperal donde las primeras son las más frecuentes. La causa más frecuente de mastitis es la infecciosa, predominando la etiología bacteriana en un 84.8% (1). Dentro de la evidencia, se reportan varios casos de mastitis fúngica asociados a la lactancia, pero no en mujeres no puérperas.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 46 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó en por tumor palpable en mama derecha de 1 mes de evolución, doloroso, con secreción purulenta por el pezón. Al examen físico presentaba una masa móvil de 8x6 cm levemente dolorosa, sin cambios cutáneos ni adenopatías axilares palpables. Se realizó una ecografía mamaria que mostró: Gran distorsión de 80x32 mm, en la unión de cuadrante externo de la mama derecha con salida de contenido purulento y una biopsia CORE que mostró una mastitis crónica activa con presencia de hifas micóticas. Ante la sospecha de mastitis por candida se indicó tratamiento con Fluconazol por 4 semanas. Sin embargo, no hubo respuesta clínica, por lo que se realizó una nueva biopsia que informó los mismos hallazgos clínicos además de formación de pequeños granulomas. Se desestimó la patogenicidad del hongo interpretándose como contaminación. La paciente finalmente fue tratada como mastitis granulomatosa, evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN

La mastitis crónica es una patología poco frecuente y su diagnóstico puede ser un desafío para el personal médico, ya que tanto su clínica como su radiología pueden simular otras patologías (2). Existen casos de mastitis fúngica en pacientes inmunosuprimidos y en mujeres lactantes, pero en la literatura casi no existen casos de mastitis por hongos en mujeres no puérperas. Este caso permite

comprender, que aún con hallazgos de hifas micóticas en una biopsia, la probabilidad de que se trate de una mastitis fúngica es muy baja, por lo que si aparecen estos en futuros casos, se sugiere considerar la contaminación de la muestra.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de una evaluación clínica y diagnóstica precisa para evitar tratamientos innecesarios y costosos, además de la necesidad de abordar cada caso de manera individual, considerando tanto los hallazgos clínicos como los resultados de los exámenes para tomar decisiones terapéuticas adecuadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa Morais Oliveira V. Non lactational Infectious Mastitis in the Americas: A systematic Review. [Internet]. 2021. [Acceso el 1 de Julio 2023] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8378399/pdf/fmed-08-672513.pdf>
2. García C. Inmunopatología de las micosis invasivas por hongos filamentosos. Revista iberoamericana de Micología. [Internet]. 2014. [Acceso el 30 de Junio 2023]. Disponible en: [10.1016/j.riam.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.riam.2014.09.001)
3. García Vilanova A. Etiología de la mastitis crónica, propuesta de secuencia diagnóstica. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2018. [Acceso el 1 de Julio 2023] Vol 45. Num 3. Pag 98-108. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-etilogia-mastitis-cronica-propuesta-secuencia-S0210573X16300648>

MÉTODO DE RESECCIÓN ROBÓTICA TRANSORAL PARA MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: REPORTE DE CASO

Cardona, V.¹, Rodríguez, MV², Castillo, SA.³, Bachelet, C.³.

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Médico Otorrinolaringólogo, Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universidad de los Andes.

PALABRAS CLAVE: Síndrome apnea obstructiva del sueño, roncopatía, cirugía robótica, cirugía transoral, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAHOS) caracterizado por ronquidos, somnolencia diurna y apneas de sueño, se atribuye al colapso de la vía aérea superior (VAS)⁽¹⁾. Su diagnóstico es clínico, confirmado por polisomnografía. Su gravedad se objetiva con el Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) y escala Epworth⁽²⁾. La importancia del tratamiento radica en su asociación a comorbilidades e impacto en la calidad de vida del paciente y sus familiares. Su principal terapia es un dispositivo de presión positiva continua (CPAP)⁽³⁾, describiendo adherencia del 54%⁽²⁾. Como opción, la cirugía modifica permanentemente la VAS. El abordaje retrolingual clásico se asocia a hemorragias, abordaje invasivo y recuperación prolongada. El método de resección robótica transoral (TORS) disminuye estas dificultades, obteniendo buenos resultados funcionales⁽⁴⁾. En Chile su uso es infrecuente para cirugía del sueño, este caso busca exponer su uso en paciente SAHOS.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 31 años, IMC 33, sin antecedentes. Consulta a otorrinolaringología por ronquidos y somnolencia diurna excesiva. En cuestionarios de Epworth y EVA de ronquido obtiene 16/24 y 9/10 respectivamente. Al examen físico destacan, cornetes G3, septum con desviación derecha, macroglosia, amígdalas G3-G4, pilares palatofaríngeos hipotróficos. Con polisomnografía se confirma SAHOS moderado (IAH de 19).

Paciente rechaza CPAP de entrada, y mediante topodiagnóstico se concluye obstrucción multinivel, siendo candidato a cirugía y uso de TORS (robot Da Vinci) para abordaje retrolingual. Se realiza faringoplastia lateral, rigidez palatina línea media, uvulectomía parcial y amigdalectomía bilateral. Posteriormente, se utiliza TORS para epiglectomía parcial y resección de base de lengua. No hubo complicaciones ni reacciones adversas. Siete meses post-cirugía se reevalúa, evidenciando disminución del IAH a 5,8 (SAHOS leve), Epworth 9/24 y EVA de

ronquido 1/10. Además, refiere mejoras significativas en su calidad de vida, sobre todo en su obstrucción nasal y somnolencia diurna.

IMÁGENES

Imagen 1. Cavidad oral preoperatoria.

Imagen 2. Cavidad oral control postoperatorio.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El abordaje quirúrgico de pacientes con SAHOS mediante cirugía robótica ofrece mejor visibilidad, manejo quirúrgico, control hemostático, permitiendo una mejora sintomatológica significativa ⁽⁶⁾, tal como muestra este caso. En comparación a métodos tradicionales de abordaje retrolingual, el TORS surge como una opción novedosa mejorando la calidad de vida del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Toh ST, Hsu PP. Robotic Obstructive Sleep Apnea Surgery. *Adv Otorhinolaryngol.* 2017;80:125-135. doi: 10.1159/000470882. Epub 2017 Jul 17. PMID: 28738371.
2. Lee, J.J., Sundar, K.M. Evaluation and Management of Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Lung* 199(2), 87-101 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00408-021-00426-w>
3. Justin GA, Chang ET, Camacho M, Brietzke SE. Transoral Robotic Surgery for Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016 May;154(5):835-46. doi: 10.1177/0194599816630962. Epub 2016 Mar 1. PMID: 26932967.

MIXOMA OVÁRICO COMO HALLAZGO ATÍPICO EN PACIENTE PREMENÁRQUICA: REPORTE DE CASO

González, PC; Varela, EJ; Castelli, IA; Rodríguez, BB; Puga, OL².

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Ginecólogo Oncólogo, Jefe Unidad Oncología Ginecológica, Hospital Dr. Sótero del Río, Instructor Adjunto Pontificia Universidad Católica de Chile

Palabras clave: Mixoma ovárico, tumor ovárico, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

Un mixoma es un tumor proveniente del tejido conectivo que suele encontrarse en el músculo esquelético y cardíaco. El mixoma de ovario es una condición extremadamente rara, con pocos casos reportados en la literatura mundial (1,2). La presentación típica es en mujeres jóvenes en edad reproductiva como hallazgo ecográfico incidental o como abdomen agudo (3). Se presenta el caso de una paciente de 13 años que consulta en el servicio de urgencias por dolor abdominal de inicio súbito.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 13 años, premenárgica, con antecedente de SOP, RI, hiperandrogenismo clínico y de laboratorio. La paciente consulta al servicio de urgencia pediátrica con dolor abdominal de inicio súbito en fosa iliaca izquierda, EVA 10/10. Luego de ser evaluado por ginecología, se detecta tumor ovárico izquierdo de gran tamaño, por lo que se realiza laparotomía exploratoria donde se encuentra un tumor ovárico izquierdo de 15x10cm y una torsión ovárica izquierda, se decide realizar ooforectomía izquierda. La biopsia más la inmunohistoquímica diferida es compatible con un mixoma ovárico. Se entrega alta por comité oncológico y se mantiene en seguimiento con endocrinología y ginecología.

DISCUSIÓN

El mixoma ovárico es una patología rara con un patrón histológico distintivo en su diagnóstico. La inmunohistoquímica es clave para un diagnóstico preciso, dado la existencia de otras lesiones mixoides malignas. Para evitar recurrencia, se sugiere realizar una anexectomía. La decisión de no disecar el ovario contralateral, en este caso, se basó en el deseo de paridad y la edad de la paciente. Sin embargo, la información sobre el pronóstico de fertilidad en esta patología es limitada en la literatura (3).

CONCLUSIÓN

Ante la presencia de tumores ováricos, el estudio histológico e inmunohistoquímico siempre debe ser exhaustivo, esto debido a la diferencia en el pronóstico según el diferencial.

Debido a la baja prevalencia de la enfermedad, es difícil estimar aspectos como la recurrencia, heredabilidad o preservación de la fertilidad. Por lo tanto, la decisión de preservar o no el ovario contralateral, cuando hay dudas sobre su compromiso, debe ser tomada en conjunto con la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Weiss SW, Goldblum JR, Enzinger FM. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. St. Louis, MO: Mosby; 2001.
2. Stout AP. MYXOMA, THE TUMOR OF PREMITIVE MESENCHYME. Annals of Surgery. 1948;127(4):706–19. doi:10.1097/00000658-194804000-00013
3. Bedir R, Yilmaz R, Calapoğlu AS. Myxoma of the Ovary. Balkan Medical Journal. 2018;35(1):120–1. doi:10.4274/balkanmedj.2017.0842

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE SIGMOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado, AI¹. Sandoval, FM¹. Miranda, A². Delgado AJ³

1. Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Alba
2. Médico Cirujano, Hospital de Ovalle
3. Médico Infectólogo, Hospital de Ovalle

Palabras clave: Vólvulo de sigmoides, obstrucción intestinal, shock séptico.

INTRODUCCIÓN:

El vólvulo de sigmoides es una entidad poco frecuente, representa el 10% de las obstrucciones intestinales, [1]. La palabra vólvulo deriva del latín *volvere* que significa enrollar [2], se refiere a una víscera que gira sobre su propio eje generando compromiso vascular, causado por un fallo o laxitud en la fijación peritoneal [1]. Afecta principalmente al sexo masculino, con una edad promedio de setenta años [2]. A su vez se asocia a diabetes, pacientes con tratamiento neuropsiquiátrico, postración prolongada, antecedentes de cirugía abdominal, etcétera [1,2], aunque también se mencionan condiciones que producen segmentos colónicos largos y redundantes, que tienen mesenterios elongados y de base estrecha [2].

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino, 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, daño hepático crónico y enfermedad de Chagas, acude a servicio de urgencia por cuadro de aumento de volumen abdominal asociado a disnea y evacuaciones ausentes. Se realiza radiografía de abdomen donde se observa distensión de colon, manejado médicamente con sonda rectal presentando mejoría y egresado posteriormente, sin necesidad de intervención quirúrgica. Una semana después, consulta por cuadro de tres días de evolución caracterizado por distensión abdominal, náuseas y sin deposiciones. Ingresa inestable hemodinámicamente con compromiso de conciencia requiriendo manejo de vía aérea avanzada. Al examen físico abdomen distendido, poco depresible, ruidos hidroaéreos abolidos. Se toma radiografía de abdomen que evidencia distensión de asas patológicas, signos de obstrucción por vólvulo de sigmoides y compresión de caja torácica. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia megacolon de aspecto chagásico con presencia de vólvulo de sigmoides y dilatación proximal de colon transversal. Se realiza devolvulación del colon, sigmoidectomía y hemicolectomía izquierda.

CONCLUSIÓN:

El vólvulo de sigmoides es una causa importante de obstrucción intestinal. Es crucial su diagnóstico precoz ante la sospecha clínica para brindar un manejo oportuno. Este manejo se basa no solo en las condiciones de ingreso de cada paciente, si no también en los factores de riesgo, en donde destaca la Enfermedad de Chagas, la cual es prevalente en el país. La mortalidad de esta condición

permanece alta, más aún cuando se relaciona con la edad avanzada y un mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Beyuma-Mora Hugo, Labastida-Ramírez Diana, Vera-Bernal José, Murguía-Zamora Laura, Guevara-Valmaña Osvaldo. “Sigma Volvere” acerca del vólvulo de sigmoides, diagnóstico y manejo quirúrgico. Reporte de serie de casos [Internet]. Revistafacmed.com. 2022 [citado 20 de sep 2023]. Disponible en: https://www.revistafacmed.com/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=1501:sigma-volvere-acerca-del-olvulo-de-sigmoides-diagnostico-y-manejo-quirurgico.-reporte-de-serie-de-casos&Itemid=79
2. Muciño Luis, Gutiérrez José, Lozano Yair, Ibarra Jessica, Sánchez Sharon, Velasco Salvador. Vólvulo de sigmoides. Revisión de la literatura. [Internet] Cir. gen. 2021 Sep [citado 20 Sep 2023] ; 43(3): 165-175. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992021000300165&lng=es
3. Burgos J, Canedo A. Megacolon y vólvulo de sigmoides: incidencia y fisiopatología Megacolon and sigmoid volvulus: incidence and physiopathology. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2015;35(1):38-44. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v35n1/a05v35n1.pdf>

PANSINUSITIS CRÓNICA, PIOMUCOCELE FRONTAL Y FÍSTULA FRONTOORBITARIA, COMPLICACIONES DE IMPLANTES CIGOMÁTICOS INTRASINUSALES

Cruz, C¹; Andrighetti, MC¹; Tapia, C²

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

2. Médico Otorrinolaringólogo, Clínica Dávila

Palabras clave: Reporte de caso; Implante cigomático; Mucocele; Sinusitis crónica

INTRODUCCIÓN

Los implantes cigomáticos constituyen una opción de tratamiento en pacientes edéntulos, fijándose implantes en la apófisis pterigoides y en cuerpo de hueso cigomático, pudiendo atravesar senos maxilares. Es importante tenerlo presente dado las complicaciones otorrinolaringológicas asociadas, siendo la más frecuente sinusitis crónica. Esta inflamación puede causar obstrucción del ostium y posterior desarrollo de mucocele, lesión quística benigna epitelial de contenido mucoso, con potencial riesgo de infección (piomucocele) y/o erosión de estructuras óseas vecinas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 53 años, sin antecedentes. Hace doce años instalación de implantes cigomáticos y seis años después, episodios de rinosinusitis a repetición requiriendo terapia antibiótica. Consulta en junio 2023 por aumento de volumen periorbitario izquierdo de un mes de evolución con salida de secreción purulenta, sin alteraciones en movilidad ni agudeza visual. TAC CPN muestra sinusopatía frontal izquierda, etmoidomaxilar bilateral y mucocele frontal izquierdo. Recibe dos cursos de antibióticos sin respuesta. Nueva imagen muestra pansinusitis crónica, fístula frontoorbitaria y piomucocele frontal izquierdo, de resolución quirúrgica. Se interconsulta a maxilofacial por retiro de implantes, decidiendo mantenerlos y reevaluar posteriormente. Sin interconsulta a oftalmología dado que paciente no acude.

Se realiza antróstomía con apertura de senos maxilares y frontales bilateral tipo Draf III con salida de secreción purulenta, sin mayores incidentes. Dado de alta con indicación de controles post operatorios.

CONCLUSIÓN

El caso ilustra la magnitud que puede alcanzar una complicación asociada al uso de implantes cigomáticos, provocando una pansinusitis crónica complicada con aparición de piomucocele y erosión ósea con fístula frontoorbitaria. Es un antecedente importante a recabar, dado las implicancias en ámbito maxilofacial, otorrinolaringológico e incluso oftalmológico, para así prever tempranamente la

evolución tórpida de estos pacientes frente a los primeros episodios de rinosinusitis, anteponiéndose al desarrollo de complicaciones.

A futuro queda ver la evolución del paciente y necesidad de retirar los implantes cigomáticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Filho Hugo N, Amaral Wilson S, Curra Claudia, Cardoso Camila L, dos Santos Pâmela L. Zygomatic implant: Late complications in a period of 12 years of experience. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2017 Dic
2. [citado 2023 Sep 10] ; 10(3): 176-179. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072017000300176&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.03.007>.
3. Zemelman José Tomás, Ruz M Paula, Veloz T Marcela, Ruz G Samanta, Valdés P Constanza. Mucocele de cavidades paranasales. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2020 Mar [citado 2023 Sep 10] ; 80(1): 107-112. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000100107&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000100107>.

PAUL GLAUCOMA IMPLANT EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER

Hurtado, IJ¹; Calabrán, JA¹; Tobar, SA¹; Vallejos, JH²; Orellana, DM³; Berger, OH⁴

1. Interno de 7° año de Medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiago de Chile.
2. Residente Oftalmología, Universidad de Santiago
3. Oftalmólogo, Clínica Oftalmológica Pasteur - Hospital San Vicente de Arauco
4. Oftalmólogo, Segmento Anterior - Glaucoma, Clínica Oftalmológica Pasteur

Palabras claves: Paul Glaucoma Implant, Síndrome de Turner, Glaucoma juvenil.

INTRODUCCIÓN

El glaucoma juvenil de ángulo abierto se presenta antes de los 40 años de edad. A diferencia de los adultos, en estos casos hay una mala respuesta al tratamiento tópico con hipotensores y a menudo se requiere cirugía para disminuir la presión intraocular (PIO). Dentro de las alternativas de tratamiento quirúrgico están los dispositivos de drenaje de glaucoma (GDD). Los dos más utilizados son la Ahmed Glaucoma Valve y el Baerveldt Glaucoma Implant. Con el fin de minimizar los riesgos de los GDD se desarrolla el Paul Glaucoma Implant (PGI). Este último es un GDD sin válvula, con un diámetro menor que sus predecesores y con una placa terminal de gran superficie para absorción acuosa, lo cual ayuda a disminuir las complicaciones postoperatorias, siendo utilizado con éxito en el tratamiento de glaucoma en población pediátrica y adulta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 18 años, con Síndrome de Turner, con glaucoma bilateral, ojo izquierdo (OI) único funcional, con PIO 55/42 con terapia hipotensora tópica máxima y acetazolamida oral. Al examen oftalmológico tiene una relación copa/disco de 1.0 en ojo derecho (OD) y 0.7 en OI, con un ángulo abierto en 360° ODI. Se realiza Trabeculoplastia selectiva con láser en OI en 2 oportunidades y cirugía angular GATT en 270° logrando disminuir la PIO de manera transitoria. Finalmente, se le implanta PGI evolucionando favorablemente con PIO de 10 mmHg con tratamiento médico tópico a los 3 meses post implante.

CONCLUSIÓN

PGI es un nuevo dispositivo de drenaje en glaucoma, con pocos casos reportados en glaucoma pediátrico y juvenil. Estudios retrospectivos han demostrado seguridad y eficacia del uso de PGI en cohorte pediátrica, con tasas de éxito completo y calificado comparables con otros GDD. El caso presentado se condice con los resultados de otros estudios, mostrando validez también en pacientes con Síndrome de Turner.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallabh NA, Mohindra R, Drysdale E, Mason F, Fenerty CH, Yau K. The PAUL® glaucoma implant: 1-year results of a novel glaucoma drainage device in a paediatric cohort. *Arbeitsphysiologie* [Internet]. 2023;261(8):2351–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00417-023-06000-9> doi: 10.1007/s00417-023-06000-9
2. Wagner IV, Stewart MW, Dorairaj SK. Updates on the diagnosis and management of glaucoma. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes* [Internet]. 2022;6(6):618–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2022.09.007> doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2022.09.007

PHYLLOIDES GIGANTE, REPORTE DE UN CASO

Zamorano, S. Valderrama, P. Amar, M²

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
2. Cirujana de Mamas, Mastología, Docente Universidad de Los Andes.

Palabras clave: tumor Phylloides, borderline, fibroadenoma juvenil, mastectomía.

INTRODUCCIÓN

El tumor Phylloides es un tumor fibroepitelial de baja frecuencia (<1%) que se clasifica en benigno, borderline, o maligno, siendo el benigno el más frecuente (1,2). Se caracteriza porque tiende a recurrir localmente, y en algunos casos como variante maligna. Clínicamente, se presenta como un nódulo palpable de crecimiento rápido, y se requiere de imágenes y biopsia percutánea para el diagnóstico de certeza. Su principal diagnóstico diferencial es el fibroadenoma y sarcoma mamarios, dadas sus características clínicas e histopatológicas similares. El tratamiento *gold standard* es la resección quirúrgica completa, y no se recomienda la disección de linfonodos axilares de rutina (2, 3). La complicación más frecuente en los tumores grandes (> 5 cm) es el sufrimiento o necrosis de los colgajos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 40 años con antecedentes médicos y quirúrgicos de hipertensión arterial, resistencia a la insulina, dislipidemia y ooforectomía bilateral.

Consulta en policlínico de mastología por autopalparse un nódulo en mama derecha de crecimiento progresivo. Al examen físico, destaca asimetría mamaria significativa, de más del 50%, y se palpa un tumor polilobulado, de consistencia renitente, no se palpan linfonodos. Se realiza una resonancia magnética (RM) de mama que informa en mama derecha un parénquima mamario reemplazado completamente por una gran masa tumoral heterogénea, con componente mixto, sólido-quístico, de 17 x 18 x 13 cm, asociado a adenopatías ipsilaterales.

Posteriormente, se realiza una biopsia core, que confirma un tumor Phylloides borderline-maligno.

Se evalúa en conjunto con equipo de cirugía plástica, y se realiza Mastectomía Total derecha sin reconstrucción mamaria inmediata dado el tamaño del tumor. En la biopsia diferida se informó: tumor Phylloides benigno con zonas de necrosis, peso 2390 g, tamaño 21 x 14 cm. La paciente evolucionó en el postoperatorio sin complicaciones, y actualmente completó 24 meses de seguimiento sin signos de recidiva local ni regional, por lo que se está evaluando realizar reconstrucción mamaria diferida.

CONCLUSIÓN

Pese a la baja frecuencia del tumor Phylloides, es importante conocerlo, pues presenta un amplio espectro de comportamientos celulares que requieren atención especializada. Dado su crecimiento acelerado asociado a un compromiso extenso, la resección quirúrgica puede ser compleja, siendo esencial un enfoque multidisciplinario para así obtener resultados óptimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Belkacémi Y, Bousquet G, Marsiglia H, Ray-Coquard I, Magné N, Malard Y, et al. Phyllodes tumor of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2008;70(2):492–500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2007.06.059>
2. Grau AM, Bapsi A, Chugh R. Phyllodes tumors of the breast. Pierce LJ, Hayes DF, Chagpar AB, editores. UpToDate [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/phyllodes-tumors-of-the-breast>
3. Morante Z, Araujo J, Fuentes H, Neciosup S, Mas L, Gómez H. Tumor filoides de la mama, características y pronóstico en una cohorte retrospectiva con 7 años de seguimiento. *Carcinos* [Internet]. 2015;5(1): 10–18. Disponible en: MedicLatina

PILEFLEBITIS COMO COMPLICACIÓN POST APENDICECTOMÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Muñoz, SB¹; Carrillo, MN¹; García, AM¹; Ulloa, JP¹; García, AV²

1. Interno/a de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

2. Médico cirujano, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

Palabras claves: Ictericia, pileflebitis, apendicitis perforada

INTRODUCCIÓN

La pileflebitis corresponde a una trombosis séptica de la vena porta (2), sus síntomas son fiebre, dolor abdominal e ictericia, se puede presentar como complicación infrecuente de apendicitis aguda. Presenta una baja incidencia, siendo un 0.05% en apendicitis aguda y 3% en apendicitis perforada (1), además su presentación clínica es inespecífica, lo que puede retrasar su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años con antecedentes de epilepsia, consulta en varias oportunidades a servicio de urgencias por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor epigástrico y vómitos, el cual se maneja de forma sintomática.

Durante ese periodo evoluciona con coluria y empeoramiento de síntomas iniciales, sin signos de irritación peritoneal, por lo que se realizan exámenes de laboratorio destacando parámetros inflamatorios elevados y tomografía axial computarizada abdominal y pélvica que informa apendicitis aguda subcecal perforada con plastrón, decidiendo resolución quirúrgica inmediata.

Al cuarto día postoperatorio el paciente evoluciona con ictericia y coluria, pero refiere no presentar dolor abdominal u otra molestia. Exámenes de control destacan bilirrubina total 4.6 mg/dl; fosfatasa alcalina 354 U/l; gammaglutamil transferasa 748 U/l

Se solicita nueva tomografía axial computarizada abdominal con contraste debido a sospecha de pileflebitis fundamentada en reciente proceso infeccioso abdominal y consecuente cirugía, la cual informa trombosis de vena ileocólica con extensión a vena mesentérica superior y trombosis portal incompleta, por lo que se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular subcutánea. Posteriormente debido evolución favorable se decide el alta y continuar manejo con anticoagulante oral.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una complicación infrecuente de la apendicitis aguda, la pileflebitis tiene una alta tasa de mortalidad, por lo tanto, la sospecha clínica temprana, establecer diagnósticos diferenciales como lesión del colédoco durante la cirugía o litiasis de la vía biliar, como el tratamiento precoz son determinantes en el pronóstico del paciente, evitando de esta forma, el desarrollo de otras complicaciones asociadas como isquemia intestinal o trombosis completa de la circulación portal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa Selene, Valiño José, Dufrechou Carlos. Pileflebitis: Un desafío diagnóstico. Arch. Med Int [Internet]. 2015 Nov [citado 2023 Sep 11]; 37(3): 144-146. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000300009&lng=es.
2. Domínguez-Vargas R, Balcázar-Vázquez R, Rodríguez-Blas AI, Casian-Castellanos GA, De D, Diagnóstica U, et al. Pileflebitis como complicación del proceso inflamatorio abdominal [Internet]. Medigraphic.com. 2012 [citado el 11 de septiembre de 2023]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2012/ju121i.pdf>

PILEFLEBITIS UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA DIVERTICULITIS: REPORTE DE CASO

Castillo, SE¹; Reyes, SN¹; Higuera, TA¹; Aguirre, DA¹, Bravo, GA²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
2. Médico cirujano, Docente Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

PALABRAS CLAVES: Pileflebitis, tromboflebitis séptica, Diverticulitis.

INTRODUCCIÓN

La pileflebitis (PF) corresponde a la trombosis séptica de la vena porta, posee una incidencia de 2.7 casos por 100.000 personas/año y una mortalidad asociada de 50-80%. Esta puede ocurrir frente a cualquier infección intraabdominal que se desarrolle en áreas drenadas por la circulación portal. Debido su baja incidencia ningún ensayo aleatorizado actual describe factores de riesgo asociados. Un elevado índice de sospecha es clave, ya que los síntomas son inespecíficos (los más frecuentes fiebre y dolor abdominal) o enmascarados por el cuadro de base.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, hipertenso, de 45 años consultó en el servicio de urgencias por dolor abdominal en ambos flancos de tres días de evolución. Se realizó tomografía axial computarizada con contraste de abdomen y pelvis (TAC-AP C/C) que evidenció diverticulitis del sigmoides complicada con signos de perforación, trombosis y presencia de gas en la vena mesentérica inferior (VMI). HINCHEY III. Se maneja inicialmente con antibioticoterapia empírica, la cual debe escalarse por HC (+) a *Klebsiella BLEE*. AngioTAC y TAC-AP de control evidenciaron diverticulitis asociada a colección pelviana ascendente retroperitoneal de 40x37 mm, además de imagen sugerente de trombosis de la VMI, por lo que se inicia anticoagulación. Evaluado por radiología intervencional descartan drenaje percutáneo por mal acceso. Debido a esto, se decidió realizar cirugía de urgencia. Debido a que colon se encontraba muy edematoso no se logró realizar anastomosis primaria, y se optó por una cirugía de Hartmann. Evoluciona favorablemente y es trasladado en red para completar tratamiento.

CONCLUSIÓN

Las causas más frecuentes de PF son la diverticulitis y apendicitis aguda, habitualmente causadas por un solo patógeno. El diagnóstico de PF suele ser fortuito, y a menudo se retrasa debido a su baja incidencia y presentación

inespecífica. El examen de elección es la TAC-AP C/C capaz de detectar el desencadenante infeccioso y el trombo de la vena porta. El tratamiento consiste en antibióticos de amplio espectro por tiempo prolongado. El uso de anticoagulantes podría ser beneficioso para reducir la mortalidad, al promover la recanalización portal. El diagnóstico temprano es clave para evitar consecuencias asociadas como la isquemia intestinal, abscesos hepáticos o la embolia séptica sistémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fusaro L, Di Bella S, Martingano P, Crocè LS, Giuffrè M. Pylephlebitis: A Systematic Review on Etiology, Diagnosis, and Treatment of Infective Portal Vein Thrombosis. *Diagnostics (Basel)*. 25 de enero de 2023;13(3):429.
2. Jevtic D, Gavranic T, Pantic I, Nordin T, Nordstrom CW, Antic M, et al. Suppurative Thrombosis of the Portal Vein (Pylephlebitis): A Systematic Review of Literature. *J Clin Med*. 25 de agosto de 2022;11(17):4992.
3. Guerra F, Dorma MPF, Giuliani G, Caravaglios G, Coratti A. Pylephlebitis: An uncommon complication of sigmoid diverticulitis. *Am J Emerg Med*. abril de 2023;66:174.e3-174.e5.

PRESENTACIÓN INSIDIOSA DE ESPONDILITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE DE DIFÍCIL MANEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz, AA¹. Arriagada, JF². Farah, VH². Valdés, MA¹. Quiroz, AJ³

1. Interno/a de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
2. Alumna de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
3. Médico Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital de Teno, Teno.

Palabras claves: Espondilitis tuberculosa, Neurocirugía, Biopsia ósea.

INTRODUCCIÓN

La espondilitis tuberculosa es una osteomielitis de las placas vertebrales [1]. Afecta a personas con antecedente de tuberculosis pulmonar latente [2]. Se asocia a factores de riesgo de diseminación extrapulmonar como el déficit económico y sanitario, género femenino, y comorbilidades asociadas a la inmunodepresión [3]. Solo el 11% de los casos de tuberculosis (TBC) extrapulmonar son osteoarticulares, siendo más afectada la zona entre T10 y L4 [2].

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años con antecedentes de artritis reumatoide, hernia lumbar, resistencia a la insulina y TBC en tratamiento, consultó en servicio de urgencia por cuadro de 5 días de evolución de dolor en hipocondrio derecho, EVA 10/10, irradiado a dorso, asociado a ictericia, náuseas y coluria. Al ingreso signos vitales estables con alteración en reactantes de fase aguda y enzimas hepáticas, con TAC de abdomen que revela una lesión nodular hiperdensa en el canal medular a nivel de L3. Se hospitaliza y se realiza una colangiografía, que evidencia un proceso inflamatorio-infeccioso del disco intervertebral entre L3-L4 con colección lobulada paravertebral, sugerente de espondilodiscitis.

Paciente requiere traslado a UTI. Se realiza una resonancia magnética de columna lumbar que impresiona incurvatura lumbar convexa en L3, cambios espondiliscartrósicos difusos y sinovitis interfacetaria mayor en L3-L4 y L4-L5, sumado a atrofia y reemplazo graso moderado de los músculos paravertebrales. Se solicita interconsulta con neurocirugía, quienes determinan que la paciente tenía criterios para cirugía ambulatoria. La paciente empeora clínicamente hasta su deceso.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de esta patología es un desafío médico ya que en estadios iniciales la sintomatología es mínima y progresiva [2]. El síntoma más orientador es el dolor localizado, que aumenta en conjunto con el antecedente de la primoinfección [3]. El manejo corresponde a la erradicación del bacilo de forma sistémica y hasta el manejo quirúrgico en caso de complicaciones como déficit neurológico [1].

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera Rodríguez A, Rodríguez Vela J, Vicente Thomas J, Calvo Díaz A. Espondilodiscitis tuberculosa. Mal de Pott. Rev Esp Cir Ortop Traumatol [Internet]. 1998 [citado el 1 de septiembre de 2023];42(3):231–42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-espondilodiscitis-tuberculosa-mal-pott-13007097>
2. Jason Stout, MD. Tuberculosis ósea y articular [Internet]. UptoDate. [citado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.atalca.idm.oclc.org/contents/bone-and-joint-tuberculosis?search=espondilitis%20tuberculosa%20&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1~23&display_rank=1
3. Lugo-Rincón Gallardo FJ, Castrejón-Mora JL, Santana-Sepúlveda SA. Espondilodiscitis tuberculosa “Mal de Pott”. Reporte de Un Caso [Internet]. Zenodo; 2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.7644687>

RECIDIVAS DE QUISTE RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO Yaksic, LM; Gallardo, PA; Santis, IF; Kuppermann, IC

1. Estudiante de 4^o año de Medicina, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor, Chile.

Palabras clave: quiste retroperitoneal, recidivas, extracción

INTRODUCCIÓN

Los quistes retroperitoneales son tumoraciones, en su mayoría benignas, originadas en el espacio retroperitoneal. Se presentan más frecuentemente en mujeres y se clasifican en base a su tejido de origen. Su causa aún es desconocida. Hay autores que apoyan la teoría congénita y otros proponen, que estas lesiones son reactivas, por procesos inflamatorios o traumáticos. En la literatura revisada, se recomienda la cirugía abierta para extraer completamente la masa y evitar la recurrencia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años, operada de quistes retroperitoneales en 2019, sin otros antecedentes. Ingresa a HFACH de forma electiva para resección abierta de múltiples recidivas de quistes retroperitoneales, colecistectomía y apendicectomía.

Cuenta con RM de abdomen total de 2022, la cual evidencia una lesión multiquística retroperitoneal septada en relación con mesotelioma peritoneal multiquístico, que muestra un aumento de tamaño al comparar con estudios anteriores. Mide 18x6,3x6,1 centímetros en sus ejes longitudinal, transverso y anteroposterior, respectivamente. Se encuentra a nivel subhepático y subvesicular, posterior a la segunda porción del duodeno, con extensión al espacio pararenal anterior derecho.



Se extrae la lesión por laparotomía subcostal bilateral, junto con la vesícula biliar y apéndice cecal. Se envían muestras a biopsia, la cual arroja como resultado definitivo, quiste multilocular benigno de tipo mesotelial, colecistitis crónica y apéndice cecal congestivo.

La paciente, egresa de cirugía con drenaje JVAC. Evoluciona favorablemente y se da el alta al quinto día postoperatorio.

DISCUSIÓN

Los quistes retroperitoneales, a pesar que la mayoría son benignos, se tratan, porque pueden causar dolor abdominal difuso, náuseas, cuadros de obstrucción intestinal por compresión y/o infección del contenido del quiste³.

Además, hay quistes que se presentan como procesos abdominales agudos, como rotura, hemorragia, obstrucción o necrosis e infarto del quiste. Todas estas situaciones se deben intervenir de urgencia vía laparotómica³.

La tasa de recidiva depende del abordaje del quiste. Si es que la resección no fue completa, su recidiva es de 48%³.

CONCLUSIÓN

El quiste mesotelial, pudiera ser más frecuente de lo que aparentemente es, ya que en muchos casos son hallazgos accidentales, al ser pequeños y no generar sintomatología. En los casos donde la lesión crece, es recomendable su extracción, por las complicaciones asociadas. Tiene buen pronóstico, cuando se saca completamente².

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tineo Araque NM, Uzcátegui Camacaro HD, Uzcátegui Rodríguez YC, Rodríguez Urdaneta AA, Ramírez H. Quiste retroperitoneal: reporte de un caso. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana [Internet]. 2010; 15(2): 79-81. Citado el 8 de septiembre de 2023. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/717/71721155008.pdf>
2. López López JM, Durán Padilla MA, Bustos Ramírez A, González Díaz S, Vargas Pedraza BM, González R V, et al. Quiste gigante retroperitoneal. Informe de 3 casos. Rev médica Hosp Gen Méx [Internet]. 2014;77(3):133-6. Citado el 8 de septiembre de 2023. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.08.003>
3. Morales Conde S, Sánchez F, Fernández P, Bellido J, González A, Martín M. Exéresis de quiste retroperitoneal por vía laparoscópica. Cir Esp [Internet]. 2001;69(5):507-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0009-739x\(01\)71793-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0009-739x(01)71793-9)

RENDEZVOUS LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS, REPORTE DE UN CASO

Autores: García, FA¹; Andonie, SI²; Zamora, JI³; Ulloa, VD².

Tutor: Aravena, JI³.

1. Interno de séptimo año de medicina, Universidad de Valparaíso.
2. Interno de sexto año de medicina, Universidad de Valparaíso.
3. Médico Cirujano, Becado de segundo año de cirugía general, Universidad de Valparaíso.

Palabras claves: Situs inversus, Laparoscopia, Colectomía

INTRODUCCIÓN

El Situs inversus totalis (SIT) es una anomalía congénita caracterizada por la orientación en imagen especular de órganos abdominales y torácicos. La frecuencia se estima en 1:10.000 pacientes y la proporción hombres a mujeres es de 1,5:1. La frecuencia de colecistocolitiasis parece ser similar a la población general, sin embargo, esta variación puede causar dificultades a la hora de realizar el manejo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina 51 años con antecedente de SIT. Consulta por dolor de 6 días, en hipocondrio izquierdo asociado a náuseas, vómitos e ictericia. Examen físico destaca piel y mucosas ictericas, abdomen blando, depresible, sensible epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio destaca BT 8.0, GGT 642, FA 279, Amilasa 980, Lipasa 3267.

TC AP c/c informa SIT, colecistocolitiasis y aumento de la densidad del tejido perivesicular. Dado diagnósticos de pancreatitis aguda y colecistocolitiasis, se realiza técnica de Rendezvous laparoscópica.

Posición de litotomía. Cirujano a los pies del paciente, asistente a la derecha. Torre de laparoscopia al lado izquierdo del paciente. Trócares de 12 mm en hipocondrio izquierdo, otro de 10 mm en hipocondrio derecho y uno de 5 mm en flanco izquierdo según técnica francesa. Disección del Calot se realizó con hook y contra tracción con la mano izquierda. Se clipó y seccionó arteria cística. Cisticotomía parcial con paso de guía con Olsen hasta vía biliar requiriendo instalar un trócar adicional subxifoideo. Tiempo endoscópico, papila en segunda porción duodenal, canulación retrógrada encontrando guía hidrofílica avanzada en tiempo laparoscópico, papilotomía da salida a microlitiasis y exploración con balón sin salida de cálculos. Se completa tiempo laparoscópico extrayendo vesícula biliar.

DISCUSIÓN

Se completa Rendezvous laparoscópico en tiempo aceptable y sin morbilidad postoperatoria. Paciente con evolución favorable, por lo que se decide egreso hospitalario en el segundo día luego de la intervención.

CONCLUSIÓN

El Rendezvous laparoscópico parece ser una intervención segura y eficaz para el tratamiento de la colecistocolocolitiasis en pacientes con SIT. Se necesitan más casos para comparar estos resultados.

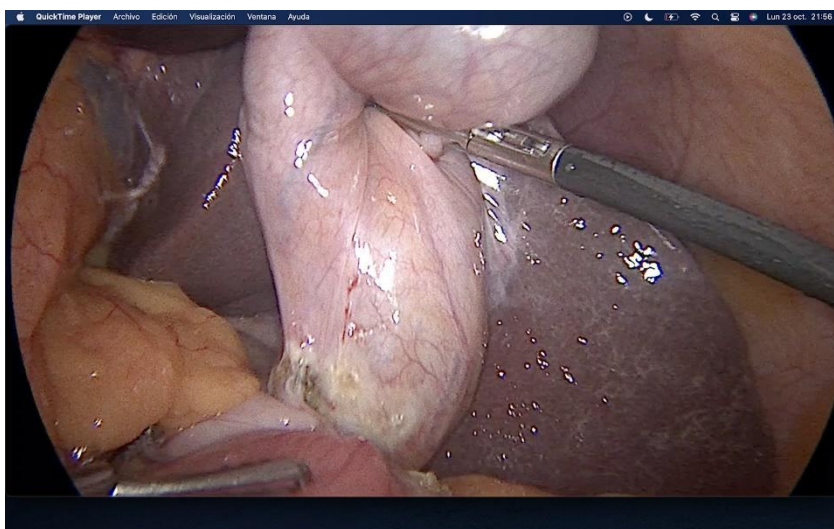


Imagen 1:
Exposición de la vesícula biliar en situs inversus, se puede observar fondo y cuerpo vesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Eitler K, Bibok A, Telkes G. Situs inversus totalis: A clinical review. Int J Gen Med [Internet]. 2022 [citado el 22 de septiembre de 2023];15:2437–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/ijgm.s295444>
2. Lowenthal A, Tacy T, Punn R. Heterotaxy (isomerism of the atrial appendages): Anatomy, clinical features, and diagnosis [Internet]. Uptodate. 2022 [citado el 22 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/heterotaxy-isomerism-of-the-atrial-appendages-anatomy-clinical-features-and-diagnosis>

REPARACIÓN QUIRÚRGICA EN PARÁLISIS DEL SEXTO PAR: REPORTE DE UN CASO

Goldbaum, E.; Jadue, AB²; Alzérreca, BI²; Kaufmann SR²; Roizen, A³

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
3. Médico Cirujano, Oftalmología, Clínica Pasteur, Santiago, Chile.

PALABRAS CLAVE: Sexto Par Craneal, Músculo Recto Lateral, Transposición Muscular, Reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN:

La parálisis del sexto par craneal se puede producir por diversas causas, dentro de las que se encuentran traumatismos, enfermedades metabólicas, tumores, patologías desmielinizantes, entre otras. El cuadro clínico se caracteriza por déficit funcional completo del músculo recto lateral, provocando limitación de la abducción ocular sin pasar la línea media, reducción de estereopsis, diplopia y postura compensatoria cefálica (1). Dentro de las técnicas quirúrgicas para mejorar la limitación funcional está la transposición del recto superior hacia el borde superior del recto lateral, con posible retroceso del recto medial. Esta técnica permite ajuste postoperatorio y mejora la abducción, evitando una limitación de aducción ocular, inducción de desviación vertical o isquemia del segmento anterior (2). Además, ha logrado excelentes resultados en la alineación ocular en posición primaria, con recuperación del campo visual binocular en un 50% del normal (3).

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 25 años sin antecedentes mórbidos, consultó por diplopia horizontal binocular luego de accidente de tránsito de alta energía hace dos meses, asociado a parálisis del sexto par craneal derecho y hemiparesia braquio-crural izquierda. Se realizó tomografía computada y resonancia magnética diagnosticando hemorragia subaracnoidea traumática, daño axonal difuso y fracturas cervicales.

Al examen físico, déficit funcional completo de recto lateral del ojo derecho, que no pasa la línea media. Al fondo de ojo, papilas rosadas, planas y bordes netos. Se diagnosticó parálisis del sexto par derecho, decidiendo resolución quirúrgica mediante técnica de transposición de músculo recto superior a recto lateral, con retroceso de recto medial ajustable a los 6 meses de estabilidad. Luego de cirugía, paciente evolucionó favorablemente, logrando completa abducción del ojo derecho, sin diplopia ni tortícolis.

CONCLUSIÓN:

En una parálisis del sexto par craneal un examen físico adecuado asociado a imágenes es fundamentales para realizar un diagnóstico y manejo precoz, mejorando el pronóstico del paciente. La técnica quirúrgica de transposición del músculo recto superior es segura y con buenos resultados funcionales.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Mehendale RA. Superior Rectus Transposition and Medial Rectus Recession for Duane Syndrome and Sixth Nerve Palsy. Arch Ophthalmol. 1 de febrero de 2012;130(2):195.
2. Velez FG, Foster RS, Rosenbaum AL. Vertical rectus muscle augmented transposition in Duane syndrome. J Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus. Abril de 2001;5(2):105-13.
3. Rosenbaum AL. The efficacy of rectus muscle transposition surgery in esotropic Duane syndrome and VI nerve palsy. J Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus. Octubre de 2004;8(5):409-19.

REPORTE DE UN CASO: CÁNCER DE MAMA EN HOMBRE, CONTRASTE DE UNA PRESENTACIÓN TÍPICA VERSUS ATÍPICA.

Autores: Letzkus, AV¹; Gil, A²; Bravo, J³; Belmar, F³; Lagos, JM⁴.

1. Alumna de Medicina, U. Mayor, Santiago.
2. Alumnas de Medicina, U de Chile.
3. Médico Gineco-Obstetra, UPM
4. Cirujano Mastólogo, Hospital Barros Luco Trudeauux

Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago

Palabras clave: Cáncer de mama en hombre, tumor axilar, nódulo mamario.

Introducción:

El cáncer de mama en hombres muy infrecuente, representando menos del 1% de los casos. Se presenta a mayor edad y está asociado con antecedentes familiares de cáncer de mama, como mutaciones genéticas (BRCA2). Su diagnóstico es más tardío por falta de sospecha y de auto-examen. Clínicamente son tumores retroareolares con rápido compromiso de piel. La mayoría corresponde a carcinomas de tipo Ductal. La falta de acinos glandulares, hace muy improbable desarrollar una variedad Lobulillar. La mayoría son hormono sensibles. El tratamiento es igual al propuesto en las mujeres con la diferencia que requieren mastectomía total, no hay indicación de cirugía reconstructiva y el estudio axilar no varía.

Objetivo:

Presentar 2 casos de cáncer de mama en Hombre completamente opuestos en su presentación clínica, lo que llevó a diagnóstico, tratamiento y evolución muy diferente.

Método:

Revisión retrospectiva de historia clínica de 2 pacientes masculinos con cáncer de mama en hospital público de Santiago.

Caso1: paciente de 67 años, IMC:26, con un nódulo lateral en el pezón derecho de 11mm por Ecografía. A la Biopsia Core se detectó un Carcinoma infiltrante pobremente diferenciado de mama derecha T2N0M0 Luminal A etapa IIA. Se decide tratamiento quirúrgico primario (MT + CENT) sin adyuvancia y bloqueo hormonal (Tamoxifeno). Sin progresión a la fecha.

Caso2: paciente de 65 años, IMC:34.2, sin antecedentes familiares de Cáncer de mama. Consulta por masa axilar izquierda de 3 años de evolución, parestesias EESS izquierda y dificultad de movilidad. Biopsia inicial de Carcinoma indiferenciado

adenoquístico, con 2 biopsias posteriores, sospecha de origen uroepitelial y finalmente se concluye que se trata de un carcinoma mamario infiltrante Triple Negativo. Al examen físico destaca masa axilar izquierda de 8cm. con compromiso de piel, eritema mamario, gran adenopatía

supraclavicular, tumor difuso en mama izquierda de 7cm. y metástasis a distancia desde el diagnóstico (T4bN3M1 Etapa IV). Se comienza tratamiento con radioterapia, quimioterapia paliativa y cuidados paliativos. Fallece al año del diagnóstico.

Conclusión: El cáncer de mama en el hombre es muy infrecuente haciendo difícil la sospecha y diagnóstico precoz. Su hallazgo en más tardío y el tratamiento oportuno es esencial en el pronóstico.

Referencias:

1. White J, Kearins O, Dodwell D, Horgan K, Hanby AM, Speirs V. Male breast carcinoma: increased awareness needed. *Breast Cancer Res* [Internet]. 2011;13(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/bcr2930>
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2019;69(1):7–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21551>
3. Giordano SH, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Breast cancer in men. *Ann Intern Med* [Internet]. 2002;137(8):678. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-137-8-200210150-00013>

RESECCIÓN INTESTINAL SEGMENTARIA POR ISQUEMIA MESENTÉRICA DE ORIGEN VENOSO EN RELACIÓN A DERMATOMIOSITIS: REPORTE DE UN CASO.

Rivera, MM.¹; Peters, IJ.¹; Jofré, GA.¹; Castro, CB.¹; Vergara, FA.²

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Santiago.
2. Médico Cirujano, Hospital de la Serena.

Palabras claves: Dermatomiositis, Isquemia mesentérica, Trombosis venosa.

INTRODUCCIÓN

La isquemia mesentérica aguda (IMA) es causada por la interrupción repentina del flujo sanguíneo intestinal. Esta puede ser tanto oclusiva como no oclusiva, siendo sus etiologías principales la embolia arterial (50%), trombosis arterial (15-25%) y trombosis venosa (5-15%). Su incidencia es baja y representa una causa infrecuente de dolor abdominal, pero común de resección intestinal de urgencias (1). La dermatomiositis (DM) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por inflamación crónica idiopática de piel y músculos. Los pacientes con DM tienen un riesgo 11.3 veces mayor de presentar trombosis venosa (2).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, dermatomiositis y trombosis mesentérica previa en tratamiento anticoagulante oral (TACO), consulta al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado asociado a distensión, náuseas y diaforesis. Se realizó una tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que informó signos sugerentes de isquemia mesentérica de posible origen venoso en relación con yeyuno, y trombosis de venas tributarias, mesentérica superior y porta. Se realizó una laparotomía exploratoria y se llevó a cabo una resección intestinal segmentaria de aproximadamente 25 cm. Se comprobó viabilidad intestinal, se realizó una anastomosis termino-terminal y se dejó laparostomizada con VAC para cirugía de revisión. Esta se ejecutó tres días después, evidenciándose cavidad abdominal sin líquido libre y anastomosis termino-terminal vital, por lo que se realizó cierre definitivo. La biopsia informó infarto hemorrágico transmural de intestino delgado por isquemia mesentérica con bordes quirúrgicos viables. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con cambio de TACO y control en policlínico.

CONCLUSIÓN

La DM es una vasculopatía sistémica que afecta tanto piel, músculo y pulmones como sistema gastrointestinal. Esto puede manifestarse con clínica variable, desde disfagia y hemorragia digestiva hasta ulceración, perforación e isquemia intestinal,

los cuales debemos considerar como diagnósticos diferenciales durante la evaluación de un paciente con DM con sospecha de abdomen agudo. Por otro lado, el mayor riesgo tromboembólico y su comorbilidad asociada descrito en pacientes con dermatomiositis nos lleva a enfatizar la necesidad de realizar una trombopprofilaxis efectiva, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada (3).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bala M, Catena F, Kashuk J, De Simone B, Gomes CA, Weber D, et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2022;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-022-00443-x>
2. Chung W-S, Lin C-L, Sung F-C, Lu C-C, Kao C-H. Increased risk of venous thromboembolism in patients with dermatomyositis/polymyositis: A nationwide cohort study. *Thromb Res* [Internet]. 2014 [citado el 13 de septiembre de 2023];134(3):622-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25034321/>
3. Wlodarczyk M, Nowak M, Sobolewska-Wlodarczyk A, Fichna J, Królak-Nowak K. Elevated risk of venous thromboembolic events in patients with inflammatory myopathies. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2016 [citado el 13 de septiembre de 2023];12:233. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27350751/>

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE TERATOMA OVÁRICO REVELA LA ETIOLOGÍA REAL DE DISPAREUNIA ATRIBUIDA A TRASTORNO SOMATOMORFO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Escobar, DM; Aguayo-Zanetti, CA

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

Palabras claves: Teratoma ovárico, Dispareunia, Trastorno somatomorfo, Diagnóstico diferencial, Error diagnóstico, Resolución quirúrgica

INTRODUCCIÓN

El teratoma ovárico maduro es una neoplasia benigna compuesta por tejidos extraováricos derivados de las tres capas germinales, representando un 26% de los tumores ováricos en pacientes sometidas a cirugía. Afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad fértil y su presentación es principalmente asintomática. Un grupo menor de pacientes presenta síntomas como dolor pélvico, sensación de masa y síntomas compresivos. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentran tumores no neoplásicos como quiste funcional y endometrioma, neoplasias ováricas benignas como cistoadenoma, y malignas como teratoma inmaduro y cáncer de ovario. (1) Usualmente se solicitan marcadores tumorales, sin embargo, el diagnóstico es principalmente imagenológico, con ecografía transvaginal y, con menor frecuencia, tomografía computarizada (TC) y resonancia nuclear magnética (RNM). La confirmación diagnóstica se realiza mediante biopsia post-quirúrgica. (2)

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 24 años con antecedente de Trastorno de Ansiedad Generalizada diagnosticado el 2020 en tratamiento actual con Escitalopram 10 mg. Consulta el 2020 por dispareunia severa EVA 10/10 tipo cólico en fosa iliaca izquierda con irradiación a dorso, abdomen y muslos, de 15 minutos de duración, asociados a síntomas vasovagales como diarrea, náuseas, hormigueo, visión borrosa y temblores. Se realizan exámenes de laboratorio y ecografía transvaginal que no muestran alteraciones, diagnosticándose posible trastorno somatomorfo. El 2022, en contexto de un accidente vehicular, se realiza una TC de abdomen y pelvis seguida de una RNM de pelvis que muestran un tumor ovárico con sospecha de teratoma maduro de crecimiento rápido (7 cm aprox. en 3 años). Se realiza cirugía laparoscópica con extirpación completa del tumor, seguido de un cese total de los síntomas de la paciente. La biopsia postquirúrgica confirmó el diagnóstico de teratoma maduro.

CONCLUSIÓN

Este caso muestra la importancia de un estudio exhaustivo de posibles diagnósticos diferenciales de la dispareunia, teniendo como prioridad descartar patologías médicas o quirúrgicas, dejando para última instancia un diagnóstico de descarte como el trastorno somatomorfo. Esto demuestra también la dificultad para un diagnóstico oportuno que tienen las mujeres y personas con trastornos psiquiátricos en el contexto médico actual, donde muchas veces existe un sesgo que prioriza etiologías psiquiátricas por sobre patologías médico-quirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal J. Manual Obstetricia y Ginecología [Internet]. 14a ed. 2023. [citado el 20 de octubre de 2023] Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf
2. UpToDate [Internet]. Uptodate.com [citado el 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.uchile.idm.oclc.org/contents/adnexal-mass-differential-diagnosis?search=Hochberg%20L,%20Diferencial%20diagnosis%20of%20the%20adnexal%20mass,%20UpToDate%202016&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

SCHWANNOMA MAXILAR Y SU RESOLUCIÓN TRANSNASAL COMO INNOVADORA FORMA DE ABORDAJE: REPORTE DE CASO

Castillo, SA ¹. Rodríguez, MV ². Cardona, V ¹. Krause, FJ ³.

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Médico Otorrinolaringólogo, Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Universidad de los Andes.

Palabras clave: Schwannoma, nervio maxilar, abordaje transnasal, neuropatía trigeminal, fosa pterigopalatina, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

Los schwannoma (neurinoma) son tumores benignos de crecimiento lento de las células de Schwann, más comunes en mujeres entre 20-40 años⁽¹⁾. Representan 0.5% de los tumores intracraneales, pero sólo un 1% se ha descrito en relación al nervio maxilar⁽²⁾. Pueden presentarse de manera aislada o, con menos frecuencia, en neurofibromatosis tipo 1⁽¹⁾. El tratamiento suele ser quirúrgico, mediante abordaje transmaxilar (abierto) o transnasal (endoscópico), siendo este último descrito en Chile desde el año 2018⁽³⁾. Este trabajo describe un caso atípico de schwannoma resuelto mediante enfoque transnasal.

CASO CLÍNICO

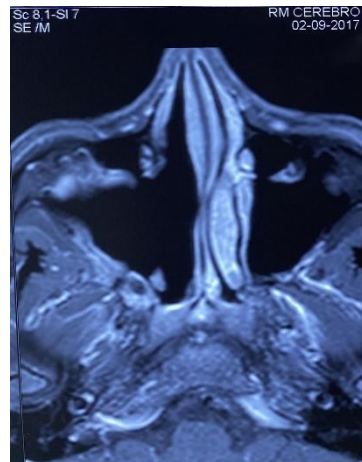
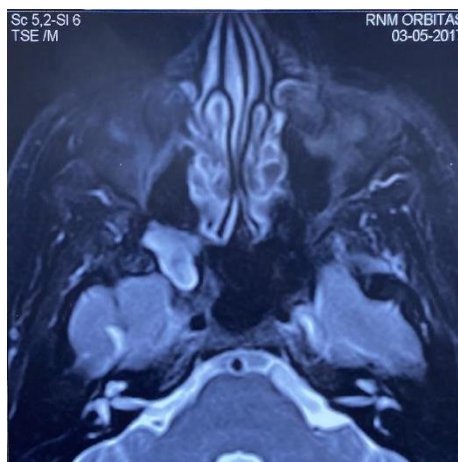
Paciente femenina de 45 años, sin antecedentes ni hábitos nocivos. El 2015 consulta en urgencias por cefalea y disestesias en región maxilar del nervio trigémino, se realiza resonancia magnética (RM) evidenciando masa de 1,5 cm en fosa pterigopalatina en el trayecto del nervio trigémino, sugerente de schwannoma. Es derivada a neurología, indicándose seguimiento trimestral. En RM de 2017 se evidencia crecimiento tumoral del 30% respecto al control anterior, derivándose a otorrinolaringología para resección quirúrgica, decidiéndose abordaje transnasal vía fosa pterigopalatina. Se ingresa por la pared posteromedial del seno maxilar, ligando la arteria maxilar. Debido a su extensión, se fresa la base del cráneo por el agujero anterior del canal redondo, logrando una resección completa, sin complicaciones. La biopsia confirma schwannoma maxilar.

Post intervención, paciente describe disestesias, hipolacrimia, sequedad nasal y leve neuralgia del trigémino. Es tratada exitosamente con lágrimas artificiales y pregabalina 75 mg cada 12 horas por 1 mes. Hasta la fecha se mantiene seguimiento con RM, sin recidivas.

IMÁGENES

Imagen 1. RM preoperatoria de cavidades paranasales 03-05-2017

Imagen 2. RM postoperatoria de cavidades paranasales 02-09-2017



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los schwannomas maxilares son tumores benignos infrecuentes, con diversas manifestaciones, como cefalea y disestesias. Si bien el abordaje transnasal es reciente en Chile, ha demostrado ser una opción poco invasiva, con una adecuada resección del neurinoma, bajas tasas de complicaciones y recurrencia⁽³⁾, tal como ocurre en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pirimoglu B, Kantarci M. An Unusual Case of Schwannoma in the Infraorbital Region. *J Craniofac Surg.* 2018 Nov;29(8):e814-e815. doi: 10.1097/SCS.0000000000004853. PMID: 30320678.
2. Madrid-Sánchez A, Castillo-Rangel C, Myriam Leticia Contreras-Ayala, Ruiz-García E, Ana Karen Castillo-Castro, Ramírez-Aguilar R. Schwannoma trigeminal maxilar. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Cirugía Y Cirujanos.* 2017 Dec 1;85:49-52.
3. Tapia C Mario, Fredes C Felipe, Pinto V Jaime, Sepúlveda A Ilson, Schmidt P Thomas. Abordaje endoscópico al cavum de Meckel: Resección endoscópica endonasal de Schwannoma del nervio trigémino. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* [Internet]. 2018 Sep ; 78(3): 281-286. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300281>

SERIE DE EVENTOS DESAFORTUNADOS: MANEJO QUIRÚRGICO COMPLICADO DE GLAUCOMA. REPORTE DE CASO.

González, SE; Jara, V; Cardona, V; Goldbaum, E; Prato, L; Verdaguer, S.

1. Estudiante de Medicina, Facultad de medicina, Universidad de los Andes, Chile
2. Especialista en Oftalmología, Fundación Oftalmológica Los Andes, Chile

Palabras clave: glaucoma, queratoplastia, vitrectomía, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El glaucoma, principal causa de ceguera irreversible, suele manejarse con fármacos, pero en ocasiones es necesario recurrir a cirugías. Estas deben adaptarse a cada paciente para brindar un tratamiento óptimo, adecuándose al tipo y severidad de glaucoma, comorbilidades y antecedentes quirúrgicos de cada paciente.

CASO DESARROLLADO

Paciente femenina, 68 años con antecedente de diabetes mellitus II y glaucoma binocular. Ojo izquierdo (OI) es funcional, mientras ojo derecho no percibe luz por glaucoma absoluto. En 2005 se trabeculectomizó OI por glaucoma no controlado farmacológicamente. En 2020 sufrió trauma ocular grave en OI, causando catarata traumática. Se efectuó facoemulsificación y fijación iridiana del lente intraocular (LIO) por mal soporte capsular. Desarrolló queratopatía bullosa, sinequias anteriores y posteriores, por lo que se efectuó sinequiolisis y queratoplastia penetrante (PKP). 5 meses postcirugía desarrolló hipertensión ocular, se respondió realizando ciclofotocoagulación en OI. 18 meses postcirugía presentó falla endotelial del injerto, hipertensión ocular, múltiples sinequias anteriores y membrana pre-LIO.

Considerando las complicaciones, se plantea realizar PKP nuevamente e instalar válvula de Ahmed, pero debido al compromiso de cámara anterior y falta de cámara posterior, se decide posicionar el tubo en cavidad vítrea. Para esto, se realizó una vitrectomía por pars plana (utilizando una queratoprótesis transitoria permitiendo visualización durante el procedimiento), explante del LIO, colocación de la válvula y además un nuevo injerto corneal. La agudeza visual mejoró de movimiento-mano a cuentadedos, y la presión intraocular disminuye de 39 a 13 mmHg, medido con tonometría de rebote Icare.

CONCLUSIÓN

La patología corneal y el glaucoma están frecuentemente relacionados. Su coexistencia dificulta la toma de decisiones en caso de que un paciente requiera intervención quirúrgica, especialmente en casos como este, con antecedentes de procedimientos múltiples y trauma ocular. Comprender la fisiopatología y cirugías oculares y ser capaz de adelantarse a posibles complicaciones es esencial para un manejo ideal. Contar con un equipo multidisciplinario es indispensable, como se aprecia en el caso, con especiales agradecimientos al Dr. Felipe Valenzuela y al Dr. Juan Verdaguer, pilares importantes del equipo quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steinmetz JD, Bourne RRA, Briant PS, Flaxman SR, Taylor HRB, Jonas JB, et al. [Internet]. Elsevier; 2020 [citado el 14 de septiembre 2023]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30489-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30489-7).

SÍNCOPE COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: REPORTE DE CASO.

Pinto, MI ; Rojas, CI ; Pereira, C ; Arriagada, PP .

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello.
2. Médico Cirujano, Residente Hospital Sótero del Río.

Palabras claves: Emergencia oncológica, Síndrome vena cava superior, Síncope.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de vena cava superior (SCVS) es el resultado de una obstrucción al flujo sanguíneo de la vena cava superior (VCS) ⁽¹⁾. Puede ser de etiología neoplásica, donde la más común es el cáncer pulmonar (60-85%) y no neoplásicas (15-40%), donde lo más frecuente es la compresión por aneurisma aórtico torácico o mediastinitis crónica ⁽²⁾.

La presentación clínica típica consiste en disnea, edema de cara, cuello y extremidades superiores, dolor torácico, síntomas respiratorios y/o neurológicos. El diagnóstico se confirma con pruebas de imagen como el TC de tórax y estudio histológico cuando corresponda. Por último, el manejo debe ser precoz dada la alta prevalencia de etiología neoplásica, siendo clave en el pronóstico a mediano y largo plazo ⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 53 años con antecedente tabaquismo IPA 40 y cáncer pulmonar de células escamosas etapa IIIc diagnosticado hace 2 meses, presenta repetidos episodios sincopales posterior a accesos de tos, asociado a leve edema en esclavina y disnea. Se realiza RNM cerebral que no reporta lesiones ni edema cerebral, sin embargo, en TC tórax se reporta masa pulmonar derecha que produce estenosis extrínseca de VCS y arteria pulmonar principal derecha con importante circulación colateral, confirmando el diagnóstico de SVCS grado 2. Es manejado con oxigenoterapia y evaluado por equipo de oncología y cirugía vascular quienes desestiman manejo quirúrgico ya que no presenta compromiso respiratorio severo y no se evidencia edema cerebral en RNM. Se inicia manejo médico con corticoides en dosis altas y RT de la masa tumoral, posteriormente el paciente es dado de alta asintomático, sin nuevos episodios sincopales, con seguimiento mensual por oncología y continuación de RT ambulatoria.

CONCLUSIÓN

El SVCS es una complicación muy frecuentemente asociada a neoplasia, sobre todo pulmonares. Es necesario tener alto índice de sospecha en pacientes sin antecedentes de neoplasia que se presenten con edema facial y síntomas

respiratorios o neurológicos ya que el manejo debe ser precoz y orientado a la etiología para mejorar el pronóstico a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malignancy-related superior vena cava syndrome. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com/contents/malignancy-related-superior-vena-cava-syndrome?search=sindrome%20vena%20cava%20superior&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#
0. Síndrome de Vena Cava superior. Manual MIBE. Empendium 2022. [citado el 19 de septiembre de 2023].
0. Heras García, B. de las, Jiménez Gordo, AM., Casado Saenz, E., Zamora Auñón, P., Cantalejo Moreira, M., & González Barón, M. (2001). Síndrome de vena cava superior: presentación de seis casos. Anales de Medicina Interna, 18(7), 29-32.

SÍNDROME AÓRTICO AGUDO EXTENSO EN AORTA DESCENDENTE, REPORTE DE CASO.

Silva, E². Catrileo, J¹. Poblete, E¹. Prado, V¹. Ovalle, M¹. Torres, T³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Médico Cirujano, Becado Medicina interna, Universidad de los Andes.

PALABRAS CLAVE: Disección aórtica, Hematoma intramural Aortico, Procedimientos Endovasculares, Síndrome aórtico agudo

INTRODUCCIÓN

Los síndromes aórticos agudos son patologías graves con alta mortalidad asociada. Su amplias presentaciones clínicas y similares a patologías, conlleva una baja sospecha.

Una incidencia de 2-4 por 100.000 habitantes al año y mortalidad desde un 10% sin complicaciones hasta 60%, que aumenta un 2% por cada hora sin tratamiento, por lo cual, su diagnóstico y manejo precoz es importante para el pronóstico.

Se presenta un caso donde una imagen subóptima permite el manejo adecuado y precoz, dado la baja sospecha inicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 61 años hipertensa, con cuadro de 2 horas de dolor abdominal súbito, transfixiante y desgarrante, intensidad 10/10. Sin síntomas asociados.

Al examen físico destacaba hipertensión, abdomen doloroso sin signos de irritación peritoneal. Se solicitó tomografía de abdomen que sugiere una disección de la aorta abdominal, se complementa con angiotomografía de tórax y abdomen que mostró hematoma intramural en aorta descendente desde el diafragma que continúa con extenso colgajo de disección aortoiliaco. Se decide manejo expectante y control imagenológico.

El control informa extensión del hematoma intramural desde el arco aórtico hasta aorta descendente distal, sin variación de la disección. Se decidió reparación endovascular de urgencia por la progresión, la cual resultó sin incidentes. Imagen de control informó estabilidad del complejo hematoma-disección, sin desplazamiento ni rotura de la reparación.

Se pierde control de paciente, quien sigue su tratamiento en hospital de base.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Dada la alta mortalidad que tienen estas patologías, es importante reconocer estos síndromes y plantearlos entre los diagnósticos diferenciales. Se describen de inicio súbito, transfixiante y desgarrador, asociado a posibles compromisos isquémicos de órganos.

La angiotomografía es la imagen preferida para el diagnóstico, debido a su sensibilidad y accesibilidad.

El manejo médico versus quirúrgico es determinado por el especialista, siendo importante el manejo previo a la cirugía. El control de frecuencia, presión arterial y dolor disminuyen la progresión de la enfermedad.

El seguimiento de los pacientes es relevante, por el riesgo aumentado que tienen de complicaciones, que van desde nuevos eventos agudos, aneurismas o en pacientes con tratamiento endovascular, con fugas tempranas o tardías y progresión del falso lumen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Task Force para el Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Aórticas de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Directrices ESC 2014 sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades aórticas: Documento que cubre enfermedades aórticas agudas y crónicas de la aorta torácica y abdominal del adulto. Autores: Raimund Erbel, Victor Aboyans, Catherine Boileau, Eduardo Bossone, Roberto Di Bartolomeo, Holger Eggebrecht, Arturo Evangelista, Volkmar Falk, Herbert Frank, Oliver Gaemperli, Martin Grabenwöger, Axel Haverich, Bernard Iung, Athanasios John Manolis, Folkert Meijboom, Christoph A. Nienaber, Marco Roffi, Hervé Rousseau, Udo Sechtem, Per Anton Sirnes, Regula S. von Allmen, & Christiaan J.M. Vrints. Revista: European Heart Journal. Año: 2014; Volumen: 35(41); Páginas: 2873-2926. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu281

0. Miembros del Comité de Redacción; Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black Iii J, Augoustides JG, Beck AW, Bolen MA, Braverman AC, Bray BE, Brown-Zimmerman MM, Chen EP, Collins TJ, DeAnda A Jr, Fanola CL, Girardi LN, Hicks CW, Hui DS, Jones WS, Kalahasti V, Kim KM, Milewicz DM, Oderich GS, Ogbechie L, Promes SB, Ross EG, Schermerhorn ML, Times SS, Tseng EE, Wang GJ, Woo YJ. Guía de la ACC/AHA 2022 para el diagnóstico y manejo de la enfermedad aórtica: Informe del Comité Conjunto de Práctica Clínica de la American Heart Association/American College of Cardiology. Revista: J Am Coll Cardiol. Año: 2022; Volumen: 80 (24); Páginas: e223-e393. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.08.004. PMID: 36334952; PMCID: PMC9860464.

0. Umaña, J. P. y Camacho, J. Disección aguda de aorta: Diagnóstico y manejo inicial. Revista: Revista Mexicana de Cirugía Cardiovascular. Año: 2022; Volumen: 17(1); Páginas: e544. DOI: 10.1016/j.rmcl.2022.05.002.

SÍNDROME DE PSEUDO-MEIGS POR FIBROSARCOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rössner, A.1, Rademacher, C.1, Cruces, J.1, Bordeu, J.2

1. Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción
2. Médico Cirujano, especialista gineco-oncólogo, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles

Palabras clave: tumor ovárico, derrame pleural, ascitis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Meigs consiste en la asociación entre un tumor ovárico benigno con ascitis e hidrotórax, que se resuelven una vez realizada la resección del tumor (1). Existen casos reportados que simulan este síndrome, denominado pseudo-Meigs, que al biopsiar se encuentra malignidad, dentro de los cuales está el fibrosarcoma (2).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 61 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos, último Papanicolau hace 30 años y tabaquismo activo. Ingres a servicio de urgencias por cuadro de disnea de 15 días de evolución, baja de peso, sudoración nocturna, y abdomen globuloso. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis que informa gran masa anexial izquierda sólida, asociado a ascitis y derrame pleural bilateral. Se hospitaliza para estabilización, estudio y eventual resección y biopsia tumoral. Dentro del estudio destacan marcadores tumorales en rango normal excepto CA 125 en 978 U/ml. Se realiza estudio de líquido ascítico y derrame pleural que a la histología resultan negativos para células neoplásicas. Posteriormente se realiza histerectomía total + salpingooforectomía bilateral + omentectomía, con resección de tumor ovárico izquierdo de 40 cm aproximadamente. De las biopsias obtenidas se descarta neoplasia en útero, peritoneo, omento y anexo derecho; mientras que en ovario izquierdo se evidencia fibrosarcoma estromal de los cordones sexuales. En el postoperatorio evoluciona favorablemente, sin embargo se decide videotoracoscopia bilateral para descartar definitivamente metástasis pleurales, de la cual se obtienen biopsias negativas. Finalmente es dada de alta sin nueva aparición de hidrotórax o ascitis.

CONCLUSIÓN

Las neoplasias malignas de ovario pueden simular un síndrome de Meigs, lo cual puede confundir al momento de enfrentarse a pacientes cursando cuadros similares. Es por esto, que es fundamental descartar en primera instancia la

posibilidad de metástasis a distancia, como fue realizado en el caso descrito, previo a la cirugía resectiva que finalmente demostró etiología maligna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Abad, A. K., Ávila Redrovan, D. G., Cuzco Pañora, E. R., Matute Chaves, J. V., & Coronel Naranjo, G. V. (2022). Síndrome de Meigs: Aspectos fisiopatológicos y clínicos. *RECIMUNDO*, 6(2), 576-581. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.576-581](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.576-581)
2. E.M. Losaa , M. Villarb , A. Pascualc , T. Gómeza y G. González de Merloa. (2006). Síndrome de Meigs y pseudo-Meigs. *Clin Invest Gin Obs*, 33(1), 25-34.

TORSIÓN DE EPIPLÓN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO.

Durán, NN; Troncoso, CR; Yévenes, FA; Arias, DB; Hernández, JA; Roldán, NA; Vila, JC³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Magallanes, Chile.
2. Cirugía pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Magallanes “Dr. Lautaro Navarro Avaria”, Chile.
3. Traumatología y ortopedia infantil, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Magallanes “Dr. Lautaro Navarro Avaria”, Chile.

Palabras claves: Abdomen agudo, Epiplón, Laparoscopia.

INTRODUCCIÓN

La torsión de epiplón es una entidad poco frecuente en pacientes pediátricos aunque su prevalencia ha aumentado en los últimos años probablemente asociado al aumento de obesidad infantil (1). Puede ser primaria o secundaria, siendo esta última más frecuente (1,2), además hay mayor afección del lado derecho porque a este nivel el epiplón es más móvil que a contralateral (1,2). Su fisiopatología está dada por la rotación del omento en su eje mayor, lo que lleva a reducción del flujo sanguíneo distal e infarto tisular (3). Tiene sintomatología inespecífica, con dolor abdominal de inicio repentino y progresivo, no irradiado, comúnmente en cuadrante inferior derecho, dependiendo su ubicación del sitio afectado del omento (2,3). Los exámenes de laboratorio son inespecíficos, por lo que el diagnóstico preoperatorio puede realizarse con imágenes (tomografía computada o ultrasonido) aunque el gold standard es la exploración quirúrgica laparoscópica (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Escolar de 5 años presentó dolor abdominal insidioso en flanco derecho irradiado a fosa ilíaca ipsilateral, con aumento progresivo de intensidad, sin otros síntomas, que posteriormente evolucionó con signos de irritación peritoneal. Ecografía abdominal mostró cambios inflamatorios sin líquido libre, apéndice sin visión directa. Por sospecha de apendicitis aguda se realizó exploración quirúrgica laparoscópica donde se observó apéndice sano y se constató torsión de epiplón. Paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La torsión de epiplón debería sospecharse en pacientes con abdomen agudo y clínica incierta, siendo el principal diagnóstico diferencial la apendicitis aguda. En exámenes de laboratorio lo más frecuente es la elevación de parámetros inflamatorios, por lo tanto el enfrentamiento inicial puede realizarse con estudio imagenológico aunque no siempre se logra el diagnóstico, siendo en estos casos necesario explorar quirúrgicamente. El tratamiento puede ser conservador o

quirúrgico, dependiendo del contexto clínico y la presencia o no de complicaciones. Considerar esta patología como diagnóstico diferencial en paciente con dolor abdominal inespecífico, permite decidir el enfoque terapéutico y lograr su resolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elsayed AZ, Alhadeethi AR, Khan S, Hassan ME, Al ali K. Omental torsion, an overlooked differential diagnosis of acute abdomen in children. A case series. J Pediatr Surg Case Rep [Internet]. 2021;64(101684):101684. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.epsc.2020.101684>
2. Wang Y, Huang R, Li C, Li W. Acute abdomen caused by torsion of the omentum: A pediatric case report. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2022;101(15):e29184. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.0000000000029184>
3. Khalili E, Marashi M, Safarpanah M, Majidi S, Hesarooeyeh ZG. Omental torsion mimicking acute appendicitis in a 7-year-old boy: a case report. J Med Case Rep [Internet]. 2022;16(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13256-022-03515-3>

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FRACTURA PATOLÓGICA HUMERAL POR METÁSTASIS ÓSEA COMO PARTE DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: INFORME DE CASO

Reyes, JA¹; Podlech, JJ²; Reyes, MG²; Salinas, MA¹; Reyes, MG³

1. Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule.
2. Alumno de Medicina, Universidad de Chile.
3. Médico Cirujano Especialista en Ortopedia y Traumatología en Hospital San Juan de Dios y Clínica San Francisco, San Fernando.

Palabras clave: Informe de caso, Metástasis ósea, Hueso patológico, Cirugía paliativa.

INTRODUCCIÓN

El tejido óseo es el tercer sitio más frecuente de metástasis, siendo en el 80% el cáncer mamario, prostático y pulmonar el tumor primario.^{1,2,3} Dentro de ellas, los huesos del esqueleto apendicular más comúnmente afectados son fémur y húmero.¹ En cuanto al manejo de la fractura en hueso patológico, existen múltiples consideraciones para decidir la cirugía.^{1,2,3} Sus principales objetivos son el alivio del dolor y la recuperación funcional.¹

En este escrito se expone el caso de un paciente geriátrico, altamente funcional, con fractura patológica de húmero secundaria a cáncer prostático resistente a la castración metastásico (mCPRC). La mediana de supervivencia para pacientes hormono-resistentes es de aproximadamente 14 meses; pese a su reducida expectativa de vida estimada, se decide manejo quirúrgico en virtud de preservar su funcionalidad y calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 76 años, apicultor, Barthel basal 100, con antecedentes de mCPRC y cintigrama óseo compatible con compromiso óseo múltiple que deniega quimioterapia por temor a efectos adversos. Consulta en servicio de urgencia por dolor en tercio proximal del brazo derecho, de un año de evolución que, en las 3 horas previas, se agudizó súbitamente, presentando impotencia funcional, sin antecedente traumático. Se realiza radiografía humeral en brazo derecho que evidencia fractura diafisaria. Se hospitaliza y decide manejo quirúrgico fundamentalmente por su alta funcionalidad previa sumado a expectativa de vida estimada mayor a 6 meses. Se realiza reducción y osteosíntesis con clavo endomedular. Durante el postoperatorio inmediato y mediato evoluciona satisfactoriamente, por lo que se decide alta médica.

CONCLUSIÓN

En tiempos de antaño, las fracturas por metástasis óseas eran sinónimo de amputación.³ Actualmente, se conoce que la cirugía paliativa en estos casos es una

herramienta valiosa que permite reducir complicaciones derivadas de la pérdida de funcionalidad, incluso prolongando la sobrevida, teniendo en cuenta que los tratamientos no quirúrgicos suelen ser insuficientes para paliar dolor y recuperar estabilidad del miembro.¹

Son muchas las consideraciones y criterios prequirúrgicos, sin embargo, un juicio clínico integral orientado en resguardar la funcionalidad no debiese verse jamás desatendido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Ehne, J., & Tsagozis, P. (2020). Current concepts in the surgical treatment of skeletal metastases. *World Journal of Orthopedics*, 11(7), 319–327. <https://doi.org/10.5312/wjo.v11.i7.319>

2.Anract, P., Biau, D., & Boudou-Rouquette, P. (2017). Metastatic fractures of long limb bones. *Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research: OTSR*, 103(1), S41–S51. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.001>

0. Errani, C., Mavrogenis, A. F., Cevolani, L., Spinelli, S., Piccioli, A., Maccauro, G., Baldini, N., & Donati, D. (2017). Treatment for long bone metastases based on a systematic literature review. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology: Orthopedie Traumatologie*, 27(2), 205–211. <https://doi.org/10.1007/s00590-016-1857-9>

TRAUMA PENETRANTE CARDÍACO SIN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Retamal, SI¹. García, AM¹. Muñoz, SB¹. Fernández, PA¹. Jiménez, M²

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción.

2. Médico Cirujano, Especialidad en Cirugía, Docente Universidad San Sebastián Sede Concepción.

Palabras clave: Traumatismo penetrante cardíaco, hemopericardio, cortopunzante

INTRODUCCIÓN

Los traumas penetrantes cardíacos son poco frecuentes, pero están relacionados a alta mortalidad. Existe un bajo porcentaje de pacientes los cuales pueden ingresar a urgencias sin presentar inestabilidad hemodinámica ni alteraciones en los signos vitales, ya sea por el mecanismo de acción de la lesión o características propias del paciente. (1)

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años con antecedentes de depresión, se auto agrede el día 27/07/23 con arma corto punzante en cara anterior del tórax. Es evaluado en servicio de urgencias donde destacan signos vitales dentro de rango normal. Se tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y ecoscopia que evidenciaban derrame pericárdico leve sin inestabilidad hemodinámica. Ingresa con sospecha de herida penetrante cardíaca a UTI Coronaria manteniendo manejo conservador. Se espera TAC de tórax que informa; Herida penetrante torácica izquierda, foco contuso cortante en el lóbulo superior izquierdo con neumotórax leve, hemopericardio y enfisema mediastínico leve, y que no se puede descartar herida penetrante cardíaca, junto con nueva ecoscopia donde destaca; Fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada y derrame pericárdico laminar, sin compromiso hemodinámico. Tras hallazgos imagenológicos y alza de troponinas, el día 01/08/23 se solicita evaluación por cirugía torácica, y se decide pasar a pabellón para evaluar lesión miocárdica. Se describe en protocolo operatorio la realización de esternotomía media, apertura del corazón con salida de sangre a presión aproximadamente 60cc. Se evidencia herida epicárdica de aproximadamente 15mm con mínimo sangrado, en relación a cara anterior del ventrículo izquierdo lejos de arteria descendente anterior. Se realiza miocardiografía e instalación de drenaje pleural.

CONCLUSIÓN

Hay que destacar que pacientes con trauma penetrantes cardíacos, pueden tener raramente una clínica oculta, donde no hay signos de taponamiento ni de shock.

Esto se debe a distintos factores como coágulos, hemoneunotórax o sangrados limitados con pequeño derrame pericárdico que comprimen herida cardíaca que interrumpen hemorragia, como pudo ser en este caso. Aún así con alta sospecha o una lesión mínima de miocardio se debe realizar exploración quirúrgica para evitar deterioro súbito o complicaciones tardías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Julie M Winkle, MD, FACEP, FCCM, Eric Legome. Initial evaluation and management of penetrating thoracic trauma in adults. UpToDate [Internet]. el 12 de mayo de 2022; Disponible en: https://www-uptodate-com.bdigitaluss.remotexs.co/contents/initial-evaluation-and-management-of-penetrating-thoracic-trauma-in-adults?search=penetrante%20cardiaco§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H4933941&source=machineLearning&selectedTitle=2~16&display_rank=2#
2. Souaf Khalafi S, Martínez Cereijo JM, Bolón Villaverde A, Selas Cobos S, Durán Muñoz DN, Fernández González AL. Herida penetrante cardíaca sin inestabilidad hemodinámica. Cir Cardiovasc [Internet]. 2021;28(5):296–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2020.11.005>

TRICOBLASTOMA DORSO NASAL CON MANEJO ONCOPLÁSTICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA BASO CELULAR. REPORTE DE UN CASO

Díaz, JC ¹. Díaz, DC ¹. González, MJ ¹. Crisosto, JI ².

1. Internas de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Talca, Chile

2. Cirujano general, Hospital de Constitución

Palabras claves: tricoblastoma, carcinoma basocelular, anestesia local, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El tricoblastoma (TCB) es una neoplasia anexial benigna del epitelio folicular germinativo, caracterizada histopatológicamente por cordones de células epiteliales y estructuras similares a folículos pilosos con un estroma densamente celular. Su principal diagnóstico diferencial es el Carcinoma basocelular (CBC) que es el tumor maligno más frecuente en el ser humano, con una incidencia creciente y una morbilidad y costes significativos, por lo que es importante diferenciarlos. La mayoría de los TCB aparecen después de los 40 años. Se presentan generalmente en cabeza y cuello, como nódulos solitarios de crecimiento lento, bien definido, no ulceradas, del color de la piel, con telangiectasias asociadas. Tiene un curso benigno y rara vez se malignizan.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años, fototipo III, con antecedente de dislipidemia, consulta por lesión nodular de bordes perlados con cráter central puntiforme sugerente de CBC en dorso nasal derecho, de 6 meses de evolución, por lo que se deriva desde dermatología a poli cirugía de hospital de mediana complejidad (HMC) para cirugía resectiva y estudio histológico. Se realiza procedimiento ambulatorio de biopsia excisional a través de la resección de la lesión con margen oncológico de 5 milímetros, resultando en defecto cutáneo de 2 centímetros de diámetro que se recubre con colgajo bilobulado, bajo anestesia local con lidocaína y epinefrina. El resultado de la biopsia informa tricoblastoma de 7 milímetros infiltrante en dermis profunda, con bordes negativos.

CONCLUSIÓN

El tricoblastoma es un raro tumor benigno con un excelente pronóstico, al igual de su principal diagnóstico diferencial, el CBC, sin embargo, esta última es una neoplasia maligna con alta morbilidad que requiere un diagnóstico a tiempo, tratamiento adecuado y seguimiento a largo plazo por su riesgo de recurrencia.

El tratamiento del TCB consiste en la resección de la lesión. Posterior a ello se realizan controles ambulatorios para evaluar el colgajo, retiro de puntos, y hasta obtener los resultados de la biopsia para la confirmación diagnóstica.

Por último, es importante recalcar que el procedimiento se llevó a cabo en un HMC, con anestesia local, resultados oncoplásticos satisfactorios para el paciente y sin complicaciones post operatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Actualizar.com. [citado el 10 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ctolving-adnexal-tumors?search=tricoblastoma&source=search_result&selectedTitle=1~3&usage_type=default&display_rank=1
2. Schukow C, Ahmed A. Trichoblastoma and Trichoepithelioma. StatPearls Publishing; 2023.
3. Pitarch G, Botella-Estrada R. Dermatoscopia del tricoblastoma. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2015 [citado el 10 de septiembre de 2023];106(9):e45–8. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-dermatoscopia-del-tricoblastoma-articulo-S0001731015002057>

TUMOR DE KRUKENBERG: METÁSTASIS OVÁRICA DE CÁNCER COLORRECTAL

Núñez, V; Prado, ME; Santis, J; Muñoz, MB; Luco M²

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

(2) Médica Cirujana, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

Palabras claves: Tumor de Krukenberg, Cáncer colorrectal, Salpingooforectomía

INTRODUCCIÓN

Los tumores de Krukenberg (TK) corresponden a metástasis ováricas epiteliales que infiltran el estroma ovárico, con células mucosecretoras en anillo de sello. Tienen una incidencia baja, estimada en un 1-2% de todos los tumores ováricos (1), y generalmente la neoplasia primaria es de origen gástrico o colorrectal, sin embargo, también puede ser de origen pancreático, biliar, tiroideo o de mama.

Los TK tienen mal pronóstico debido a su agresividad, diagnóstico tardío, dificultades diagnósticas y baja efectividad de los tratamientos (2). Las opciones de tratamiento son diversas, entre ellas encontramos la cirugía citorréductora, quimioterapia adyuvante, quimioterapia intraperitoneal. Sin embargo, no hay claridad respecto a qué tratamiento es el mejor en términos de sobrevida.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 59 años con diagnóstico de cáncer de colon sigmoideas etapa IV en tratamiento con quimioterapia adyuvante posterior a colectomía, durante seguimiento imagenológico se evidencia aparición de lesiones sólido-quísticas anexiales bilaterales de 5.6 x 4.8 cm a derecha y 3.0 x 2.8 cm a izquierda, compatibles con metástasis de neoplasia primaria conocida. Al examen físico sin adenopatías palpables, sin lesiones anexiales palpables al tacto vaginal. Se solicita ecografía transvaginal que muestra lesiones quísticas multiloculares sólidas en panal de abeja, de 13 x 13 x 15 mm a izquierda y 48 x 35 x 39 mm a derecha.



Se realiza salpingooforectomía bilateral por laparotomía y se toma biopsia, compatible con adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado de origen intestinal, con patrón morfológico de tumor de Krukenberg. Evoluciona de manera favorable en postoperatorio, y se mantiene posteriormente con quimioterapia.

CONCLUSIÓN

Los tumores de Krukenberg son poco frecuentes y generalmente tienen mal pronóstico, donde lo relevante es el diagnóstico y tratamiento precoz, lo que generalmente se realiza con cirugía citorreductora y quimioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lionetti R, De Luca M, Travaglino A, Raffone A, Insabato L, Saccone G, et al. Treatments and overall survival in patients with Krukenberg tumor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2019;300(1):15–23. doi:10.1007/s00404-019-05167-z
2. Zamudio JL, Leonher Ruezga KL, Leoner Soto JC. Tumor de Krukenberg: primario en colon y bilateral en ovario. Reporte de caso. *Cirujano General*. 2014 Jul;36(3).

TUMOR NEUROENDOCRINO EN SUBMUCOSA RECTAL: HALLAZGO INCIDENTAL EN UN PACIENTE JOVEN

Valdés, DH¹; Lillo, CE¹; Garrido, BK¹; Garrido, VL¹; Hernández, CE².

1. Interno de medicina, Universidad Mayor, Temuco, Chile.
2. Cirugía general, Hospital de Lautaro, Lautaro, Chile.

Palabras claves: tumor neuroendocrino, cáncer de recto, neoplasia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias malignas heterogéneas, con predilección gastroenteropancreática (GEP) y broncopulmonar (1). En recto, la clínica se asocia a cambios en hábitos intestinales, dolor abdominal, dolor anal y rectorragia (1). La edad media de presentación es entre 55 y 60 años (2). El diagnóstico suele ser incidental, mediante imágenes o alteración de pruebas de laboratorio, principalmente anemia (1). Los TNE macroscópicamente son polipoideos, pequeños, de aspecto uniforme y coloración beige (2). El diagnóstico definitivo es histológico. Hay varias opciones disponibles para el tratamiento curativo y paliativo de los TNE (3).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta caso clínico, previo consentimiento informado, de paciente masculino de 41 años sin antecedentes mórbidos, a quien se le solicitó exámenes preoperatorios previo a una hernioplastia, en los cuales destacó hemoglobina en 8 gr/dL, por lo que se solicitó estudio adicional. La prueba de sangre oculta en deposiciones dio positivo. Se realizó colonoscopia (anexo 1), identificando en recto inferior pólipo semipediculado de 30 mm, duro y no adherido a plano profundo. La biopsia informó mucosa de intestino grueso con cambios inflamatorios de tipo reactivo. Fue evaluado por coloproctología, indicando nueva colonoscopia con resección completa. La biopsia (anexo 2) informó lesión submucosa con TNE grado 1, mitosis por CAM y KI-67: <3%, sinaptofisina positivo, cromogranina A negativo (CgA), realizando diagnóstico de cáncer de recto neuroendocrino. Fue evaluado por comité oncológico, sugiriendo resonancia magnética para etapificación y control endoscópico cada 6 meses.

DISCUSIÓN

Los TNE rectales son infrecuentes, más aún en un paciente de 41 años sin antecedentes mórbidos. La CgA y la sinaptofisina son necesarias para la confirmación diagnóstica, estando la CgA negativa en este caso. Nuestro paciente tuvo una presentación atípica, más joven de lo descrito en la literatura, sin antecedentes mórbidos y sin síntomas gastrointestinales asociados, siendo un hallazgo incidental en pruebas preoperatorias.

CONCLUSIÓN

La presentación de los TNE debe ser un diagnóstico diferencial a tener en cuenta. La evolución y pronóstico dependerá del grado de la lesión, siendo el seguimiento periódico la conducta de elección en este caso. Afortunadamente se logró diagnosticar a tiempo, logrando resección endoscópica de la lesión, sin recidivas hasta la fecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

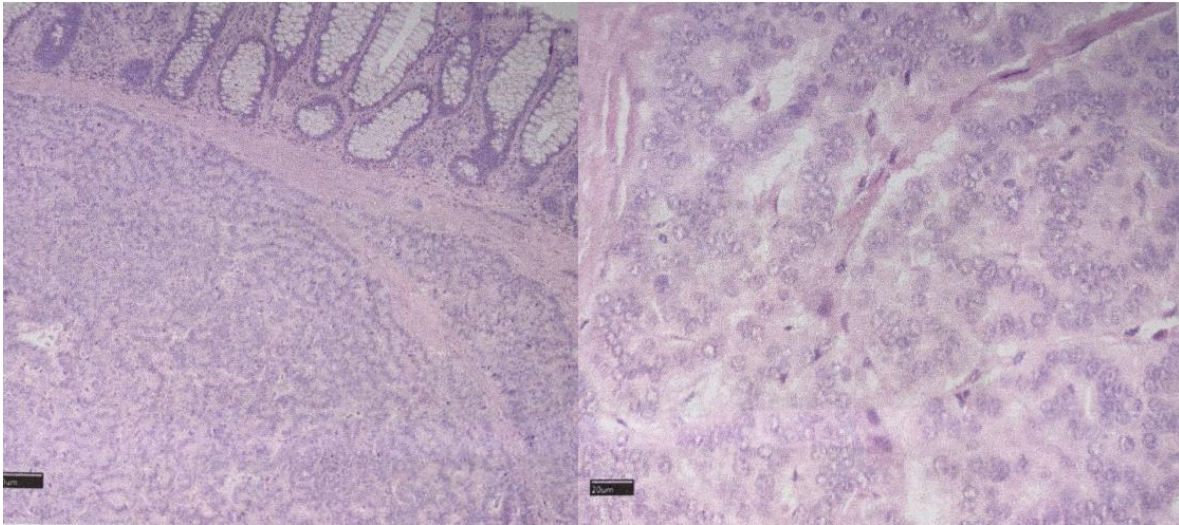
1. Cives M, Strosberg JR. Tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018;68(6):471–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21493>
2. Volante M, Grillo F, Massa F, Maletta F, Mastracci L, Campora M, et al. Neoplasias neuroendocrinas del apéndice, colon y recto. Patológica [Internet]. 2021;113(1):19–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32074/1591-951x-230>
3. Ahmed, M. (2020). Tumores neuroendocrinos gastrointestinales en 2020. Revista mundial de oncología gastrointestinal , 12 (8), 791–807. <https://doi.org/10.4251/wjgo.v12.i8.791>

Anexo 1.



COLONOSCOPÍA: Se evidencia en recto inferior pólipo de 0-30 mm, duro, no adherido a plano profundo, con leve depresión central. Se realiza resección completa con asa caliente y se instalan endoclips profilácticos.

Anexo 2.



ANATOMÍA PATOLÓGICA: se evidencia mucosa de tipo intestino grueso infiltrada por proliferación de carácter neoplásico, de tipo epitelial. A. Proliferación epitelial con extenso componente submucoso. B. Células tumorales con patrón acinar, de núcleos ovalados y cromatina vesiculosa.

UNA INFRECUENTE MANIFESTACIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A UNA PATOLOGÍA DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA: FEOCROMOCITOMA

García, AM; Vukasovic, NC; Muñoz, SB; Retamal, SI; Salman, J; Montoya, L³

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

2. Urólogo, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

3. Dermatóloga, Hospital Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

Palabras claves: Feocromocitoma, Neurofibromatosis, HTA secundaria

INTRODUCCIÓN

La neurofibromatosis es una enfermedad autosómica dominante con una incidencia de 1 en 3000 nacidos, las variantes más comunes son el tipo 1 y 2. La neurofibromatosis tipo 1 se caracteriza por lesiones cutáneas tipo manchas café con leche, efélides en la zona axilar e inguinal, neurofibromas y otras manifestaciones en el sistema nervioso, huesos y sistema endocrino. Se pueden presentar diferentes mutaciones genéticas, por lo que se puede asociar a feocromocitoma, tumor suprarrenal secretor de catecolaminas con una incidencia entre 1-2 casos cada 100.000 habitantes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años diagnosticada de Hipertensión Arterial hace 1 año, con buena adherencia a tratamiento. Presenta múltiples consultas en el Servicio de Urgencia por cefalea holocraneana asociada a hipertensión, con dos episodios de crisis hipertensivas. Por hipertensión resistente se decide hospitalización para manejo y estudio.

A la anamnesis relata historia familiar de manchas café con leche e hipertensión arterial. Al examen físico destaca neurofibromas, manchas café con leche y signo de Crowe. Se inicia estudio con resultado de electrolitos plasmáticos normales y metanefrinas en orina de 24 horas elevadas.

Se realiza resonancia nuclear magnética de abdomen que muestra masa hipervasculada suprarrenal derecha con características de un feocromocitoma y se inicia manejo médico con alfabloqueo y posterior betabloqueo. A pesar de terapia médica se mantiene hipertensa, taquicárdica y refiere sudoración con palpitaciones. Se planifica resolución quirúrgica con una suprarrenalectomía derecha abierta. Se realiza cirugía sin incidentes, pero en el post operatorio la paciente requiere uso de drogas vasoactivas. Luego evoluciona de forma favorable, sin mayores inconvenientes.

CONCLUSIÓN

Frente a un paciente con neurofibromatosis e hipertensión arterial debemos considerar dentro de los diagnósticos al feocromocitoma, ya que hay una asociación

en un 0.1 a 5.7% entre ambas patologías, debido a que presenta alta morbilidad y requiere resolución quirúrgica con seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Petr EJ, Else T. Pheochromocytoma and Paraganglioma in Neurofibromatosis type 1: frequent surgeries and cardiovascular crises indicate the need for screening. *Clin Diabetes Endocrinol.* 2018 Jun 22;4:15. doi: 10.1186/s40842-018-0065-4. PMID: 29977594; PMCID: PMC6013983.
2. Guijarro de Armas MG, Pavón I, Díaz P, Civantos S, Durán M. Feocromocitoma adrenal y neurofibromatosis tipo 1. *SEMERGEN Medicina Fam [Internet].* Octubre de 2010 [consultado el 11 de septiembre de 2023];36(8):480-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.01.022>

USO DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA COMO SALVATAJE EN SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA GRAVE TRAS TRAUMATISMO TORÁCICO CONTUSO, CASO CLÍNICO

Ruiz, B¹; Saldivia, D²; Schaub, A²; Madrid, P²; Pérez, A²; González, R³.

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
3. Cirujano Cardiorácico, Centro Cardiovascular, Hospital Clínico Regional de Concepción “Dr. Guillermo Grant Benavente”, Docente Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Palabras claves: ECMO, Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda, Traumatismo.

Introducción

El traumatismo torácico (TT) contuso es cada vez más frecuente en nuestro país, adquiriendo especial relevancia en politraumatizados¹. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) es un relevante contribuyente a la morbilidad y mortalidad en el traumatismo². El uso de oxigenación por membrana extracorpórea como soporte ventilatorio en TT con SDRA grave es excepcional³.

Resultados

Hombre de 48 años, sin antecedentes relevantes, posterior a colisión vehicular de alta energía ingresó con TT grave. Estudio tomográfico evidenció fracturas costales múltiples bilaterales con desplazamiento leve, fractura del manubrio esternal no desplazada, ocupación pleural derecha y pericárdica leve. Se instaló pleurotomía derecha, con débito inicial de 1.100 cc de sangre y se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en otro hospital regional. Evolucionó con insuficiencia respiratoria requiriendo intubación y conexión a ventilación mecánica (VM). Previa conexión a ECMO presentó los parámetros ventilatorios: volumen corriente 380 mL, *compliance* 23 mL/cmH₂O, PEEP 10 cmH₂O, frecuencia ventilatoria de 32 por minuto, paO₂ 53,4 mmHg, paCO₂ 46,1 mmHg, índice de oxigenación 33, fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) 80%; paO₂/FIO₂ de 66 y score de Murray de 3. Por insuficiencia respiratoria catastrófica, se discutió en comisión ECMO-Ministerio de Salud, decidiéndose conexión a ECMO de transporte interhospitalario veno-venoso y traslado a nuestro hospital. La tomografía de control evidenció extensos focos de contusión pulmonar bilateral con imágenes sugerentes de áreas de infarto pulmonar izquierdo. Evolucionó con mejoría gasométrica, ventilatoria y hemodinámica, sin requerimientos de oxígeno al décimo día y desconexión al doceavo día. No presentó complicaciones hemorrágicas ni trombóticas durante

ECMO. Se obtuvo consentimiento informado para la confección del presente caso clínico.

Conclusión

El soporte con ECMO puede ser considerado como una alternativa en caso de insuficiencia respiratoria catastrófica, pese a optimización de parámetros de ventilación mecánica. Es un soporte complejo, de alto costo y se realiza en pacientes de alto riesgo. La utilización de este recurso requiere de personal capacitado. Su uso debe ser altamente selectivo, constituyendo una valiosa herramienta de soporte en algunos pacientes con SDRA grave secundario a TT.

Referencias

1. González L. R, Riquelme U. A, Toloza A. C, Reyes M. R, Seguel S. E, Stockins L. A, et al. Traumatismo torácico contuso. *Rev Chil Enferm Respir.* Junio de 2019;35(2):96–103.
2. Calderón J, Carvajal C, Giraldo N, Pacheco C, Gómez C, Gallego D, et al. Mortalidad y factores asociados en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria agudo (SDRA) en un hospital universitario. *Acta Med Colomb.* Octubre de 2015;40(4):305–9.
3. Wang, C., Zhang, L., Qin, T. et al. Extracorporeal membrane oxygenation in trauma patients: a systematic review. *World J Emerg Surg.* Septiembre de 2020; 15:51.

HAMARTOMA SEROMUCINOSO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMOR NASAL

Contreras, V 1 ; Rudolph, T 1 ; Contreras, M 2 .

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Temuco.
2. Otorrinolaringólogo, Clínica Alemana, Temuco.

Palabras clave: Hamartoma, papiloma invertido, obstrucción nasal.

INTRODUCCIÓN:

La nariz y los senos paranasales pueden alojar diversos tipos de lesiones entre las que se encuentran los tumores benignos y malignos. Entre ellos se encuentran los hamartomas nasales, con el subtipo seromucinoso, que corresponden a lesiones benignas de tipo epitelial, con epidemiología desconocida dada su baja frecuencia. Es importante su correcto diagnóstico diferencial con lesiones como el papiloma invertido y adenocarcinoma.

CASO CLÍNICO:

Paciente masculino de 46 años con antecedentes de alergia respiratoria en tratamiento, consulta por obstrucción nasal de la fosa nasal izquierda de larga data, se realiza tomografía computarizada de cavidades perinasales que muestra velamiento etmoidofrontal bilateral y masa polipoidea que obstruye completamente la coana de la fosa nasal izquierda. Se maneja con antibioticoterapia y corticoides inhalatorios, posteriormente se realiza endoscopia nasal que muestra masa polipoidea dependiente del tabique nasal que ocupa la coana izquierda. Se realiza biopsia que informa hamartoma seromucinoso. Posteriormente se realiza resección completa por cirugía endoscópica. En controles posteriores sin recidiva.

CONCLUSIÓN:

El hamartoma seromucinoso es una forma rara de tumor nasal, suelen tener un curso benigno y un crecimiento autolimitado. Su localización más frecuente es el tabique nasal. Suelen presentarse en varones, edad promedio a los 60 años, como cuadros de obstrucción nasal, epistaxis o como hallazgo incidental en imagenología. Por su forma de presentación en su diagnóstico diferencial se debe incluir el papiloma invertido y adenocarcinoma. Estas lesiones se manejan con escisión quirúrgica y solo en pocos casos se han reportado recurrencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gayo NG, Mañez ID, Sala CR, Varela LA, Serra MF, Cadena PA. Hamartomas nasales adenomatoides respiratorios. Reporte de cuatro casos. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello. 2023 Mar 31;52(2):77–80. doi:<https://doi.org/10.37076/acorl.v51i1.617>

2. Khan RA, Chernock RD, Lewis JS. Seromucinous Hamartoma of the nasal cavity: A report of two cases and review of the literature. *Head and Neck Pathology*. 2011;5(3):241–7. doi:10.1007/s12105-011-0269-8
3. Fleming KE, Perez-Ordoñez B, Nasser JG, Psooy B, Bullock MJ. Sinonasal seromucinous Hamartoma: A review of the literature and a case report with focal myoepithelial cells. *Head and Neck Pathology*. 2012;6(3):395–9. doi:10.1007/s12105-012-0339-6