



Universidad de
los Andes

IV JORNADA CIENTÍFICA ONLINE DE TRABAJOS Y CASOS CLÍNICOS

19 de Agosto del 2023
LIBRO RESUMEN



Tabla de contenido

TABLA DE CONTENIDO	2
PREÁMBULO	5
COMITÉ EVALUADOR	6
REVISORES	6
CERTIFICADO LIBRO RESUMEN	7
SE CERTIFICA QUE EL PRESENTE LIBRO RESUMEN DE LA IV JORNADA CIENTÍFICA ONLINE DE TRABAJOS Y CASOS CLÍNICOS, REALIZADA EL 19 DE AGOSTO DEL 2023, SE ENCUENTRA SÓLO EN FORMATO ONLINE, EL CUÁL PUEDE SER VERIFICADO EN LA PÁGINA: WWW.ACEMUANDES.COM.	7
TRABAJOS LIBRES	8
SÍNDROME HEPATOPULMONAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.	9
SÍNDROME PFAPA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FIEBRE PERIÓDICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO	11
INCONTINENCIA PIGMENTI, UNA PATOLOGÍA HEREDITARIA INFRECUENTE CON GRAVES COMPLICACIONES ASOCIADAS: REPORTE DE UN CASO	13
TUNGIASIS PROFUSA EN VIAJERO, UNA PARASITOSIS INFRECUENTE EN CHILE QUE SE DEBE CONOCER: REPORTE DE UN CASO	15
DÉFICIT CONGÉNITO DE LOS CARTÍLAGOS ALARES: UN HALLAZGO INTRAOPERATORIO INFRECUENTE: REPORTE DE UN CASO.	16
ABSCESO PULMONAR Y NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PACIENTE OLIGOSINTOMÁTICA SANA. REPORTE DE UN CASO	18
HIPOCALCEMIA SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE HIPOPARATIROIDISMO AUTOINMUNE, REPORTE DE UN CASO.	20
SÍNDROME DE EVANS FISHER: TROMBOCITOPENIA Y ANEMIA HEMOLÍTICA EN ADULTO MAYOR. REPORTE DE UN CASO.	22
MIOCARDITIS LÚPICA EN PACIENTE CON LES DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO	24
NEVO COROIDEO, UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO EN QUE SE DEBE DESCARTAR MELANOMA: REPORTE DE CASO	26
INSERCIÓN VELAMENTOSA DEL CORDÓN UMBILICAL: IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ. REPORTE DE UN CASO.	28
COMPRESIÓN RADICULAR L5 POR HERNIA DISCAL LUMBAR MULTINIVEL CON RESOLUCIÓN FULL ENDOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO.	30
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO.	32
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN DE ETIOLOGÍA BENIGNA EN SITIO DISTAL A ANASTOMOSIS ENTERO-ENTERAL EN EL ADULTO: REPORTE DE CASO.	34
ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI) COMO MANIFESTACIÓN PRINCIPAL DE UN SÍNDROME ANTISINTETASA, A PROPÓSITO DE UN CASO	36
CEFALEA ICTAL Y DÉFICIT NEUROLÓGICO TRANSITORIO CON PLEOCITOSIS LINFOCITARIA EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (H_{ANDL}), REPORTE DE UN CASO.	38
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EN PACIENTE JOVEN SANO: A PROPÓSITO DE UN CASO	40
INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA Y COMPLICACIÓN POR NEUMONÍA CAVITADA: REPORTE DE CASO	42



ACEM
UANDES

**INDICACIÓN DE FILTRO DE VENA
CAVA INFERIOR EN ENFERMEDAD
TROMBOEMBÓLICA, REPORTE DE UN
CASO..... 44**
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SIN



Universidad de
los Andes

SUPRADESNIVEL DEL ST EN PACIENTE CON CONSUMO DE COCAÍNA: REPORTE DE UN CASO	46
SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA: REPORTE DE UN CASO.....	48
DEBUT DE RIESGO VITAL EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: REPORTE DE UN CASO	50
MIOCARDITIS EN PACIENTE JOVEN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	52
TEST DE VIH FALSO POSITIVO RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO	54
UN FANTASMA DEL PASADO. SOSPECHA DE SÍNDROME DE LUTEMBACHER EN PACIENTE CON VASOESPASMO CORONARIO. REPORTE DE UN CASO.....	56
MILFOSIS POR ALOPECIA AREATA: REPORTE DE UN CASO.....	58
LLUVIA EMBÓLICA SECUNDARIA A NEOPLASIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	59
NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PACIENTE ASMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	61
RESOLUCIÓN DE GRANULOMA UMBILICAL CON SAL COMÚN: REPORTE DE UN CASO.....	63
MANEJO ÓPTIMO DE PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA FISHER IV NO SECUELADO, A PROPÓSITO DE UN CASO	64
HIPOACUSIA AUTOINMUNE, UNA RARA CAUSA DE PÉRDIDA AUDITIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO	66
COLECISTITIS ALITIÁSICA EN PACIENTE CURSANDO SHOCK HEMORRÁGICO POR SOBRE ANTICOAGULACIÓN, REPORTE DE CASO.....	70
HALLAZGO DE GLIOMA TRAS PRIMOCONVULSIÓN FEBRIL, LA RELEVANCIA DE LA NEUROIMAGEN: REPORTE DE UN CASO	72
“PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE CON UROPTIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO”	74
NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA INMUNOSUPRIMIDA POR QUIMIOTERAPIA, REPORTE DE UN CASO.....	76
MANEJO DE OSTEOMIELITIS SUBAGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.....	78
HALLAZGOS EN DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN: PIELERMA GANGRENOSO. REPORTE DE UN CASO.....	80
IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN PACIENTE VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO	82
OFTALMOPATÍA TIROIDEA UNILATERAL SEVERA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE TIROTOXICOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	84
DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO DESCOMPENSADO ASOCIADO A HIPOTIROIDISMO SEVERO: REPORTE DE CASO	86
“TURF TOE”: REPORTE DE UN CASO	87
INFARTO DE LA PICA POR DISECCIÓN VERTEBRAL BILATERAL, REPORTE DE UN CASO.....	88
SOSPECHA DE EXPOSICIÓN A SUPERWARFARINAS EN PACIENTE CON COAGULOPATIA DE CAUSA NO IDENTIFICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO	90
RELEVANCIA DE LA HIPERTENSIÓN MALIGNA EN POBLACIÓN INMIGRANTE - A PROPÓSITO DE UN CASO.....	92
HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA TRAS EXTUBACIÓN OROTRAQUEAL: REPORTE DE UN CASO.....	94
SÍNDROME DE LA ORINA MORADA, A PROPÓSITO DE UN CASO	96
DE EXANTEMA A PÚRPURA: REPORTE DE CASO PEDIÁTRICO DE PRESENTACIÓN PROGRESIVA DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH.....	98
SÍNDROME DE CHILAITIDI: REPORTE DE UN CASO	100
SEPSIS POSTERIOR A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, COMPLICADA CON ABSCESOS MÚLTIPLES Y OOFORRECTOMÍA UNILATERAL: REPORTE DE UN CASO.....	101
RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA COMO FORMA TARDÍA DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE UN CASO.....	103
INFARTO ÓSEO DE FÉMUR DISTAL EN ADOLESCENTE CON APLASIA MEDULAR SEVERA: REPORTE DE UN CASO.....	104
MANEJO CURATIVO DEL CÁNCER COLORRECTAL CON METÁSTASIS HEPÁTICAS: REPORTE DE UN CASO.....	106



ACEM
UANDES

ESTUDIO DE TOS CRÓNICA EN LACTANTES A PROPÓSITO DE UN CASO 108
HERPES ZOSTER EN PACIENTE PEDIÁTRICO, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 110



Universidad de
los Andes

TUMOR CEREBELOSO VERMIANO CON PRESENTACIÓN DE CEFALEA CON RED FLAGS, LA IMPORTANCIA DE LA NEUROIMAGEN: REPORTE DE UN CASO 112

MIOCARDITIS AGUDA POST REFUERZO VACUNA MODERNA (mRNA-1273): A PROPÓSITO DE UN CASO 114

ENFRENTAMIENTO DE LA ANEMIA SEVERA EN PACIENTE CON MIOMA UTERINO. REPORTE DE CASO 115

VASCULITIS ANCA: A PROPÓSITO DE UN CASO 116

ICTERICIA DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO. 118

FISIODESIS PRECOZ CON TÉCNICA DE CRECIMIENTO GUIADO POR TORNILLOS Y SUTURAS IRREABSORBIBLES EN AMC REFRACTARIA A TRATAMIENTO ORTOPÉDICO: REPORTE DE CASO. 120

ESTUDIO DE TROMBOFILIAS EN PACIENTE CON EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS Y HEMORRÁGICOS A REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO..... 122

DIVERTÍCULO DE MECKEL EN CONTEXTO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 124

MIELOMA MÚLTIPLE: LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. REPORTE DE UN CASO..... 125



Preámbulo

Con el objetivo de fomentar la investigación académica en el pregrado, y la generación de un espacio de difusión y discusión de experiencias en el desarrollo de publicaciones científicas, la Academia Científica de la Universidad de los Andes, ACEM UANDES, organizó la Cuarta Jornada Científica Online de Trabajos y Casos Clínicos, la que se llevó a cabo el día sábado 19 de agosto del 2023, vía Online.

En esta ocasión se presentaron 10 trabajos en formato de presentación oral, y 64 trabajos en formato de poster digital, los cuales se abarcaron temáticas relacionadas a los ámbitos de la Cirugía y especialidades derivadas; Medicina interna y especialidades derivadas; Traumatología; Urología; Ginecología y Obstetricia; Pediatría y especialidades derivadas: Neurología; Oftalmología; Otorrinolaringología; Psiquiatría; Dermatología, entre otros, constituyendo una instancia de aprendizaje y desarrollo científico.

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



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

Sebastián González Passi
Director de jornada
ACEM UANDES
Estudiante Medicina UANDES

Nicolás Merino Castillo
Presidente
ACEM UANDES
Interno Medicina UANDES



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:

- Dra. Paula Aedo Rojas: Médica internista, becada de hematología
- Dr. Jeison Peñuelas Arredondo: Médico especialista en cirugía, becado de cirugía vascular
- Dr. Martín Gatica Correa: Médico cirujano, becado de medicina interna
- Dra. Nicole Rogers Castillo: Médica especialista en neurología

Revisores

Todos los *abstracts* enviados fueron revisados por al menos dos correctores independientes con doble ciego, quienes se basaron en las guías CARE, SCARE y ARRIVE para otorgar un puntaje a cada resumen, según el cual se seleccionaba o descartaba para ser presentado el día de las Jornadas. Este equipo revisor estuvo conformado por alumnos de tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo año de Medicina de la Universidad de los Andes, estando cada trabajo evaluado por al menos un alumno de pregrado y un interno de medicina.

Agradecemos de manera especial a Sebastián Eduardo González Passa, Valeria Cardona Tapias, Javiera Andrea Campos Quezada, Valentina Soledad Errazuriz Muñoz, Cristóbal Riquenne Nuñez, Javiera Paz Carrillo Barrientos, Benjamín Germain Cuevas, Camila Gaete Pring, José Agustín Conejeros Peña, Trinidad Sainard Villegas, Constanza Ortuzar Lyon, Leonardo Giobatta Parodi Ríos, Isidora Marquéz C., María Ignacia Velasco, Isidora Paz Arévalo Alamo, Carolina Zamora Englander, Macarena Fritz Villanueva, Helene Marie Franco Cancino, María De Los Ángeles Jara, Eithan Goldbaum Roizen, Javiera Andrea Lizana Martínez, Carolina Seminario, Naomí Scarlett Aparicio León, Juan Luis Equiguren Zalaquett, Dania Blanche Puskio, María Trinidad Orellana Valenzuela, Tamara Belén Ortiz Fuentes, Rosario Andrea Alarcón Pavez, Andrea Schwenger Jeria, Natalia Starocelsky Blanco, Catalina Selman Álvarez, Francisca Paz Lillo Abusada, Claudia Lobos Gana, Catalina Fernanda Sepúlveda Olivares, Antonia Belén Muñoz Ractequi, Magdalena Sofía Dooner Sepúlveda, Clara Trochierh, Sofía Ignacia Oelkers Vidal, Sofía Vargas Baeza, Isidora Wainer Martínez, María Gracia Doberti, Susana Monserrat Jara Burgos, Ignacia Uriarte Tirado, Antonia Ithurbisquy Torrealba, Francisco Javier Goffard Bahamonde, Catalina Montserrat Sepulveda Cariaga, Ignacio Andres Zaninovic Abogabir, Sofía Holmogren Bravo, Jose Antonio Pascual Eolinton, Cristóbal Ignacio Villalón Parra, Beatriz Anguita Vial, Diego Andrés Isa Sáez, Javier Ignacio Veloso Montalva, Santiago Tessada Yévenes, Camila Rivera Cienfuegos, Sebastián Andrés Castillo Benítez, Rosario Beatriz Illanes Corvalán, José Pedro Aldav Vidal, Eduardo Novoa Bulnes, Francisca Ignacia Órdenes Godoy, Martín Cleary Guerrini, por su insustituible y profesional ayuda con la evaluación de los *abstracts*.

Certificado Libro Resumen

Se certifica que el presente Libro Resumen de la IV JORNADA CIENTÍFICA ONLINE DE TRABAJOS Y CASOS CLÍNICOS, realizada el 19 de agosto del 2023, se encuentra sólo en formato online, el cuál puede ser verificado en la página: www.acemuandes.com.



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



Sebastián González Passi
Director de jornada
ACEM UANDES
Estudiante Medicina UANDES

Nicolás Merino Castillo
Presidente
ACEM UANDES
Interno Medicina UANDES





Universidad de
los Andes

Trabajos Libres



SÍNDROME HEPATOPULMONAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

González, MJ¹; Kunze, CM¹; Márquez, IP²; Féres, E³.

- 1. Internas 7mo año, Universidad de los Andes, Chile.**
- 2. Alumna 5to año, Universidad de los Andes, Chile.**
- 3. Médico Broncopulmonar, Clínica Dávila, Chile.**

Autor corresponsal: Josefina Gonzalez Busse; mail: mjgonzalez24@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: Daño hepático crónico, Síndrome Hepatopulmonar, shunt, reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

El daño hepático crónico y la hipertensión portal (HTP) tienen diversas complicaciones. Dentro de estas existen dos entidades broncopulmonares: la hipertensión portopulmonar y el síndrome hepatopulmonar. Este último, tiene una prevalencia entre 4 a 44% dependiendo de los criterios diagnósticos y métodos utilizados. En el SHP la vasodilatación pulmonar, produce un shunt y, por consiguiente, una insuficiencia respiratoria con gradiente alveolo-arterial elevado. El ecocardiograma con test de burbujas permite desenmascarar el shunt extra cardíaco y evaluar la presencia concomitante de HTP. El paciente con SHP debe ser evaluado oportunamente para trasplante hepático ya que sin él, la mortalidad llega hasta un 78%(1)(2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años con antecedentes de HPA y hepatitis autoinmune, en tratamiento con Azatiopina 50 mg. Consulta al Servicio de Urgencia por un cuadro de dos semanas de compromiso del estado general y disnea que progresó hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Al examen físico se encuentra vigil, hemodinámicamente estable, afebril, saturando 78% a FiO₂ ambiental, cianótica, sin apremio ventilatorio. Destacaba una insuficiencia respiratoria global que característicamente no tuvo respuesta a oxígeno alto flujo por mascarilla de no reinhalación. Se constató un gradiente Alveolo-arterial aumentado. Al descartar otras causas de insuficiencia respiratoria mediante laboratorio e imágenes, se realiza ecocardiograma con test de burbujas que muestra llegada de burbujas a aurícula izquierda luego de 6-8 latidos, compatible con un shunt extra cardíaco. El sondeo de cámaras derechas evidencia presión de la arteria pulmonar y resistencias vasculares pulmonares normales, y muestra una disfunción aislada del ventrículo derecho. Hallazgos congruentes con Síndrome Hepatopulmonar, por lo que se ingresa al listado Nacional de trasplante hepático.

CONCLUSIÓN

El Síndrome Hepatopulmonar es una entidad desafiante debido a su baja prevalencia. Es importante descartar previamente otras causas más frecuentes de insuficiencia respiratoria en contexto de un DHC, tales como atelectasias, neumonías o congestión pulmonar. Los exámenes que permiten hacer el diagnóstico definitivo incluyen la ecocardiografía y el sondeo de cámara derecha para diferenciarlo de la hipertensión portopulmonar.

REFERENCIAS

1. Cuadrado A, Díaz A, Iruzubieta P, Salcines JR, Crespo J. Síndrome hepatopulmonar. Gastroenterol Hepatol. 1 de junio de 2015;38(6):398–408.
2. Zagolín B M, Medel F JN, Valera M J. Síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar: Dos entidades a diferenciar. Rev Chil Enferm Respir [Internet]. 2008 [citado el 1 de agosto de 2023]; 24(4):291–303. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482008000400004
3. Palma E., Wenk C., Oyarzún H., Síndrome hepatopulmonar: poco común, pero mortal. Revista Gastroenterológica latinoamericana 2016; vol 27, N°2: 114 -118.



SÍNDROME PFAPA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FIEBRE PERIÓDICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO

Rodríguez, MV¹; Jiménez, SP¹; Kalaesis, NPS¹; Campos, JA²; Cardona, V²; Chovar, CP²; Beltrán, MC³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
3. Otorrinolaringóloga, Departamento Otorrinolaringología Clínica Universidad de los Andes, Chile.

Autor corresponsal: María Victoria Rodríguez Cossini; mail: mvrodriguez1@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Fiebre periódica, faringitis, amigdalectomía, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenopatía cervical (PFAPA) es una rara enfermedad descrita por primera vez en 1987. Suele presentarse antes de los 5 años, con episodios de 3 a 6 días que recurren cada 3 a 8 semanas, con períodos intercrisis asintomáticos⁽¹⁾. Actualmente su diagnóstico se basa en la clínica. El tratamiento con corticoides orales ha obtenido buenos resultados, no obstante, acorta los tiempos de recurrencia⁽²⁾. La amigdalectomía ha demostrado ser exitosa como tratamiento definitivo^{(2),(3)}. El objetivo de este trabajo es reportar el caso de un paciente con síndrome PFAPA.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 6 años sano, sin antecedentes familiares. Desde el año de vida presenta episodios de fiebre alta hasta 39°C, amigdalitis y adenopatías submaxilares, sin aftas, en contexto de infecciones respiratorias altas. Al laboratorio presenta elevación de PCR y VHS, pero hemograma, panel respiratorio por PCR y niveles de IgG normales. Las pruebas para estreptococo resultan negativas. Los episodios se repiten cada tres meses con períodos intercrisis asintomáticos. El paciente responde favorablemente a corticoides orales y tratamiento sintomático en cada ocasión, diagnosticándose síndrome PFAPA. Consulta a otorrinolaringología el año 2023 debido a la recurrencia de los episodios. Al examen físico, sin hallazgos patológicos. Se decide realizar una adenoamigdalectomía en Abril de 2023. La evolución postoperatoria es favorable, y el paciente permanece asintomático hasta la fecha.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

El síndrome PFAPA debe ser parte del diagnóstico diferencial de síndrome febril recurrente en la edad pediátrica. Como se aprecia en este caso y, tal como se revisó en la literatura, el tratamiento quirúrgico definitivo es una opción a considerar en conjunto al paciente y su familia, ya que, a pesar de la tendencia del síndrome a resolver espontáneamente, genera un gran impacto en la calidad de vida⁽³⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vanoni F, Theodoropoulou K, Hofer M. PFAPA syndrome: a review on treatment and outcome. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016 Jun 27;14(1):38. doi: 10.1186/s12969-016-0101-9. PMID: 27349388; PMCID: PMC4924332.
2. Licameli G, Lawton M, Kenna M, Dedeoglu F. Long-term surgical outcomes of adenotonsillectomy for PFAPA syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012 Oct;138(10):902-6. doi: 10.1001/2013.jamaoto.313. PMID: 23069819.
3. Wang A, Manthiram K, Dedeoglu F, Licameli GR. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis (PFAPA) syndrome: A review. *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2021 Jun 27;7(3):166-173. doi: 10.1016/j.wjorl.2021.05.004. PMID: 34430824; PMCID: PMC8356195.



INCONTINENCIA PIGMENTI, UNA PATOLOGÍA HEREDITARIA INFRECUENTE CON GRAVES COMPLICACIONES ASOCIADAS: REPORTE DE UN CASO

Jadue, AB¹; Alzérreca, BI¹; Gorziglia, MJ¹; Goldbaum, E²; Kaufmann, SR¹; Fajre, X³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Departamento de Dermatología, Hospital Padre Hurtado

Autor corresponsal: Antonia Belén Jadue Fajre; mail: abjadue@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Incontinencia pigmenti, Síndrome de Bloch-Sulzberger, Genodermatosis, Reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia pigmenti o síndrome de Bloch-Sulzberger es una genodermatosis dominante ligada al cromosoma X que afecta tejidos derivados del neuroectodermo y suele ser letal en hombres antes del nacimiento. Es poco común y se presenta casi exclusivamente en mujeres, con una incidencia aproximada de 1:50.000 RN vivos. Clásicamente, tiene 4 fases de compromiso cutáneo que se superponen, denominadas vesicular, verrucosa, hiperpigmentada y atrófica o hipopigmentada, pero también puede tener un compromiso extracutáneo (1). Es de difícil diagnóstico en el periodo neonatal, debido a sus múltiples diagnósticos diferenciales, como varicela o herpes zoster. Es importante su pesquisa temprana para detectar posibles alteraciones asociadas, como aquellas neurológicas, oculares, dentales (2). A continuación, se presenta el caso de un neonato con lesiones dermatológicas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina recién nacida de término, adecuada para la edad gestacional, parto vaginal. Desde el nacimiento presenta lesiones vesículo-bulosas lineales distribuidas a lo largo de las líneas de Blaschko, en tronco y extremidades. Se encuentra en buenas condiciones generales, afebril, signos vitales sin alteraciones, bien hidratada y perfundida, alimentándose de forma adecuada, sin signos de dolor ni hallazgos cutáneos adicionales. Se solicita evaluación neurológica, oftalmológica y Test de Tzank, que resultan sin hallazgos relevantes. La madre presenta lesiones hipopigmentadas en la zona posterior de ambas piernas, lo que corresponde a una etapa clínica más tardía. La paciente persiste con las lesiones durante semanas y luego evoluciona a lesiones verrucosas, siendo compatible con la historia natural de la enfermedad. Se realiza seguimiento por dermatología, oftalmología y neurología cada 3 meses inicialmente, luego de forma anual. Además se recomienda evaluación odontológica a futuro. Paciente evoluciona favorablemente, con incremento ponderal adecuado, desarrollo psicomotor acorde a la edad y sin evidencia de compromiso sistémico.

DISCUSIÓN

La incontinencia pigmenti es un diagnóstico diferencial importante de lesiones ampollares en el periodo neonatal. La importancia de este caso radica en la sospecha y confirmación diagnóstica precoz, ya que puede ser una patología grave y potencialmente letal, dado que esta entidad puede tener un compromiso tanto cutáneo como extracutáneo significativo. No existe tratamiento etiológico, siendo fundamental el tratamiento de sus manifestaciones (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Matelzonas T, Ruvertoni M, Reyno S, Pinchak MC. Incontinencia pigmenti. Presentación neonatal. A propósito de un caso clínico. *Arch Pediatr Urug*. 2010;81(1):23–9.
2. Moise MD. Incontinencia pigmenti. Post TW, ed. UptoDate. Waltham, MA: UptoDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Consultado en julio 20, 2023.)
3. Enei G, M^a Leonor, Orellana A, Iván Vargas R, Ximena Salazar C, René, & Paschoal, Francisco. (2011). Incontinencia pigmenti en madre e hija: Relato de caso clínico. *Revista chilena de pediatría*, 82(3), 225-230.



TUNGIASIS PROFUSA EN VIAJERO, UNA PARASITOSIS INFRECUENTE EN CHILE QUE SE DEBE CONOCER: REPORTE DE UN CASO

Jadue, AB¹; Alzérreca, BI¹; Gorziglia, MJ¹; Goldbaum, E²; Parodi, LG²; Fajre, X³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Departamento de Dermatología, Hospital Padre Hurtado

Autor corresponsal: Antonia Belén Jadue Fajre; mail: abjadue@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Tungiasis, Tunga penetrans, Ectoparasitosis, Reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

La tungiasis es una ectoparasitosis causada por la penetración cutánea de la pulga hematófaga *Tunga penetrans*, abundante en climas tropicales (1). Se encuentra en suelos arenosos, secos y templados. Su punto de entrada más frecuente es en los pies, en la zona peri y subungueal, presentándose con lesiones pápulo-nodulares de centro negro y halo hiperqueratósico, asociado a dolor y prurito (2). Las posibles complicaciones son el tétanos y la sobreinfección bacteriana. Es infrecuente en Chile, siendo importante conocerla como diagnóstico diferencial de verruga vulgar. A continuación, se presenta el caso de un paciente que consulta por lesiones en ambos pies.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes médicos, con historia de viaje a Brasil hace un mes. Consulta ambulatoriamente a dermatología por lesiones pápulo-nodulares múltiples con halo blanquecino y núcleo central de color café-negruzco en ortos, induradas y dolorosas a la palpación. En la dermatoscopia se observa punto negro excéntrico y halo pardo periférico, lo que sumado al antecedente confirma el diagnóstico clínico de Tungiasis. Se realiza extirpación quirúrgica y se indica manejo con cefadroxilo 500 mg cada 12 horas por 7 días, albendazol 400 mg/día por 3 días, vaselina salicilada 20% con vendaje oclusivo por 24 horas, profilaxis antitetánica y curetaje a las 24 horas, realizándose el diagnóstico histopatológico. Se realiza seguimiento por 3 semanas, evolucionando favorablemente sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

La tungiasis es infrecuente en Chile y el antecedente de viaje a zonas endémicas es de vital importancia, dado que permite sospecharla. Su diagnóstico diferencial más frecuente es la verruga vulgar y la presentación del caso planteado es la forma más habitualmente descrita. La importancia del caso presentado radica en la sospecha precoz y manejo oportuno, lo que evitó las posibles complicaciones, siendo importante también la prevención con uso de calzado en playas tropicales (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Lefebvre M, Capito C, Durant C, Hervier B, Grossi O. Tungiasis: a poorly documented tropical dermatosis. *Med Mal Infect.* 2011;41(9):465–8.
2. Fich F, Del Barrio-Díaz P, Kam S, Celle V, Concha M, Kolbach M, et al. Tungiasis, an emerging tropical disease in Chile: three imported cases reports. *Rev Chilena Infectol.* 2013;30(6):676–9.
3. Tapia E, Oscar, Kam C, Sandra, Naranjo L, Mauricio, & Villaseca H, Miguel. (2011). Tungiasis: una rara ectoparasitosis. Caso clínico. *Revista médica de Chile*, 139(9), 1206-1209.

DÉFICIT CONGÉNITO DE LOS CARTÍLAGOS ALARES, UN HALLAZGO INTRAOPERATORIO INFRECLENTE: REPORTE DE UN CASO.

Alzérreca, BI¹; Jadue, AB¹; Kaufmann, SR¹; Saintard, T²; Pugh, DE¹; Alzérreca, JE³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Otorrinolaringólogo, Clínica Universidad de los Andes.

Autor correspondiente: Benjamín Ignacio Alzérreca Albornoz; mail: bialzerreca@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Cartílagos alares, Malformación congénita, Rinoseptoplastia, Reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas nasales son raras, ocurriendo aproximadamente en 1 en 40.000 recién nacidos, pasando muchas desapercibidas hasta la adultez, en contextos quirúrgicos. El hallazgo intraoperatorio de defectos congénitos del cartílago alar solía atribuirse a traumatismos o cirugías, los cuales son sus principales diagnósticos diferenciales (1,2). Actualmente se sabe que estos defectos ocurren por alteraciones en el desarrollo de las crestas neurales. El cartílago alar es una estructura doble que soporta la punta nasal, evitando el colapso de las válvulas nasales (3). La literatura contiene pocos casos documentados de ausencia congénita no sintomática de un solo componente de los cartílagos nasales. A continuación, se presenta un caso de aplasia congénita del cartílago alar derecho hallado en una rinoseptoplastia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 34 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, sin historia de trauma o rellenos faciales, consulta ambulatoriamente a otorrinolaringología por obstrucción nasal derecha. Al examen físico, se aprecia colapso de válvula nasal interna con zona de scroll mayor a derecha, sin evidencia de malformaciones congénitas. Se realiza una rinoseptoplastia abierta primaria e intraoperatoriamente se evidencia una aplasia total del cartílago alar derecho. Se obtiene cartílago septal para utilizarse como injerto, reconstruyendo el cartílago ausente. A continuación se completa la cirugía con resección de la giba y osteotomías. Se realiza seguimiento a las 2 semanas, evolucionando favorablemente con buen resultado funcional y estético.

CONCLUSIÓN

La malformación de los cartílagos alares representa un hallazgo infrecuente, y su resolución quirúrgica consiste en reemplazar el cartílago alar defectuoso por cartílago septal, pudiendo utilizarse en otros casos cartílago costal o de oreja. La importancia del caso radica en que es necesario tener en cuenta la posibilidad de encontrar estos defectos previo a la cirugía y, ya que su diagnóstico preoperatorio es difícil, es fundamental estar preparado y conocer su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Losee JE, Kirschner RE, Whitaker LA, Bartlett SP. Congenital Nasal Anomalies: A Classification Scheme. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2004 ;113(2):676–89
2. Osorio J, Urrutia A, Suazo A, Cantero, D. Aplasia congénita unilateral del cartílago alar. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2021; 81: 379-382
3. Kosins AM, Daniel RK, Sajjadian A, Helms J. Rhinoplasty: Congenital Deficiencies of the Alar Cartilage. *Aesthetic Surgery Journal*. 2013; 33(6):799–808.



ABSCESO PULMONAR Y NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PACIENTE OLIGOSINTOMÁTICA SANA. REPORTE DE UN CASO

Donoso, R¹, Parra, J², Braun, MJ³, Rojas, C², Martínez, J², Zamora, C³, Carrillo, A⁴

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

² Interno Medicina sexto año, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

³ Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

⁴ Médico Cirujano, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

Autor corresponsal: Rosario Donoso Gatica; mail: rdonoso@miuandes.cl

Palabras clave: neumonía, absceso pulmonar, complicaciones neumonía.

INTRODUCCIÓN:

Dentro de las complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), existe la neumonía necrotizante (NN) y los abscesos pulmonares (AP). Si bien la NAC es un cuadro frecuente, sus complicaciones no suelen formar parte de su evolución. Sin embargo, la prevalencia de estas ha ido en aumento, hasta alcanzar un 23%¹. Los síntomas son similares a los de neumonía no complicada, pero debe sospecharse cuando la evolución clínica y radiológica es desfavorable². El estudio inicial se realiza con radiografía de tórax y TAC de tórax con contraste³. El tratamiento consta de un curso de antibiótico por vía parenteral prolongado, guiado por la evolución clínica y radiológica^{2,4}.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 5 años, sana, consultó por 5 días de fiebre 40°C, odinofagia y tos seca escasa. Al examen presenta faringe congestiva y auscultación pulmonar normal. Al laboratorio, destaca leucocitosis 21.000, trombocitosis, PCR 150 mg/dl y radiografía de tórax con foco de condensación con nivel hidroaéreo en lóbulo pulmonar derecho. Se complementa con TAC de tórax que informó neumonía necrotizante abscedada con derrame pleural paraneumónico leve y hemocultivos negativos. Se inició terapia antibiótica empírica con ceftriaxona y clindamicina, obteniendo buena respuesta. Se realizó búsqueda dirigida de malformaciones congénitas y estudio de inmunosupresión, ambos con resultado negativo.

CONCLUSIÓN:

Las complicaciones de la neumonía en niños se presentan en el 0.8% de las neumonías. La clínica es similar a la neumonía no complicada, donde un 96% de los pacientes presentan fiebre y 84% tos persistente productiva¹. Sin embargo, puede ser oligosintomática y no presentar signología pulmonar cuando esta se encuentra profunda en el parénquima pulmonar. Es por esto que es necesaria una alta sospecha diagnóstica, para un adecuado enfrentamiento y pronóstico favorable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Anselmo. Andrés Martín, Asensio de la Cruz. Óscar, Pérez. Guadalupe. Complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad: derrame pleural, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y pnoneumotórax [Internet]. Aeped.es. 2017 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_complicaciones_neumonia_adquirida_0.pd
2. Kuhajda, Ivan, et al. "Lung Abscess-Etiology, Diagnostic and Treatment Options." *Ann Transl Med*, vol. 3, no. 13, 2015, p. 183, <https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.07.08>. Accessed 2 Aug. 2023.
3. Nombera L. José Antonio, Acuña G. Rossana, Navarro M. Héctor, Caussade L. Solange, Zúñiga R. Sergio, García B. Cristián et al . Doce casos de absceso pulmonar en pediatría: revisión clínica. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2001 Mar [citado 2023 Jul 18] ; 72(2): 128-134. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000200007>.
4. Jain, S., Williams, D. J., Arnold, S. R., Ampofo, K., Bramley, A. M., Reed, C., Finelli, L. (2015). Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Children. *New England Journal of Medicine*, 372(9), 835–845. doi:10.1056/nejmoa1405870



HIPOCALCEMIA SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE HIPOPARATIROIDISMO AUTOINMUNE, REPORTE DE UN CASO

Airola, MG¹; Meyer, JS²; O'Brien, TA¹; Chovar, CP²; Díaz, MV²; Ávila, DE³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Endocrinóloga, Clínica Dávila; Docente de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: María Gracia Airola Silva; mail: mgairola@miuandes.cl

Palabras clave: Hipocalcemia, Hipoparatiroidismo, Parathormona, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La hipocalcemia (calcio sérico <8.5 mg/dl) es un hallazgo frecuente en nuestro medio. Existen múltiples causas, siendo una de estas el hipoparatiroidismo. Su etiología más frecuente es post quirúrgica, debido a compromiso de la vasculatura, daño directo o remoción inadvertida de las paratiroides (1,3). Otras etiologías menos frecuentes son alteraciones genéticas o autoinmunes (1). Esta última se ha asociado a otras patologías autoinmunes, como diabetes mellitus, anemia perniciosa, hipotiroidismo y vitiligo (2).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 54 años, con antecedentes de hipotiroidismo por tiroiditis autoinmune, anemia perniciosa y vitiligo. Estudiada por síndrome de Sjögren (resultados no concluyentes). Sin antecedentes de cirugía tiroidea, paratiroidea ni radioterapia cervical. Acude a servicio de urgencia por cuadro agudo de dificultad respiratoria, parestesias bilaterales ascendentes en extremidades, contracción tónica de manos y disartria transitoria. Al examen físico, no presenta signos de focalidad neurológica. RNM protocolo stroke descarta lesiones agudas. Se inicia estudio donde destaca calcio corregido 6.2 mg/dl, fósforo 4.7 mg/dl, magnesio 1.67 mg/dl, PTH 6.4 pg/ml y 25-hidroxi vitamina D 23.4 ng/ml. Se inicia manejo de hipocalcemia severa con bomba de infusión continua de gluconato de calcio con buena respuesta clínica y de laboratorio. Fue evaluada por endocrinología, ante antecedentes descritos, sospecha hipoparatiroidismo primario de etiología autoinmune. Por evolución favorable, se continúa manejo ambulatorio con Carbonato de Calcio 1 gr cada 6 horas y calcitriol 0.25 mcg al día y seguimiento por especialidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La hipocalcemia por hipoparatiroidismo puede presentarse de manera aguda y severa, por lo que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de patología neurológica aguda. Una identificación precoz y tratamiento oportuno permite prevenir complicaciones como convulsiones o arritmias ventriculares (4). Un 75% de los casos corresponde a contextos post quirúrgicos (4). Sin embargo, en pacientes que no presenten este antecedente, se debe considerar otras etiologías menos frecuentes, como alteraciones genéticas, hipomagnesemia, patologías infiltrativas, autoinmune, entre otros (5). Esta última la debemos sospechar particularmente en pacientes con múltiples patologías de esta índole (como parte de síndrome poliglandular), pero puede presentarse también de manera aislada (2). Para confirmar el diagnóstico, se debe solicitar anticuerpos anti receptor sensor del calcio, pero estos no se encuentran disponibles en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes MP, Kliemann BS, Bini IB, Kulchetscki R, Borsani V, Savi L, et al. Hypoparathyroidism and pseudohypoparathyroidism: etiology, laboratory features and complications. Arch Endocrinol Metab [Internet]. 2016 [citado el 4 de agosto de 2023];60(6):532–6. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/aem/a/kf9fRZjjYhpM7NjByF6VPrD/?lang=en>
2. Bilezikian JP, Khan A, Potts JT Jr, Brandi ML, Clarke BL, Shoback D, et al. Hypoparathyroidism in the adult: Epidemiology, diagnosis, pathophysiology, target-organ involvement, treatment, and challenges for future research. J Bone Miner Res [Internet]. 2011;26(10):2317–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jbmr.483>
3. Hakami Y, Kahn A. Karger Publishers [Internet]. Parathyroid Disorders: Focusing on Unmet Needs; 19 de noviembre de 2018 [consultado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/isbn.978-3-318-06409-4>
4. Shoback DM, Bilezikian JP, Costa AG, Dempster D, Dralle H, Khan AA, et al. Presentation of hypoparathyroidism: Etiologies and clinical features. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2016 [citado el 15 de agosto de 2023];101(6):2300–12. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article/101/6/2300/2804735?login=false>
5. Shoback D. Hypoparathyroidism. N Engl J Med [Internet]. 2008 [citado el 15 de agosto de 2023];359(4):391–403. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18650515/>



SÍNDROME DE EVANS FISHER: TROMBOCITOPENIA Y ANEMIA HEMOLÍTICA EN ADULTO MAYOR. REPORTE DE UN CASO.

Cabello, JS¹; Carstens, JV¹; Kaufmann, SR¹; Errázuriz, V²; Díaz, ML³.

1. Interna de Medicina, Universidad de Los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Universidad de Los Andes.
3. Radióloga, profesora asistente, Centro de Imagenología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Autor corresponsal: Javiera Sofía Cabello Cuellar; jscabello@miuandes.cl

Palabras clave: Trombocitopenia, Anemia Hemolítica Autoinmune, Adulto mayor, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Evans Fischer (SEF) es la asociación entre anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia inmune¹. Corresponde al 0.8-3.7% de trombocitopenias o anemias hemolíticas², siendo extremadamente infrecuente. Se da principalmente en niños, con curso benigno. En la adultez, cursa con exacerbaciones, remisiones, siendo de difícil manejo³. Se manifiesta con palidez, fatigabilidad, ictericia, petequias, equimosis, sangrado mucocutáneo y hepatoesplenomegalia⁴. Este caso muestra el complicado tratamiento que puede tener este síndrome en adultos y las opciones terapéuticas existentes.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 90 años institucionalizada con antecedente de aplasia medular de etiología y tratamientos desconocidos. Hace 3 años fue diagnosticada con SEF, sin evidencia de enfermedad maligna.

Consulta por cuadro de 4 días de fatigabilidad, mareos, episodios de epistaxis y gingivorragia. Presenta equimosis en extremidades, palidez mucocutánea. Se realiza hemograma, evidenciando 2000 plaquetas, hemoglobina de 9 g/dL, macrocitosis y policromasia al frotis, LDH 365. Se hospitaliza para transfusión plaquetaria e inicio de corticoides, inmunoglobulina y Rituximab, alcanza 113000 plaquetas, dándose el alta. En las semanas siguientes, en hemogramas de control, se halla trombocitopenia, llegando hasta 6000 plaquetas, requiriendo múltiples hospitalizaciones, que se manejan con transfusiones plaquetarias, 2 dosis más de Rituximab, inmunoglobulina, corticoides, y se agrega azatioprina como segunda línea inmunosupresora. Ante refractariedad al tratamiento inmunosupresor múltiple, se decide suspender corticoides y azatioprina e iniciar Eltrombopag mientras se espera plazo establecido para lograr respuesta de Rituximab. De no existir mejoría, se considerará esplenectomía.

CONCLUSIÓN

Actualmente, existe poca literatura sobre SEF en adultos. El tratamiento sintomático implica transfusiones en citopenias severas. El definitivo, clásicamente, incluye corticoides e inmunoglobulinas, aunque no demuestran respuestas profundas como en citopenias autoinmunes aisladas¹. Este caso recalca no retrasar el Rituximab, anticuerpo monoclonal que ha mostrado resultados promisorios⁵. La alternativa final, es esplenectomía. Además, deben buscarse causas subyacentes, porque este síndrome puede ser secundario, tópico no abarcado en esta oportunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ontiveros-Austria JL, González-Rodríguez KT, Velázquez-Guevara BA, Valdez-Vargas G, Salas-Mendiola A, Vicencio-Lomelí E. Características clínicas y respuesta al tratamiento en el síndrome de Evans. *Med Int Méx.* 2021; 37 (6): 952-961.
2. Cima-Castañeda MA, Ayala-Lopez PM, Lara-Palacios MI, Abblitt-Luengas SM, Jimenez Baez MV. Síndrome de Fisher-Evans o de Evans. *Rev Hematol Mex.* 2016 abr; 17(2):144-149.
3. Michel M, Chanet V, Chartres A, Morin AS, Piette JC, Cirasino L. The spectrum of Evans syndrome in adults: new insight into disease based on the analysis of 68 cases. *Blood.* 2009; 114 (15): 3167-3172.
4. Silva M, Uribastera A, Fernández L, del Socorro M, Portelles A. Síndrome de Evans Fisher. *Correo Científico Médico.* 2015 sept; 19 (3): 536-541.
5. Kashif M, Qureshi A, Adil SN, Khurshid M. Successful use of Rituximab in Evans syndrome and refractory immune thrombocytopenic purpura. *J Pak Med Assoc.* 2010; 60(1):64-5.



MIOCARDITIS LÚPICA EN PACIENTE CON LES DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO

Autores: Villagrán Godoy Rocío¹; Schwerter Romero Rosario²; Alliende Page Elisa³; Cárdenas Peña Fernanda¹; Godoy Acevedo Arturo²; Blanche Pupkin Dania³

¹Interna de Medicina, séptimo año, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

²Becado de Medicina Interna, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

³Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Autor corresponsal: Rocío Catalina Villagrán Godoy; mail: rcvillagran@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: *miocarditis, lupus eritematoso sistémico, autoinmunidad presentación atípica, reporte de caso*

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una patología autoinmune de afectación multisistémica, y manifestaciones variables, con predominio en el sexo femenino. El compromiso cardíaco se presenta como pericarditis aguda, enfermedad coronaria, valvular o miocarditis, siendo esta última peligrosa, pero a menudo asintomática y cuya patogenia se ha atribuido a factores como autoinmunidad, medicamentos y comorbilidades. La miocarditis lúpica, se presenta en el 3-9% de los pacientes con LES, de forma similar a una miocarditis viral, pero su presentación clínica alcanza un 75% en estudios post mortem (1). Las pruebas cardíacas no invasivas son fundamentales para detectar casos sintomáticos y subclínicos (2,3).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 79 años, con antecedente de LES en tratamiento inmunosupresor con metotrexato. Consulta por dolor torácico opresivo irradiado a mandíbula, asociado a palpitaciones, sin disnea ni síntomas neurovegetativos. Al examen físico, se encuentra una taquiarritmia que convirtió a ritmo sinusal con monodosis de Amiodarona. En el laboratorio, se evidenció una curva de troponinas de 800 - 1.000 ng/ml, proBNP 1.800 mg/L y electrocardiograma en ritmo sinusal sin isquemia evidente. Ingresa como síndrome coronario agudo sin supradesnivel ST, por lo que se realiza coronariografía, sin lesiones significativas. Presenta además, una taquicardia ventricular monomorfa. Por lo anterior, y ante la sospecha de etiología autoinmune, se realiza resonancia nuclear magnética, la que evidencia realce tardío de distribución subepicárdica en segmentos basales, mayor en pared inferolateral, no isquémico, compatible con miocarditis.

DISCUSIÓN

El LES tiene un peak de prevalencia entre los 30 y 50 años, es de predominio femenino (relación 10:1 con respecto al sexo masculino). Aún así, se debe sospechar incluso en pacientes con clínica atípica, ya que su afectación es multisistémica y variada. La miocarditis lúpica, sobre todo en contexto de una presentación atípica de LES, amerita atención urgente por la posible progresión a arritmias, trastornos de la conducción, miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca, por tanto, este caso clínico resulta un beneficio para el conocimiento de presentaciones atípicas y su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zawadowski, G., Klarich, K., Moder, K., Edwards, W., & Cooper, L. (2012). A contemporary case series of lupus myocarditis. *Lupus*, 21(13), 1378–1384. doi:10.1177/0961203312456752
2. Tanwani, J., Tselios, K., Gladman, D. D., Su, J., & Urowitz, M. B. (2018). Lupus myocarditis: a single center experience and a comparative analysis of observational cohort studies. *Lupus*, 27(8), 1296–1302. doi:10.1177/0961203318770018
3. Wijetunga, Mevan, and Stanley Rockson. "Myocarditis in Systemic Lupus Erythematosus." *The American Journal of Medicine*, vol. 113, no. 5, Oct. 2002, pp. 419–423, [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(02\)01223-8](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(02)01223-8). Accessed 8 Nov. 2020.



NEVO COROIDEO, UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO EN QUE SE DEBE DESCARTAR MELANOMA: REPORTE DE CASO

Urrejola, EJM¹; Alzérreca, BI¹; Lecaros, G¹; Torres, IP¹; Anguita, B²; Manzur, FR³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes,
3. Becado de Oftalmología, Fundación Oftalmológica Los Andes.

Autor corresponsal: Eduardo José Manuel Urrejola Irrarrazabal; mail: ejurrejola@miuandes.cl

Palabras clave: Coroides, Melanoma, Nevo coroideo, Reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

El nevo coroideo es un tumor melanocítico benigno bien circunscrito y pigmentado, con una prevalencia de 5% en la población adulta¹. Su diagnóstico suele ser incidental y dependiendo de factores como grosor, pigmentos, margen, drusas y signos ecográficos puede tener mayor riesgo de transformación maligna a melanoma, por lo que debe ser controlado con exámenes oftalmológicos regulares, como tomografía de coherencia óptica y ecografía². Su importancia radica en conocerlo como un diagnóstico diferencial de melanoma y saber descartar malignidad. A continuación, les presentamos el caso de una paciente que acude a control con oftalmólogo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 68 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente. Acude a consulta con oftalmólogo por control de lesión macular del ojo izquierdo, sin otro síntoma asociado. Al fondo de ojo se observó una lesión pigmentada con márgenes definidos, con drusas en su superficie, sin desprendimiento de retina, con un tamaño superior a dos áreas discales de ancho. A la ultrasonografía se observó una imagen hiporrefringente. Se le realizó seguimiento y la lesión evolucionó favorablemente, manteniendo su tamaño en el tiempo, siendo estos hallazgos concordantes con benignidad.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer las características de un nevo coroideo benigno al fondo de ojo, para lograr diferenciarlo de un melanoma, ya que ambos tienen manejo y pronósticos distintos. Una lesión benigna se asocia a presencia de drusas, un tamaño menor a dos áreas discales, límites definidos, sin desprendimiento de retina, mientras que el melanoma, presenta bordes difusos, mayor tamaño, sin drusas, pudiendo asociarse a desprendimiento de retina. En este caso se puso especial atención al nevo coroideo por su tamaño superior a dos áreas discales de ancho, característico de melanoma. Sin embargo, tras hacer seguimiento, sus características y tamaño se mantuvieron, resultando ser una lesión benigna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chien JL, Sioufi K, Surakiatchanukul T, Shields JA, Shields CL. Choroidal nevus: a review of prevalence, features, genetics, risks, and outcomes. *Curr Opin Ophthalmol.* mayo de 2017;28(3):228-37.
2. Kivelä T, Eskelin S. Transformation of nevus to melanoma. *Ophthalmology.* 2006 May;113(5):887-8.e1.
3. Singh AD, Kalyani P, Topham A. Estimating the risk of malignant transformation of a choroidal nevus. *Ophthalmology.* 2005 Oct;112(10):1784-9.



INSERCIÓN VELAMENTOSA DEL CORDÓN UMBILICAL: IMPLICANCIAS DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ. REPORTE DE UN CASO.

Carstens, JV¹. Kaufmann, SR¹. Cabello, JS¹. Riquelme, C². Díaz, ML³.

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Radióloga, profesora asistente, Centro de Imagenología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Autor corresponsal: Javiera Valentina Carstens Taub; mail: jvcarstens@miuandes.cl

Palabras clave: Complicaciones del embarazo, Placenta, Cordón Umbilical, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La inserción velamentosa del cordón umbilical se define como inserción de los vasos umbilicales entre las membranas fetales, atravesando amnios y corion antes de llegar a la placenta, sin rodearse por gelatina de Wharton. Ocurre en el 1% de las gestaciones de feto único y se relaciona con complicaciones graves del embarazo como RCIU, aborto, parto pretemprano y hemorragia, además de anomalías fetales, por lo que es importante su sospecha y diagnóstico ecográfico precoz, pese a ser infrecuente.

CASO CLÍNICO

Primigesta, 24 años, sin antecedentes mórbidos quirúrgicos. Consultó a las 16 semanas por metrorragia escasa. Se realizó ecografía transvaginal, encontrándose un pequeño desprendimiento corioamniótico. En ecotomografía Doppler de las 26 semanas, se diagnostica de forma tardía inserción velamentosa del cordón. Se mantiene en control prenatal estricto con énfasis en la detección precoz de RCIU. Ingresa a las 36 semanas por un cérvix corto. Se hospitaliza para vigilancia de la UFP. A las 38 semanas inicia trabajo de parto y se da opción de parto vaginal con monitorización fetal continua por el riesgo de sufrimiento fetal. Parto de término sin incidentes. Se dirige el alumbramiento y se confirma la inserción velamentosa. La paciente y su recién nacido evolucionaron satisfactoriamente.

CONCLUSIÓN

Es fundamental identificar la inserción del cordón en la placenta en la ecografía de primer y segundo trimestre, evitando que una posible inserción velamentosa pase desapercibida, ya que en fetos más grandes, con placentas posteriores, puede no observarse. Al detectarse, debe realizarse un estudio anatómico fetal detallado, siendo imprescindible descartar vasa previa. Como manejo, se aconseja hacer evaluaciones seriadas del crecimiento fetal. Una limitación del caso fue no tener los valores de flujo de las arterias uterinas y umbilical en las ecotomografías, claves para detectar RCIU. Por último, se aconseja permitir el trabajo de parto espontáneo y vía vaginal, con monitoreo continuo intraparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robinson LK, Jones KL, Benirschke K. The nature of structural defects associated with velamentous and marginal insertion of the umbilical cord. American journal of obstetrics and gynecology. [Internet]. 1983 [citado el 2 de noviembre de 2022];146(2):191–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6846437/>
2. Markov D, Ivanov S, Markov P, Djavolov V, Nikolov A, Dimitrov A, et al. Velamentous insertion of the umbilical cord--diagnosis and management. Akush Ginekol (Mosk) [Internet]. 2009 [citado el 2 de noviembre de 2022];48(5):3–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20198789/>
3. Lockwood CJ, Russo-Stieglitz K. Velamentous umbilical cord insertion and vasa previa. Medilib.ir. [Internet]. 2016 [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medilib.ir/uptodate/show/6807>



COMPRESIÓN RADICULAR L5 POR HERNIA DISCAL LUMBAR MULTINIVEL CON RESOLUCIÓN FULL ENDOSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO.

Koller, MC¹; Jiménez, SP¹; Rodríguez, MV¹; Kalaesis, NPS¹; Gálvez, JE¹; Wajner, I²; Guardia, AI³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Departamento de Traumatología, Hospital Militar, Santiago.

Autor corresponsal: Macarena Carla Koller Fabres; mail: mckoller@miuandes.cl

Palabras clave: Discectomía percutánea, Hernia discal, Procedimientos Quirúrgicos Endoscópicos

INTRODUCCIÓN

Las hernias discales lumbares (HDL) representan una de las causas más frecuentes de radiculopatía en adultos con una prevalencia estimada de 3-5%. Dentro de los diagnósticos diferenciales se debe considerar dolor lumbar no radicular, estenosis espinal lumbar, síndrome de cauda equina, plexopatía lumbosacra y mononeuropatías. Este dolor se atribuye a procesos inflamatorios o compresivos, siendo las compresiones en un solo nivel, las más frecuentes. Los síntomas típicos incluyen dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores, asociado a dolor, parestesias y debilidad variable. Presentamos el caso de una paciente con compromiso de la raíz L5 en dos niveles resuelto mediante la innovadora técnica full endoscópica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 49 años, sexo femenino, sin antecedentes relevantes, consultó por dolor ciático en extremidad inferior derecha de 4 meses de evolución, progresivo, que limitaba actividades de la vida diaria. Se realizó tratamiento conservador por más de 6 semanas sin mejoría. Al examen físico destacaba déficit motor M4 de tibial anterior y extensor hallucis longus derecho, incapacidad de marcha en talones, sin signos de tensión radicular y escaso dolor lumbar. La resonancia magnética (RM) evidenció una HDL posterolateral a nivel L4-L5, comprimiendo la raíz L5 y otra HDL extraforaminal en L5-S1, ipsilateral, desplazando la misma raíz. Se decidió resolución quirúrgica con técnica vía endoscópica. La paciente evolucionó favorablemente, logrando mejoría completa de sus síntomas.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, existen técnicas como la discectomía endoscópica lumbar, basadas en el abordaje mínimamente invasivo, realizadas a través de una incisión de 8mm aproximadamente. Finalmente, la radiculopatía por HDL es una patología frecuente tratable mediante innovadoras técnicas que presentan ventajas sobre la cirugía convencional: menor tiempo operatorio, de recuperación, breve estadía hospitalaria asociado a un satisfactorio resultado cosmético. Sin embargo, se debe considerar que al ser una técnica más nueva, podría tener mayores costos para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 23 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-lumbosacral-radiculopathy-pathophysiology-clinical-features-and-diagnosis?search=lumbar%20disc%20hernia&source=search_result&selectedTitle=2~31&usage_type=default&display_rank=2
2. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, Resnick DK, Baisden JL, Bess S, Cho CH, DePalma MJ, Dougherty P 2nd, Fernand R, Ghiselli G, Hanna AS, Lamer T, Lisi AJ, Mazanec DJ, Meagher RJ, Nucci RC, Patel RD, Sembrano JN, Sharma AK, Summers JT, Taleghani CK, Tontz WL Jr, Toton JF; North American Spine Society. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J*. 2014 Jan;14(1):180-91. doi: 10.1016/j.spinee.2013.08.003. Epub 2013 Nov 14. PMID: 24239490.
3. Delgado-López PD, Rodríguez-Salazar A, Martín-Alonso J, Martín-Velasco V. Hernia discal lumbar: historia natural, papel de la exploración, timing de la cirugía, opciones de tratamiento y conflicto de intereses. *Neurocirugía (Astur)* [Internet]. 2017;28(3):124–34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130147316300811>
4. Ahn Y, Lee SG, Son S, Keum HJ. Transforaminal Endoscopic Lumbar Discectomy Versus Open Lumbar Microdiscectomy: A Comparative Cohort Study with a 5-Year Follow-Up. *Pain Physician*. 2019 May;22(3):295-304. PMID: 31159337.
5. Sivakanthan S, Hasan S, Hofstetter C. Full-endoscopic lumbar discectomy. *Neurosurg Clin N Am* [Internet]. 2020;31(1):1–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1042368019300786>

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Abello, F.¹, Viancos V.¹, Armstrong P.², Prado V.¹, Tirado D.¹, Holmgren S.³, Dra. Fernandez M.L.⁴

¹ Interna 7° año, Medicina, Universidad de los Andes.

² Interno 6° año, Medicina, Universidad de los Andes.

³ Estudiante 4to año, Medicina, Universidad de los Andes

⁴ Médica cirujana, Residente 1° año Medicina Interna, Universidad de los Andes

Autor corresponsal: María Fernanda Abello Prado; mail: mfabello@miuandes.cl

Palabras claves: Hipertensión arterial secundaria, Hiperaldosteronismo primario, Hipokalemia severa.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento sostenido de la presión arterial que produce como consecuencia daño de órganos blanco (DOB). Tiene una alta prevalencia en Chile (27.6%), siendo de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Se clasifica en primaria o secundaria, está descrito que un 5-10% se atribuye a esta última, siendo las causas más frecuentes SAHOS, hiperaldosteronismo primario (HAP), enfermedades renales, entre otras. Debe sospecharse en pacientes que debutan con HTA severa, menores de 30 años, HTA refractaria, DOB desproporcionado, hipokalemia asociada, entre otras.

Específicamente en el HAP existe un exceso de producción autónoma de Aldosterona, que conlleva a retención de sodio, pérdida urinaria de potasio, con o sin hipokalemia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 35 años, con antecedente de HTA de difícil manejo diagnosticada a los 27 años y preeclampsia, en tratamiento con Losartan y Amlodipino. Acudió a CESFAM con exámenes que destacaban hipokalemia de 2.5 mEq/L, por lo cuál fue derivada al servicio de urgencias de HLT. Ingresó hipertensa, asintomática, sin hallazgos patológicos al examen físico. A la interrogación refirió que HTA debutó como urgencia hipertensiva, luego mantuvo HTA refractaria y ha presentado varios episodios previos de hipokalemia no estudiados.

Se realizó electrocardiograma con presencia de onda U, exámenes evidenciaban hipokalemia severa (2.12 mEq/L) y niveles de potasio urinario elevado (32 mEq/L) en orina aislada. Se solicitó Aldosterona (46.7 ng/dL), actividad renina plasmática (0.2 ng/mL/hora), ratio ARR >200 y Scanner de abdomen y pelvis que destacaba adenoma suprarrenal derecho (12mm). Se realizó diagnóstico de HAP por adenoma suprarrenal, se derivó a Urología y Endocrinología para evaluar tratamiento quirúrgico, y se manejó con Espironolactona.

CONCLUSIÓN

En la literatura no existen estadísticas sobre el número de pacientes que son subdiagnosticados, sin embargo, la práctica clínica evidencia que a pesar de que las sugerencias de tamizaje son claras, aún existen pacientes que lo son. Debido a esto es de suma importancia tener presente en que grupo de pacientes hay que sospechar la HTA secundaria, ya que el estudio y manejo apropiado de la causa podría resolverla y revertir el riesgo cardiovascular asociado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santamaría Olomo R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/409>
2. D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J.L Jameson, J. Loscalzo. Harrison: Principios de la Medicina Interna. Mc Graw Hill; 2016. p.1611-1626.



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A INTUSUSCEPCIÓN DE ETIOLOGÍA BENIGNA EN SITIO DISTAL A ANASTOMOSIS ENTERO-ENTERAL EN EL ADULTO: REPORTE DE CASO.

Jones, Elisa¹; Sepulveda, Catalina²; Gorziglia, Mario¹; Jordan, María Paz¹; Escobar, Danitza; ³

1. Interno Sexto Año, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

2. Alumno Quinto Año, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

3. Becada de Cirugía, Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Elisa Jones Arriagada; mail: ejones@miuandes.cl

Palabras clave: intususcepción, obstrucción, abdomen agudo

INTRODUCCIÓN:

La intususcepción intestinal en adultos es una etiología rara causando hasta 5% de las obstrucciones intestinales mecánicas. (1) En los adultos, la invaginación se debe típicamente a un punto conductor patológico dentro del intestino. Pudiéndose clasificar por etiología: lesiones benignas (pólipos, divertículo de Meckel, bridas) lesiones malignas o idiopáticas. (2) Con los avances tecnológicos actuales es posible diagnosticarla de forma preoperatoria, por medio de imágenes. Respecto a su tratamiento, este difiere ampliamente dependiendo del grupo etario; en pediátricos es de manejo médico, mientras que en adultos el tratamiento de elección es quirúrgico. (1)

OBJETIVOS: Descripción de un caso clínico irreductible en adultos y revisión de la bibliografía al respecto

REPORTE DE CASO:

Paciente femenina, 75 años, con antecedente de cáncer gástrico operada de una gastrectomía total con anastomosis entero-enteral laparoscópica, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 24 horas de dolor abdominal periumbilical súbito, de tipo cólico asociado náuseas y vómitos. Ingres a hemodinámicamente estable y afebril, con un abdomen blando, depresible, doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos aumentados. Estudio con TAC abdominal informa intususcepción intestinal en sitio distal a anastomosis entero-enteral asociado a obstrucción intestinal secundaria. Se decide realizar laparotomía exploradora que evidencia intususcepción irreductible, por lo que se resecan 20 cms de intestino delgado y se realiza anastomosis primaria. Paciente evoluciona de forma favorable en su postoperatorio y es dada de alta al quinto día. De forma diferida, estudio con biopsia informa hallazgos benignos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

El presente caso de intususcepción intestinal es una causa muy infrecuente de obstrucción intestinal en adultos, sin embargo, su diagnóstico con imágenes y tratamiento quirúrgico precoz permiten, dependiendo de cada caso, una evolución clínica favorable. Es por esto que es relevante tener en consideración esta etiología en el diagnóstico diferencial de un cuadro de obstrucción intestinal, sobre todo en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales de relevancia, por ejemplo una gastrectomía total, como en este caso. Además de la etiología infrecuente de obstrucción intestinal, destaca el hecho de que un correcto diagnóstico etiológico por medio de las imágenes permite una buena técnica quirúrgica y la posterior evolución favorable de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alberto C, Medina C, Conrado H, Cardona SM. Org.co. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v30n4/v30n4a12.pdf>
2. Aguirre F, Silva Á, Parra P, Salcedo D, Acevedo Y. Intususcepción como causa de obstrucción intestinal en el adulto: un desafío para los cirujanos. Rev Colomb Cir [Internet]. 2019 [citado el 2 de agosto de 2023];34(1):79–86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822019000100079



ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI) COMO MANIFESTACIÓN PRINCIPAL DE UN SÍNDROME ANTISINTETASA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Calderón, MA¹; Mosso, F¹; Melgarejo, MV¹; González, FI¹; Heim, DA¹; Orellana, MT²; Manterola, MP³

1. Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile
2. Alumna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile
3. Médico Cirujano, Internista, Docente Universidad de los Andes, Chile

Autor corresponsal: Miguel Arturo Calderón Castillo; mail: macalderon1@miuandes.cl

Palabras claves: “Reporte de caso”, “Miositis inflamatoria”, “Enfermedad pulmonar intersticial”, “Síndrome antisintetasa”.

INTRODUCCIÓN

La miositis inflamatoria idiopática es un grupo de inmunopatías caracterizadas por compromiso muscular inflamatorio y debilidad proximal de extremidades asociado a compromiso multisistémico¹, con incidencia de 2-10 personas por millón de habitantes. Dentro de este grupo, el 30% se debe al síndrome antisintetasa, que tiende a presentarse como enfermedad pulmonar intersticial (EPI) junto a manifestaciones cutáneas y/o articulares, además de anticuerpos anti-RNA sintetasa². Presentamos el caso de una paciente que debuta con EPI asociada a manifestaciones mucocutáneas y compromiso muscular, en quien gracias a un enfrentamiento diagnóstico adecuado y estudio reumatológico específico se logró un diagnóstico e intervención oportuna.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años, nacida en Perú, con antecedente de 4 abortos espontáneos de primer trimestre. Refiere uso reciente de Prednisona en dosis 40 mg/día durante 6 meses por diagnóstico de patología autoinmune en extrasistema por cuadro consuntivo, disnea progresiva, tos productiva, disfonía, odinofagia y lesiones dermatológicas asociado a ANA 1/160 y anti-DNA negativo.

Ingresa a SU estable, por disnea de reposo y deterioro de síntomas previos asociado a debilidad muscular proximal en extremidades superiores de inicio reciente. Al examen físico destaca alopecia difusa, lesiones ulceradas que exteriorizan tendón en manos, esclerodactilia con manos de mecánico, crépitos gruesos y sibilancias en ambos campos pulmonares.

Se hospitaliza para estudio, destacando anemia, leucopenia e imagen compatible con neumonía multifocal. Se solicita estudio reumatológico completo, con resultado positivo en el panel de miositis para MDA5 y PL-7. Fue manejada con oxígeno suplementario, antibioticoterapia e inmunosupresión, evolucionando favorablemente. Se plantea EPI difusa secundaria a mesenquimopatía en estudio: síndrome antisintetasa v/s esclerosis sistémica.

CONCLUSIÓN

La EPI es un grupo heterogéneo de enfermedades cuyo síntoma principal es disnea que puede progresar a mínimos esfuerzos. Dentro de las etiologías probables se encuentran las enfermedades del tejido conectivo, como el síndrome antisintetasa, que debuta como EPI hasta en 90% de casos. Existen autoanticuerpos específicos que permiten diagnosticar y predecir el comportamiento de dicha enfermedad³. Identificar y diagnosticar la etiología de la EPI puede resultar difícil, por lo que conocer este caso y su presentación clínica aporta a la comunidad médica y permite confeccionar un diagnóstico oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hallowell RW, Paik JJ. Myositis-associated interstitial lung disease: a comprehensive approach to diagnosis and management. Clin Exp Rheumatol [Internet]. 2022 [citado el 26 de julio de 2023];40(2):373–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.55563/clinexprheumatol/brv11v>
2. Sawal N, Mukhopadhyay S, Rayancha S, Moore A, Garcha P, Kumar A, et al. A narrative review of interstitial lung disease in anti-synthetase syndrome: a clinical approach. J Thorac Dis [Internet]. 2021 [citado el 26 de julio de 2023];13(9):5556–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21037/jtd-20-3328>
3. Reyes F, Carlos J, María C, Cuellar G, Peralta A, Ignacio Méndez J, et al. Contribución del panel de miositis en el estudio de pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales y sospecha de enfermedad del tejido conectivo [Internet]. Scielo.cl. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v36n4/0717-7348-rcher-36-04-0254.pdf>



CEFALEA ICTAL Y DÉFICIT NEUROLÓGICO TRANSITORIO CON PLEOCITOSIS LINFOCITARIA EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (HaNDL), REPORTE DE UN CASO.

Zavala, MR¹; Dublé, B²; Zegers, MJ³; Betancour, M¹; Novoa, E²; Becker, P³.

1. Interno medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Estudiante de medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
3. Residente de Neurología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Autor corresponsal: María del Rosario Zavala Guzman; mdzavala@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Síndrome de HaNDL; cefalea ictal; déficit neurológico; pleocitosis; reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de cefalea transitoria con déficit neurológicos asociados y pleocitosis en líquido cerebroespinal (LCE) (HaNDL, por sus siglas en inglés), es una condición benigna y autolimitada caracterizada por cefalea y déficit neurológicos transitorios. Su diagnóstico es simple, sin embargo, al ser poco frecuente, es difícil pensarlo en el servicio de urgencias. Su clínica es heterogénea y se asemeja a la de patologías potencialmente graves como accidentes vasculares, patologías de conducción nerviosa e infecciones del sistema nervioso central.

El objetivo de esta presentación es recordar considerar el diagnóstico de HaNDL en pacientes que se presentan con cefalea y focalidad neurológica en el servicio de urgencias, para evitar los riesgos y gastos asociados al tratamiento impreciso de algunos de sus diagnósticos diferenciales.

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años con antecedente de hipotiroidismo, sin antecedentes familiares ni psicosociales de relevancia, consulta al servicio de urgencias por un cuadro de dos horas de evolución de cefalea ictal intensa, asociada a confusión, apraxia y disartria. Se presentó hipertensa, afebril y euglicémica. En el examen neurológico sólo destacó hipoestesia en hemicuerpo izquierdo. El laboratorio inicial resultó sin alteraciones, y las neuroimágenes descartaron lesiones intraparenquimatosas o vasculares agudas. Se hospitalizó para estudio de su cuadro y manejo del dolor. La punción de LCE destacó: proteínas 81.5, leucocitos 42, con 100% de predominio mononuclear.

Se manejó con analgesia con una evolución clínica favorable, sin nuevos episodios de focalidad neurológica y cese del dolor.

CONCLUSIÓN

El síndrome de HaNDL es una patología infrecuente, benigna y autolimitada. Suele presentarse heterogéneamente, generalmente con cefalea migrañosa y déficit focal motor, sensitivo o del lenguaje. En este caso, se manifestó con cefalea ictal asociada a déficit focal. Esta forma de presentación pudo corresponder a múltiples etiologías, algunas de las cuales son potencialmente graves. Luego de descartar estas patologías, gracias a la evolución autolimitada con analgesia, la ausencia de secuelas neurológicas y estudio del LCE con leucocitosis de predominio mononuclear, se plantea como causa el Síndrome de HaNDL.

La relevancia de hacer este diagnóstico radica en su curso benigno y autolimitado. Un diagnóstico equivocado podría llevar a riesgos y gastos innecesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwedt TJ. Thunderclap headache. Continuum (Minneap Minn) [Internet]. 2015 [citado el 3 de agosto de 2023];21(4 Headache):1058–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26252591/>
2. Hidalgo de la Cruz M, Domínguez Rubio R, Luque Buzo E, Díaz Otero F, Vázquez Alén P, Orcajo Rincón J, et al. Syndrome of transient headache and neurological deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL) in a patient with confusional symptoms, diffuse EEG abnormalities, and bilateral vasospasm in transcranial Doppler ultrasound: A case report and literature review. Neurol (Engl Ed) [Internet]. 2019;34(8):536–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173580819300124>
3. Hidalgo de la Cruz M, Domínguez Rubio R, Luque Buzo E, Díaz Otero F, Vázquez Alén P, Orcajo Rincón J, et al. Syndrome of transient headache and neurological deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL) in a patient with confusional symptoms, diffuse EEG abnormalities, and bilateral vasospasm in transcranial Doppler ultrasound: A case report and literature review. Neurol (Engl Ed) [Internet]. 2019;34(8):536–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2173580819300124>
4. Romero C, Rueda K. Síndrome de Cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis linfocitaria en líquido cefalorraquídeo, caso clínico y revisión de la literatura. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2017 [citado el 3 de agosto de 2023];33(1):28–31. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482017000100028



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EN PACIENTE JOVEN SANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Airola, MG¹; Soffia, MC¹; Schmitz, MM¹; Urrejola, EJM¹; Arnés, JP¹; Illanes, RB².

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: María Gracia Airola Silva; mail: mgairola@miuandes.cl

Palabras claves: trombosis venosa profunda, extremidad superior, dímero D, paciente joven, reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa profunda (TVP) es una patología frecuente. 1-4% se presenta en extremidades superiores (1). Pueden ser primarias (idiopática, traumática o de esfuerzo, conocida como Síndrome de Paget-Schroetter) o secundarias (hipercoagulabilidad, caracteres venosos centrales o cáncer) (2). Las primarias son menos frecuentes y afectan a jóvenes, relacionadas a esfuerzo físico en brazo dominante. Puede asociarse a anomalías anatómicas del sistema venoso o estado trombofílico. Se presenta como dolor, dilatación venosa y edema en antebrazo y mano (2). El dímero D sería de utilidad para descartar etiología trombótica (3). Solo 7% se asocia a tromboembolismo pulmonar (1).

CASO CLÍNICO

Consulta en servicio de urgencias hombre de 22 años sano, que realiza actividad física moderada-intensa regular (entrenamiento de pesas y ciclismo). 24-48 horas posterior a extensa jornada de ciclismo, presenta edema, eritema, dilatación de trama venosa y sensación de pesadez en extremidad superior derecha. Se solicitan exámenes, donde destaca coagulación en rango y dímero D 0.26 ug/ml. Debido a persistencia de sospecha clínica, se realiza tomografía axial computarizada con fase arterial de extremidad y tórax, mostrando TVP de venas subclavia, axilar y cefálica derechas, y tromboembolismo pulmonar segmentario y subsegmentario bilateral. Se hospitaliza e inicia anticoagulación con Enoxaparina 40 mg cada 12 horas subcutánea. Además, se realizó estudio de neoplasias y trombofilias, donde destaca presencia de anticoagulante lúpico débil. Evoluciona favorable y se indica anticoagulación ambulatoria con Rivaroxabán 15 mg por 21 días y luego 20 mg por 6 meses, con seguimiento por hematología para repetir serología posterior a 6 meses de anticoagulación y definir duración de tratamiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La TVP en extremidades superiores es una entidad infrecuente, siendo excepcional en jóvenes sin factores de riesgo (1). Por esto, se debe tener alta sospecha clínica para evitar pasar por alto este diagnóstico. A pesar de que el dímero D presenta un alto VPN y sensibilidad para esta enfermedad (3), la sospecha clínica debe prevalecer por sobre un resultado de laboratorio para tomar decisiones en nuestra práctica clínica. Una vez confirmado el diagnóstico, debemos buscar causas secundarias, ya que la TVP puede ser la primera manifestación de una enfermedad subyacente (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Miret-Salvador M, Hernández-Taboas L, Espinosa-Urbina R. Upper limb deep vein thrombosis. *Semergen* [Internet]. 2022 [citado el 22 de julio de 2023];48(5):364–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-trombosis-venosa-profunda-miembro-superior-S1138359322000867>
2. González CI, Cires M, Rubio T, Jiménez F, Sarasibar E, Gaztelu MT, et al. Síndrome de Paget-Schroetter asociado a hiperhomocisteinemia. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2007 [citado el 22 de julio de 2023];30(3):469–74. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500012
3. Marín C, Ferreiro L, Tejera A, Roca J. Primary upper-extremity deep vein thrombosis. *Semergen* [Internet]. 2015 [citado el 22 de julio de 2023];41(4):e15-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-trombosis-venosa-profunda-primaria-miembro-S1138359314002378>



INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA Y COMPLICACIÓN POR NEUMONÍA CAVITADA: REPORTE DE CASO

Dublé B¹, Sepúlveda B², Betancour M¹, Giglio A², Alday J³, Cabezas, E⁴.

1. Interno medicina, Universidad de Los Andes
2. Interno medicina, Universidad del Desarrollo.
3. Estudiante medicina, Universidad de los Andes.
4. Médico Cirujano, Docente Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: Benjamín Andrés Dublé Medina; mail: baduble@miuandes.cl

Palabras Claves: Virus de la Influenza, Neumonía por estafilococo, Sobreinfección.

INTRODUCCIÓN

El virus influenza es uno de los principales agentes infecciosos que afectan a la salud durante la temporada de invierno. El cuadro clínico de la infección corresponde a fiebre alta, tos no productiva y mialgias. La complicación más frecuente es la neumonía, la cual se va a caracterizar con síntomas respiratorios bajos. Se presenta caso clínico de neumonía como complicación de una infección por influenza.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 69 años, con antecedente mórbido de DM2 IR de mal control, consultó por un cuadro de una semana de compromiso del estado general, disnea y fiebre. Al ingreso febril, sin otros hallazgos y radiografía de tórax sin signos sugerente a neumonía. Se diagnostica infección por influenza no complicada y alta con manejo sintomático.

Consulta nuevamente a los tres días, taquipneica y mala mecánica ventilatoria. Nueva radiografía evidenció opacidades bilaterales. El estudio microbiológico positivo para influenza A y cultivo secreción bronquial positivo para Staphylococcus aureus meticilino sensible. Se realizó scanner de tórax que presentó opacidades bilaterales sugerentes de neumonía.

Se inició antibiótico y Oseltamivir, pero dado mala mecánica ventilatoria, se traslada a UCI requiriendo intubación y drogas vasoactivas. Dado mala evolución se realiza nuevo TAC que presenta signos sugerentes de cavitaciones por lo que se ajustó tratamiento ATB.

Paciente presentó múltiples intentos de pruebas de ventilación espontánea (PVE) fallidas por lo que finalmente se decidió realizar traqueostomía.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La infección por virus influenza tiene una alta incidencia durante la temporada de invierno, pudiendo presentar neumonía como complicación en hasta un 2,5 %. El caso clínico presentado evidencia como una patología frecuente, puede presentar una morbimortalidad en sus estadios más avanzados. Y si bien existe la posibilidad de iniciar terapia con antirretrovirales en las primeras 48 horas desde el diagnóstico, se hace prioritario la prevención primaria mediante la vacunación y generar medidas de estado para mejorar la tasa de vacunados a nivel nacional.

REFERENCIAS

1. Klein EY, Monteforte B, Gupta A, Jiang W, May L, Hsieh Y-H, et al. The frequency of influenza and bacterial coinfection: a systematic review and meta-analysis. *Influenza Other Respi Viruses* [Internet]. 2016;10(5):394–403. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/irv.12398>
2. Uyeki TM. Influenza. *Ann Intern Med* [Internet]. 2021;174(11):ITC161–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/aitc202111160>
3. Chertow DS, Memoli MJ. Bacterial coinfection in influenza: a grand rounds review: A grand rounds review. *JAMA* [Internet]. 2013;309(3):275–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.194139>
4. Cohen YZ, Dolin R. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, editors. New York: McGraw Hill Book Company; 2015.



INDICACIÓN DE FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA, REPORTE DE UN CASO.

Ovalle, MI¹. Pincetti, MI¹. Durán, LA¹. Selman, C². Torres, TE³.

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

Autor corresponsal: Mauricio Ignacio Ovalle Ibáñez; mail: miovalle2@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES Tromboembolismo pulmonar, Filtro de vena cava inferior, Contraindicación de anticoagulación, Reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad potencialmente mortal en la que un coágulo obstruye el flujo de la arteria pulmonar. Sin tratamiento presenta una recurrencia del 20% y una mortalidad del 18-26% (1). Los anticoagulantes son el tratamiento estándar para prevenir la propagación del coágulo, sin embargo, hay pacientes en los cuales está contraindicada o fracasa.

En estos casos, el filtro de vena cava inferior (FVCI) es una opción terapéutica utilizada como profilaxis de embolia pulmonar (2). El FVCI es un procedimiento en el cual se implanta un dispositivo en la VCI infrarrenal de forma permanente o transitoria, que atrapa los coágulos y evita que se desplacen a los pulmones (3).

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 54 años con antecedentes de glioblastoma cerebral en quimioterapia, presentó disnea de una semana de evolución asociada a tope inspiratorio. Al examen físico destacaba taquicardia, sin anomalías cardíaco-pulmonares, sin edema de extremidades ni signos de trombosis profunda. Electrocardiograma mostró taquicardia sinusal, sin crecimiento cavitario. Laboratorio troponinas y pro-BNP en rangos normales. Se solicitó AngioTAC por sospecha de TEP, que confirmó TEP bilateral. Se inició anticoagulación, pero se suspendió por riesgo de hemorragia luego de observar cambios hemorrágicos en TAC de cerebro. Como alternativa terapéutica, se decidió colocar FVCI, evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN

La instalación del FVCI en TEP, se indica en casos en que la anticoagulación esté contraindicada o fracasa. Es un procedimiento mínimamente invasivo, de bajo riesgo y con buenos resultados a largo y mediano plazo para la profilaxis de embolia pulmonar. Las complicaciones asociadas a su uso son bajas, incluyendo migración del filtro, embolia pulmonar recurrente y trombosis. Se sugiere el uso de filtros temporales que se retiren antes de los 90 días posteriores a su colocación. El equipo médico tratante debe evaluar riesgos, costos y beneficios individuales antes de su instalación por cirujano vascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez Moreno LC, Kotlik Aguilera AJ, Bombin Franco JR. Filtro de vena cava inferior, resultados a mediano y largo plazo. Rev Cirugia [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2023];73(2):166–72. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000200166
2. Vargas B, Muñoz R JS, Francisco Tortoledo R, Izaguirre B L. Indicaciones actuales del implante de filtros recuperables en la vena cava inferior. Gac Med Caracas [Internet]. 2007 [citado el 29 de julio de 2023];115(1):48–54. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622007000100005
3. Young T, Sriram KB. Vena caval filters for the prevention of pulmonary embolism. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020 [citado el 29 de julio de 2023];10(1):CD006212. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD006212/PVD_filtros-en-la-vena-cava-para-la-prevencion-de-la-embolia-pulmonar



INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SIN SUPRADESNIVEL DEL ST EN PACIENTE CON CONSUMO DE COCAÍNA: REPORTE DE UN CASO

Durán, LA¹; Wortsman, SF¹; Bernedo, IP²; Solís, RI¹; Marín, CB³

1. Interno séptimo año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile
2. Estudiante de medicina quinto año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile
3. Estudiante de medicina cuarto año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile

Autor corresponsal: Luciano Andrés Durán Urzúa; mail: Laduran1@miuandes.cl

Palabras clave: cocaína, síndrome coronario agudo, angioplastia coronaria percutánea, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La cocaína es un simpaticomimético que produce vasoconstricción, taquicardia, hipertensión y aumento del consumo de oxígeno miocárdico. Estos factores predisponen al desarrollo de isquemia miocárdica y síndrome coronario agudo (SCA). El manejo en caso de haber supradesnivel del segmento ST es la angioplastia percutánea (AP), sin embargo, no está definida su indicación en caso de SCA sin elevación del segmento ST (SCASEST). El objetivo de este reporte es describir el caso de un paciente con consumo crónico de cocaína que presentó un SCASEST y que fue manejado con angioplastia.

CASO

Presentamos el caso de un paciente de 50 años, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y consumo diario de cocaína hace 10 años. Refiere 3 días de dolor anginoso intermitente y autolimitado, se agregan síntomas vasovagales y disnea por lo que consulta al servicio de urgencia. Ingresó hipertenso, taquicárdico y con requerimientos de oxígeno, electrocardiograma: bloqueo completo de rama izquierda, ondas T negativas anterolaterales e infradesnivel del segmento ST. Marcadores cardíacos elevados, se diagnostica SCASEST. Recibe tratamiento médico y se hospitaliza para continuar estudio y manejo. Ecocardiograma muestra hipertrofia ventricular izquierda, hipokinesia anteroapical, fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 35%. Pese a terapia médica (morfina, BIC de nitroglicerina y furosemida) persiste con angina por lo que se presenta a hemodinamia para estudio angiográfico, que muestra estenosis severa en coronaria descendente anterior a la que se implanta stent medicado (DES).

CONCLUSIÓN

La cocaína es una causa conocida de SCA, produciendo isquemia mediante vasoconstricción coronaria. El manejo con perfusión mediante angioplastia tiene poca evidencia, en este caso el paciente persistió con dolor a pesar de terapia médica óptima por lo que se optó por estudio precoz mediante angiografía, homologando el caso al manejo de pacientes con etiología aterosclerótica. El pronóstico de este tipo de pacientes, aun recibiendo terapia óptima y angioplastia coronaria en caso de ser necesario, es malo debido a falta de adherencia a terapia farmacológica y reincidencia en el consumo de drogas. Presentamos este caso para mostrar los efectos del consumo de cocaína a largo plazo y complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Phillips K, Luk A, Soor GS, Abraham JR, Leong S, Butany J. Cocaine cardiotoxicity: a review of the pathophysiology, pathology, and treatment options. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2009;9(3):177-96. doi: 10.2165/00129784-200909030-00005.
2. Kloner, R. A., Hale, S., Alker, K., & Rezkalla, S. (1992). The effects of acute and chronic cocaine use on the heart. *Circulation*, 85(2), 407–419. <https://doi.org/10.1161/01.cir.85.2.407>
3. Rezkalla, Shereif H.. and Kloner, Robert A.. (2007). Cocaine-Induced Acute Myocardial Infarction. *Clin Med Res.*, [en línea] 5, (3) , pp.172–176.



SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA: REPORTE DE UN CASO.

Prado, VI; Ovalle, MI; Pincetti MI; Abello, MF; Beltrán, PE; Campos, JA; Torres, TE.

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

Autor corresponsal: Valentina Ignacia Prado Bozo; mail: viprado@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES

Síndrome Neuroléptico Maligno, Trastornos de la Conciencia, Antipsicóticos, Reporte de caso

INTRODUCCIÓN

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una emergencia neurológica potencialmente mortal asociada al uso de antipsicóticos y antieméticos ⁽¹⁾. Su incidencia oscila entre 0.02-3% y mortalidad hasta 10-20% ⁽²⁾.

Clínicamente puede manifestarse con estado mental fluctuante, rigidez generalizada, distonía, temblor, hipertermia e inestabilidad autonómica (taquicardia, taquipnea, hipertensión) ⁽¹⁾.

Al laboratorio puede presentar Creatin quinasa (CK) elevada (>1000 UI/L), leucocitosis, alteraciones electrolíticas y mioglobiuria por rabdomiólisis ⁽²⁾.

Se deben solicitar neuroimágenes y punción lumbar para descartar causas estructurales e infecciosas de compromiso de conciencia y electroencefalograma para descartar status no convulsivo ⁽⁴⁾.

El tratamiento consiste en eliminar el fármaco causal y manejo de soporte de las alteraciones hemodinámicas y metabólicas concomitantes ⁽⁴⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 64 años con Daño Hepático Crónico Child C OH, hospitalizado en Sala Medicina por encefalopatía hepática grado 1-2 por constipación, manejándose con lactulosa, rifaximina y domperidona.

El 20° día de hospitalización presenta deterioro del estado de conciencia hasta sopor, respondiendo solo a estímulos dolorosos y rigidez generalizada con desviación de la mirada, sin mordedura de lengua. Además, destaca aumento de CK (2.400 UI/L). Se traslada a Intermedio con sospecha de síndrome convulsivo, pero se mantiene en Glasgow 6-7 sin respuesta a benzodiazepinas y antiepilépticos, por lo que se traslada a Intensivo. Se solicita TAC cerebral descartando lesiones agudas, punción lumbar descartando meningitis y electroencefalograma con disfunción lenta continua generalizada, sin actividad epileptiforme.

Dada la clínica asociada al uso de domperidona se sospecha SNM, suspendiendo procinéticos.

El paciente evoluciona favorablemente, recuperando estado de conciencia basal, se traslada a Intermedio para continuar manejo y rehabilitación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El SNM es una emergencia neurológica infrecuente altamente mortalidad. Requiere alta sospecha diagnóstica en usuarios de neurolépticos con estado de conciencia deteriorado acompañado de la clínica descrita. Además, es fundamental descartar otras causas de compromiso de conciencia y realizar un estudio pertinente a los posibles diagnósticos diferenciales ⁽²⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levenson JL. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry [Internet]. 1985 [citado el 2 de agosto de 2023];142(10):1137–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863986/>
2. Modi S, Dharaiya D, Schultz L, Varelas P. Neuroleptic malignant syndrome: Complications, outcomes, and mortality. Neurocrit Care [Internet]. 2016 [citado el 2 de agosto de 2023];24(1):97–103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26223336/>
3. Shalev A, Hermesh H, Munitz H. Mortality from neuroleptic malignant syndrome. J Clin Psychiatry [Internet]. 1989 [citado el 2 de agosto de 2023];50(1):18–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2562951/>
4. Velamoor VR. Neuroleptic Malignant Syndrome: Recognition, Prevention and Management. Drug Saf [Internet]. 1998 [citado el 2 de agosto de 2023];19(1):73–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9673859/>



DEBUT DE RIESGO VITAL EN GRANULOMATOSIS CON POLIANGEITIS: REPORTE DE UN CASO

Hermosilla, S. Eneros, AM. Jimenez, F., Espinoza, F. Bergen, M. Jara, MA, Feres, E.

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Becada de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
4. Broncopulmonar, Clínica Dávila, Docente Universidad de los Andes

Autor corresponsal: Sofía Alejandra Hermosilla Fontaine; mail: sahermosilla@miuandes.cl

Palabras claves: Granulomatosis con poliangeítis; Estenosis Traqueal; Epistaxis; reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La granulomatosis con poliangeítis (GPA), es un tipo de vasculitis de vaso pequeño asociada a anticuerpos (AC) anti neutrófilos citoplasmáticos (ANCA), específicamente ANCA PR3 que se encuentran positivos en el 90% de los casos. Tiene una incidencia anual de 5-10 x millón de habitantes. (1) Si bien no hay consenso, para guiar el diagnóstico el consenso American College of Rheumatology y Chapel Hill sugieren el uso de criterios de selección. (2) Las manifestaciones clásicas corresponden a lesiones destructivas nasosinusales, nódulos pulmonares y glomerulonefritis pauciinmune, sin embargo, dado su extenso compromiso de vía aérea, también se han descrito formación de fístulas, pólipos y estenosis subglótica (ESG) a distal. (1)

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, 25 años, con antecedentes de enfermedad celíaca y artritis reumatoide en tratamiento. Acude a urgencias por epistaxis a repetición que requirió taponamiento posterior y electrocauterización. 6 meses después reconsulta por disfonía, sibilancias inspiratorias y disnea, culminando en paro cardiorrespiratorio de origen hipóxico. Al examen físico destaca deformidad de nariz "en silla de montar". TAC de macizo facial muestra extensa perforación de tabique nasal de 32 mm y engrosamiento óseo en huesos propios nasales. Se realiza radiografía de cuello cervical que informa estenosis subglótica severa, por lo que requirió traqueostomía a permanencia. En exámenes de laboratorio destacan AC ANCA PR3 (+). Se diagnostica GPA en ausencia de compromiso renal y/o pulmonar y se inicia tratamiento inmunosupresor.

CONCLUSIÓN

La ESG ocurre en 16-23% de los pacientes con GPA y se debe a la presencia de inflamación, edema y fibrosis circunferencial bajo las cuerdas vocales. Es una complicación mortal, y puede ser la única manifestación de GPA, por lo que es de suma importancia tener alto índice de sospecha frente a síntomas como disnea y/o estridor en pacientes con ambiente inmunológico sugestivo. (3) El manejo adecuado de las complicaciones e inmunosupresión precoz, impactan directamente en el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, se reporta hasta un 60% de pacientes con traqueostomía a permanencia a pesar de terapia óptima frente a ESG (4).

REFERENCIAS

1. Ladrón de Guevara D, Cerda F, Ángela Carreño M, Piottante A, Bitar P, Ladrón de Guevara D, et al. Actualización en el estudio de Granulomatosis con poliangeitis (Granulomatosis de Wegener). Revista chilena de radiología. marzo de 2019;25(1):26-34.
2. Chung SA, Langford CA, Maz M, Abril A, Gorelik M, Guyatt G, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody–Associated Vasculitis. Arthritis Care Res. agosto de 2021;73(8):1088-105.
3. Blaivas AJ, Strauss W, Yudd M. Subglottic stenosis as a complication of Wegener’s granulomatosis. Primary Care Respiratory Journal. 6 de febrero de 2008;17(2):114-6.



MIOCARDITIS EN PACIENTE JOVEN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST. A PROPÓSITO DE UN CASO.

S. Hermosilla¹ ; F. Merino ¹; J. Nordenflycht ¹; R. Schwerter ¹; C. Seminario² A. Godoy³

1. Internas medicina 7 año. Universidad de los Andes.
2. Alumna medicina Universidad de Los Andes
3. Médico Cirujano. Becado Medicina Interna. Universidad de Los Andes.

Autor corresponsal: Josefina Nordenflycht Leon; mail: Janordenflycht@miuandes.cl

Palabras clave: Miocarditis aguda, Supradesnivel de ST, Infarto agudo al miocardio, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La miocarditis aguda es una inflamación miocárdica, generalmente de etiología infecciosa, que evoluciona en degeneración o necrosis tisular. Puede manifestarse de forma asintomática o con fiebre, dolor torácico, arritmias, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico e incluso muerte. (2) Su clínica y hallazgos en el ECG pueden simular un infarto agudo al miocardio (IAM), por lo que se debe tener en cuenta en pacientes con ausencia de factores de riesgo coronarios, y se debe hacer un estudio acucioso (1). El tratamiento tiene dos pilares: sintomático, tanto con medidas generales con reposo, evitando alcohol y AINES, como con amlodipino, IECA y betabloqueadores para manejo de arritmias y síntomas de insuficiencia cardíaca; y etiológico con antibióticos, corticoides, suspensión de terapia e inmunosupresión según corresponda.

CASO CLÍNICO

Hombre de 20 años sin antecedentes, cursando con faringitis, presenta 2 horas de dolor torácico opresivo iniciado en reposo EVA 10/10, sin irradiación asociado a diaforesis. En los exámenes destaca ECG con supradesnivel ST en V5-V6, troponinas 22.4 ng/ml y CK-MB 77.8mcg/L. Se maneja como IAM y se controla ECG por reagudización del dolor, con progresión de supradesnivel en pared lateral, sin imagen espejo en pared inferior; troponinas 1.747ng/ml y proBNP 1.042pg/ml. Se realiza ecoscopia con FEVI 40-45% e hipoquinesia global acentuada en paredes anterolateral e inferolateral. Ante compatibilidad con IAM versus miocarditis, se administra bolo 2.500U HNF y se realiza coronariografía sin estenosis coronaria; panel viral y bacteriano (+) para Rhinovirus y Haemophilus Influenzae; y RNM compatible con miocarditis.

Se maneja como tal con AINES, colchicina, antibióticos, control electrocardiográfico y troponinas. Hospitalizado, presenta 2 episodios de taquicardia ventricular no sostenida sin deterioro hemodinámico y con buena evolución, permaneciendo en controles periódicos con cardiología.

CONCLUSIÓN

La miocarditis aguda es una patología con manifestaciones que pueden simular un IAM. Se debe tener en cuenta dentro de los diferenciales de dolor torácico, al igual que costochondritis y crisis de angustia, especialmente en jóvenes sin riesgo coronario. Es fundamental realizar una historia clínica detallada, control con ECG, ecocardiograma, RNM y coronariografía de ser necesario para descartar IAM frente a una alta sospecha clínica.(3)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hou Y-M, Han P-X, Wu X, Lin J-R, Zheng F, Lin L, et al. Myocarditis presenting as typical acute myocardial infarction: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases* [Internet]. 2020 [citado el 22 de julio de 2023];8(2):415–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v8.i2.415>
2. Al-Akchar M, Kiel J. Acute Myocarditis [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441847/>
3. Schultz JC, Hilliard AA, Cooper LT, Rihal CS. Diagnosis and treatment of viral myocarditis. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 2009 Nov 1 [cited 2020 Apr 22];84(11):1001–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19880690>



TEST DE VIH FALSO POSITIVO RECURRENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

González, FI¹; Heim, DA¹; Melgarejo, MV¹; Oviedo, SA¹; Mosso, F¹; Sepulveda, CF²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

Autor corresponsal: Felipe Ignacio González Riquelme; mail: figonzalez2@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: “Reporte de un caso”, “Prueba de VIH”, “Reacciones Falso Positivas”, “Hemodiálisis”, “Ensayo de Inmunoadsorción Enzimática”.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha ido en aumento en los últimos años¹. El tamizaje se realiza mediante técnicas inmunoenzimáticas como HIV-ELISA (sensibilidad 100%, especificidad 99.5%)². Se describen falsos positivos (FP) en enfermedades autoinmunes, vacunación reciente, hemodializados, etc; en particular, en hemodiálisis, en la cual la tasa de FP puede llegar a un 9% de los testeos^{3,4}. Un resultado positivo debe confirmarse por el Instituto de Salud Pública (ISP) mediante Western-Blot (sensibilidad 98%, especificidad 99.9%). El presente caso clínico recalca la importancia de la interpretación y de la realización de pruebas confirmatorias en pacientes con riesgo de FP.

CASO CLÍNICO

Hombre, 76 años, hipertenso, enfermedad renal crónica (ERC) etapa V en hemodiálisis, bicitopenia. Derivado desde centro de diálisis por catéter disfuncional que requiere hospitalización. Ingres a sala de medicina estable, afebril, al exámen físico destaca un murmullo pulmonar disminuido en base derecha y crépitos escasos bilaterales. Edema +++ en EEI, y en laboratorio, parámetros inflamatorios elevados, acidosis metabólica y anemia normocítica normocrómica. Se realiza cultivo de catéter, positivo a las 3,5 hrs para *Staphylococcus epidermidis* meticilino-resistente, con estudio de diseminación negativo. Se reemplaza catéter y se inicia antibioticoterapia. Por protocolo de hemodiálisis, se solicita HIV-ELISA que resulta positivo. Se evidencia historial de cinco HIV-ELISA, tres de ellos reactivos, informados como negativos por el ISP. Infectología consideró hemodiálisis como causante de FP recurrente.

CONCLUSIÓN

Estudios de pacientes en hemodiálisis han identificado inmunocomplejos y autoanticuerpos como posibles responsables de la positividad en test de screening, un 9% de FP mediante HIV-ELISA, asociado a un Western-Blot indeterminado o positivo en la mitad de ellos³. Por lo anterior, la interpretación de resultados debe realizarse según algoritmos. La OMS recomienda realizar tamizaje con test rápido o ELISA⁵, ahora bien, considerando la tasa de FP en ciertos grupos, se deben asociar métodos confirmatorios más específicos como moleculares o serológicos orientados a la detección de antígenos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vigilancia VIH/SIDA [Internet]. Instituto de Salud Pública de Chile. 2023 [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-vih-sida/>
2. Álvarez Carrasco RI. Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. scielo.org. 2017 [citado el 7 de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172017000400009
3. Silverstein DM, Aviles DH, Matti Vehaskari V. False-positive human immunodeficiency virus antibody test in a dialysis patient [Internet]. pubmed. 2004 [citado el 7 de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14991392/>
4. Ortiz de Lejarazu Leonardo R, Ortega Lafont M, Eiros Bouza JM. FALSOS RESULTADOS EN EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [Internet]. Seimc.org. [citado el 7 de 2023]. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/VIHrev02.pdf>
5. OMS. DIRECTRICES CONSOLIDADAS SOBRE LOS SERVICIOS DE DETECCIÓN DEL VIH [Internet]. Who.int. 2019 [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1385519/retrieve>



UN FANTASMA DEL PASADO. SOSPECHA DE SÍNDROME DE LUTEMBACHER EN PACIENTE CON VASOESPASMO CORONARIO. REPORTE DE UN CASO.

Viancos, V¹; Abello, MF¹; Fasce, C¹; Beltran, P¹; Torres, MT¹; Zaninovic, I²; Sued, MR³.

1. Interno/a de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
2. Estudiante de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile.
3. Cardiólogo, Medicina Interna. Hospital Luis Tisné, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Valentina Constanza Viancos Salgado; mail: vcviancos@miuandes.cl

Palabras claves: Vasoespasmo coronario, lutembacher, comunicación interauricular, reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lutembacher-Cossio corresponde a la coexistencia de estenosis mitral, habitualmente de etiología reumática con un defecto del tabique interauricular (1). Su baja prevalencia y baja sintomatología hace de su hallazgo un hecho excepcional (2).

La angina vasoespástica ocurre por estrechamiento de las arterias coronarias causada por la contracción del músculo liso, presenta elevación transitoria del segmento ST en el electrocardiograma y/o elevación de troponinas. Entre un 1-15% de los pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM) no tienen enfermedad coronaria obstructiva en la angiografía (MINOCA) y 30% de ellos presentan vasoespasmo coronario (3)(4). Su tratamiento reduce la frecuencia de los episodios y posibles complicaciones, por lo que se presenta un caso poco común con hallazgos interesantes en sus imágenes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino, 59 años. Antecedentes de insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular (FA), hipertensión arterial y stent coronario en 1984 en Hospital del Tórax (información entregada por paciente). Consulta en urgencias por dolor retroesternal opresivo iniciado en reposo de 6 horas de evolución acompañado con disnea. Ingresa normotenso y bradicárdico sin alteraciones al examen físico. En ECG se informa FA con respuesta ventricular lenta con supradesnivel del ST de pared inferior. En la coronariografía se concluye espasmo de arteria coronaria derecha que posterior a administración de nitroglicerina aumenta su calibre, sin estenosis. En ecocardiograma informan estenosis mitral reumática leve y shunt de izquierda a derecha por comunicación interauricular (CIA) pequeña de 3-4 mm sin pasaje de burbujas por eco-contraste, pero sí por doppler color. Paciente presenta buena evolución clínica con bloqueantes cálcicos y anticoagulantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Frente al hallazgo de una estenosis mitral reumática con una CIA se sospechó que podríamos haber estado frente a un síndrome de Lutembacher-Cossio pero este tiene una prevalencia reportada de 0.001 por cada 1.000.000 habitantes siendo algo muy inusual de encontrar (2). Por este motivo se decide realizar una exhaustiva anamnesis lográndose concluir que la alteración fue por una perforación posterior a una balonplastia realizada hace años, destacando así la importancia de siempre recopilar una historia de forma detallada, que de no haber sido así, nos podría haber llevado a diagnósticos erróneos.

REFERENCIAS

1. Ramos G, Gabrielli L, Córdova S. Síndrome de Lutembacher-Cossio [Internet]. Scielo.cl. 2010 [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n2/art13.pdf>
2. Mosquera-Álvarez W, Aristizábal AM, Pinto I. Presentación inusual del síndrome de Lutembacher. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2023 [citado el 2 de agosto de 2023];29(94):1–4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-56332022000700001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Lacativa MES, Cardoso R de F, Oliveira LF de, Cardoso R de F. Angina de Prinzmetal. Rev Bras Cardiol Invasiva [Internet]. 2007 [citado el 2 de agosto de 2023];15(3):313–4. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/tratado/chapter/B76.I.F.3.4>.
4. Contreras Zuniga E, Gomez Mesa JE, Zuluaga Martinez SX, Ocampo V, Andres Urrea C. Prinzmetal's angina. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 [citado el 2 de agosto de 2023];93(2):e30-2. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/abc/a/Y6J9RNqFrwLctg35VHM8mRw/?lang=es>.



MILFOSIS POR ALOPECIA AREATA: REPORTE DE UN CASO

González, MJ¹; Eneros, AM²; Hermosilla, S³; Merino, F³; Velasco, MA²; Pinedo, S³.

1. *Interna de medicina, Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.*
2. *Estudiante de medicina quinto año, Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.*
3. *Médico Dermatólogo. Clínica Red Salud Arauco. Santiago*

Autor corresponsal: María Josefina González Busse; mail: mjgonzalez24@miuandes.cl

Palabras clave: Alopecia areata; milfosis; autoinmune; reporte de caso.

INTRODUCCIÓN: La milfosis o madarosis ciliar es la pérdida de pestañas, producida por diversas causas, compartidas con las alopecias. Estas se pueden diferenciar entre cicatricial y no cicatricial; dentro de estas últimas se encuentran la alopecia areata, patología autoinmune no infrecuente en la edad pediátrica, siendo su prevalencia de 1-2% (1). El diagnóstico de esta patología es clínico, con la observación de áreas bien delimitadas de pérdida completa de folículos pilosos, generalmente en el cuero cabelludo. Son característicos de la dermatoscopia los pelos en signo de exclamación, que son de aproximadamente 5 mm, y con su extremo distal grueso. Existen varias líneas de tratamiento, que buscan como objetivo frenar la pérdida de cabello (2). El siguiente caso tiene como objetivo describir un caso de milfosis en paciente pediátrico y destacar la importancia de su tratamiento y manejo precoz para mejorar el pronóstico de esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenino de 10 años, con antecedente de Hipotiroidismo, Dermatitis Atópica y pubertad precoz, actualmente en tratamiento con 25 μ g de Levotiroxina y Triptorelina 11.25 mg trimestral. Consulta por cuadro de caída de pestañas tanto inferior como superior derechas, sin otros síntomas, de varias semanas de evolución. Al examen físico presenta ausencia completa de pestañas en la región medial del ojo derecho, sin cambios en la piel, y pestañas restantes de características normales. No se evidencian áreas de alopecia en cuero cabelludo. A la dermatoscopia se observan folículos pilosos de las pestañas en signo de exclamación, por lo que se realiza el diagnóstico de milfosis por alopecia areata. Se trata con minoxidil 0.5 mg al día.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La alopecia areata puede manifestarse tanto en cuero cabelludo, como en otras áreas del cuerpo, como cejas, pestañas, pubis, brazos y piernas (3). Es importante tenerlo en cuenta al momento de hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades, siendo en el caso de milfosis, hipotiroidismo, dermatitis, psoriasis, lupus eritematoso discoide, infecciones, entre otros. Esta afección no es infrecuente en edad pediátrica, y requiere un pronto manejo para frenar la caída del vello y promover su crecimiento, evitando el aumento del área afectada.

REFERENCIAS

1. Afford R, Leung AKC, Lam JM. Pediatric Alopecia Areata. *Curr Pediatr Rev.* 2021;17(1):45–54.
2. Barton VR, Toussi A, Awasthi S, Kiuru M. Treatment of pediatric alopecia areata: A systematic review. *J Am Acad Dermatol.* junio de 2022;86(6):1318–34.
3. Alopecias: orientación diagnóstica, clínica y terapéutica | Medicina Integral [Internet]. [citado 20 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-alopacias-orientacion-diagnostica-clinica-terapeutica-15356>

LLUVIA EMBÓLICA SECUNDARIA A NEOPLASIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Heim, DA¹; González, FI¹; Melgarejo, MV¹; Mosso, F¹; Oviedo, SA¹; Lizana, JA²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

Autor corresponsal: Daniela Alejandra Heim Droppelmann; mail: daheim@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: “Reporte de un caso”, “Neoplasias”, “Accidente Cerebrovascular Isquémico”, “Embolia y Trombosis”

INTRODUCCIÓN

La incidencia de neoplasias malignas ha aumentado en Chile, al año 2020, 54.227 personas fueron diagnosticadas de cáncer¹. Dado su impacto, es relevante la prevención de enfermedades y complicaciones asociadas. El 15% de los pacientes oncológicos cursan con accidente cerebrovascular (ACV) concomitante, explicándose por un estado de hipercoagulabilidad generado por la liberación de citoquinas y factores procoagulantes de células tumorales. Los pacientes con cáncer que presentan ACV isquémico tienen niveles significativamente más altos de Dímero-D, que al ser un producto de degradación de fibrina, demuestra el estado hipercoagulabilidad^{2,3,4}. Este caso clínico refleja la fisiopatología detrás de un ACV y las diferencias que se presentan en contexto neoplásico.

CASO CLÍNICO

Femenina de 79 años, diabética, dislipidémica, hipotiroidea, tabáquica. Consulta en urgencias por 3 días de descoordinación en mano izquierda, dificultad para vestirse y fotopsias. Ingresa estable, con déficit motor y sensitivo faciobraquiocrural izquierdo. Laboratorio destaca Dímero-D 2650ng/ml y PCR 21mg/dL. Neuroimágenes evidencian infartos agudos en territorios supra e infratentoriales bihemisféricos y parietal-posterior derecho, con secuelas cerebelosas bilaterales. Ingres a Unidad de Tratamiento Intensivo con observación de lluvia embólica. Estudio de fuente embólica negativo, para descartar diferenciales. A la re-interrogación destaca reciente antecedente de baja de peso y distensión abdominal. Estudio complementario evidencia nódulos pulmonares de contornos espiculados, adenopatías mediastínicas, infartos esplénicos, nódulos suprarrenales y engrosamiento peritoneal. Se sospecha síndrome paraneoplásico secundario a neoplasia pulmonar primaria. Se completa estudio con PET-CT y RNM, evidenciando nódulos pulmonares, adenopatías mediastínicas, masas suprarrenales, omento-mesenterio sugerente de carcinomatosis y ascitis, anexo derecho, lesiones osteolíticas compatibles con localizaciones secundarias y metástasis meníngea. Evoluciona con regresión de síntomas motores, persistiendo con hipoestesia izquierda. Se realiza biopsia de nódulos pulmonares e ingresa a cuidados paliativos. Fallece 2 meses después.

CONCLUSIÓN

Durante la evolución de una neoplasia, hay mayor riesgo de eventos tromboembólicos, como ACV. Esta relación se debe a un estado de hipercoagulabilidad por factores tumorales y del tratamiento, explicando la elevación del Dímero-D^{4,5}. En dicho contexto, la presentación de un ACV en pacientes oncológicos puede diferir de no oncológicos, destacando la afectación de más de un territorio arterial cerebral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minsal.cl. [Citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>
2. Navi BB, Iadecola C. Ischemic stroke in cancer patients: A review of an underappreciated pathology. *Ann Neurol* [Internet]. 2018;83(5):873–83. [Citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ana.25227>
3. Dardiotis E, Aloizou A-M, Markoula S, Siokas V, Tsarouhas K, Tzanakakis G, et al. Cancer-associated stroke: Pathophysiology, detection and management (Review). *Int J Oncol* [Internet]. 2019; [Citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/ijo.2019.4669>
4. Bang OY, Seok JM, Kim SG, Hong JM, Kim HY, Lee J, et al. Ischemic stroke and cancer: Stroke severely impacts cancer patients, while cancer increases the number of strokes. *J Clin Neurol* [Internet]. 2011;7(2):53. [Citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3988/jcn.2011.7.2.53>
5. Kim K, Lee J-H. Risk factors and biomarkers of ischemic stroke in cancer patients. *J Stroke* [Internet]. 2014;16(2):91. [Citado el 16 de julio de 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5853/jos.2014.16.2.91>



NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PACIENTE ASMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alliende Page Elisa; Schwerter Romero Rosario; Villagrán Godoy Rocío; Prumbs Hasbun Daphne; Godoy Acevedo Arturo; Vargas Baeza Sofía

- 1 Internista de Medicina, séptimo año, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
- 2 Becado de Medicina Interna, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.
- 3 Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Autor corresponsal: Elisa Alliende Page; mail: Eallende@miuandes.cl

Palabras clave: asma, neumonía necrotizante, cavitación pulmonar, Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR), reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La neumonía necrotizante, tipo de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), desencadena una reacción inflamatoria y procesos de consolidación importantes. La liberación de citoquinas inflamatorias conduce a necrosis y a formación de cavitaciones (1). Los patógenos más prevalentes en adultos son Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae y Klebsiella pneumoniae, con alta prevalencia de coinfección por virus Influenza (1). Se presenta con fiebre, taquipnea, tos, hemoptisis y hallazgos imagenológicos característicos (focos de consolidación, microabscesos, cavitaciones) (2,3). Su manejo se basa en sospecha clínica, aislamiento del agente etiológico y antibioterapia dirigida. (2)

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años, asmático, consulta por cuadro de una semana de evolución de tos no productiva asociada a hemoptisis, disnea de moderados esfuerzos y fiebre cuantificada hasta 38.2°. Al examen físico destaca murmullo pulmonar disminuido bibasal, crépitos y roncus. Se solicitan exámenes, evidenciando panel viral positivo para Influenza AH1PDM09, bacteriano positivo para Haemophilus influenzae y parámetros inflamatorios elevados; y angioTAC de tórax con neumopatía multifocal, consolidación en lóbulos superiores y cavitación en el lóbulo superior izquierdo. Se hospitaliza con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda, cavitación pulmonar y neumonía multilobar, donde se mantiene con oxigenoterapia, corticoides, terapia broncodilatadora, Oseltamivir 75 miligramos cada 12 horas por 5 días y Ampicilina/Sulbactam 3 gramos cada 6 horas por 10 días. Se completa el estudio, destacando desarrollo de SAMR en el cultivo de expectoración. Se optimiza antibioterapia, escalando a Vancomicina asociada a Piperacilina/Tazobactam y Cotrimoxazol endovenoso, y se controlan parámetros inflamatorios, manteniéndose a la baja. Por buena evolución se da de alta con Cotrimoxazol Forte (1 comprimido cada 8 horas por 21 días) y control ambulatorio.

CONCLUSIÓN

La neumonía necrotizante se debe considerar dentro del diagnóstico diferencial de un cuadro respiratorio, sobre todo ante pacientes con comorbilidades como asma, ya que puede confundirse con una exacerbación de esta, lo que ocurrió con el paciente presentado. Ante la sospecha de NAC complicada es importante la búsqueda etiológica detallada, porque de confirmarse, se debe administrar tratamiento acorde y seguir estrictamente, sobre todo cuando se trata de pacientes con comorbilidades porque son más susceptibles a infecciones recurrentes y complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krutikov M, Rahman A, Tiberi S. Necrotizing pneumonia (aetiology, clinical features and management). *Curr Opin Pulm Med* [Internet]. 2019 [citado el 30 de julio de 2023];25(3):225–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30844921/>
2. Nicolaou EV, Bartlett AH. Necrotizing pneumonia. *Pediatr Ann* [Internet]. 2017;46(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3928/19382359-20170120-02>
3. Worsley C, Weerakkody Y. Necrotising pneumonia. En: Radiopaedia.org. Radiopaedia.org; 2014.



RESOLUCIÓN DE GRANULOMA UMBILICAL CON SAL COMÚN: REPORTE DE UN CASO

Oviedo, S¹; Gigli, C²; Valenzuela, F²; Ortúzar, C³; De la Jara, M⁴

1. Interna de séptimo año de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
2. Interna de sexto año de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
3. Alumna Medicina 5to año, Universidad de los Andes. Santiago de Chile.
4. Becada de Pediatría, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

Autor corresponsal: SIMONA OVIEDO BRAVO; mail: saoviedo@miuandes.cl

Palabras claves: “Granuloma Umbilical”; “Tratamiento”; “Cloruro de Sodio”; “Reporte de un Caso”.

Introducción: El granuloma umbilical es un nódulo de tejido granulador provocado por un exceso de granulación tras la caída del cordón umbilical que se produce en 1/500 recién nacidos. Usualmente es pediculado, de tejido no epitelizado y mide de 3 a 10 mm de diámetro. Tiene aspecto húmedo, rosado y aterciopelado. Se asocia a secreción serosa o serohemática, no mucosa y no presenta trayecto fistuloso. Se presenta el caso debido a la resolución espontánea y definitiva al tratar un granuloma umbilical con sal común (NaCl).

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 28 días de edad, sin antecedentes. Vacunas del nacimiento al día, sin uso de medicamentos ni alergias. Acude al control sano del mes de vida, donde madre refiere aparición de “una pelotita” rosada tras la caída del cordón umbilical al 9° día de vida, el cual supura y mancha la ropa de color amarillento y persiste a pesar de frecuentes aseos con agua y jabón. Niega aumento de tamaño, mal olor, fiebre, vómito, irritabilidad y rechazo alimentario. Al examen físico en buena condición general y alerta, en la inspección abdominal se visualiza un nódulo brillante de 5 x 5 mm de diámetro, sin secreción durante el examen físico, con mancha amarillenta en ropa. Sin más hallazgos al examen físico. Se plantea el granuloma umbilical como sospecha diagnóstica, considerando al pólipo umbilical como diagnóstico diferencial. Se realiza tratamiento con sal común (NaCl) en el lecho umbilical 3 veces al día, durante 5 días. Se aplica y se cubre con una gasa, luego se retira con agua tibia tras 10 - 30 minutos de su administración. Se controla el 3° día y se evidencia resolución completa del cuadro.

Discusión: El granuloma umbilical es una patología benigna generada por una cicatrización exagerada y de posible resolución espontánea. Se suele tratar con tocamientos de nitrato de plata, que produce una quemadura química, es doloroso y requiere de aseo del ombligo. Sin embargo, se presenta el tratamiento con sal común (NaCl) como una alternativa accesible, rentable, rápida, segura, fácil de administrar por los cuidadores y con tasas de resolución del 92.9 - 100%.

Bibliografía:

1. Cambridgeshire Community Services NHS Trust, Treating your babys umbilical granuloma, (2018).
2. Sanhueza R, Ombligo húmedo, Manual de cirugía pediátrica de la A a la Z, 2da edición (2019), 268-269.

MANEJO ÓPTIMO DE PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA FISHER IV NO SECUELADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Poblete, E¹. Catrileo, J¹. Robin, V¹. Alvarado, JP¹. Wortsman, S¹. Alarcón, R². 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.

Autor corresponsal: Eduardo Gregorio Poblete Durruty; mail: egpoblete@miuandes.cl

Palabras claves: Hemorragia subaracnoidea, Tratamiento de emergencia, comorbilidades, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) es un problema de salud pública por sus altos costos económicos (1). Tiene una mortalidad del 35% y solo el 30% regresan a una vida independiente. (2). El resultado clínico depende de múltiples factores, incluida la gravedad de la hemorragia, estado inicial del paciente, nuevas hemorragias tempranas e isquemia cerebral tardía. (3). La escala tomográfica de Fisher es de 1 a 4 puntos, predice el riesgo de vasoespasmo cerebral sintomático, según la cantidad de sangrado (4). Se presenta en este caso una paciente con HSAa Fisher IV, que luego de un manejo integral y a tiempo, no presentó secuelas al alta.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 54 años con antecedentes de tabaquismo activo, consultó en el servicio de urgencias por cefalea progresiva de 5 días de evolución, alta intensidad, irradiado a cuello, asociado a compromiso súbito de conciencia, sin pérdida de esfínter, con recuperación total. Se tomó tomografía computarizada (TC) y TC fase arterial encefálica. Inmediatamente comenzó con cefalea intensa asociado a crisis tónico-clónica generalizada. Se manejó con Lorazepam e intubación orotraqueal, manteniéndose en sedoanalgesia. Imagen: aneurisma sacular en tronco basilar distal de aproximadamente 5 x 6 x 8 mm, con signos de rotura.

Ingresó a unidad de cuidados intensivos sedada, isocóricas reactivas, movimientos oculocefálicos ausentes. Reflejos corneales conservados, respondiendo escasamente a nocicepción, plantares indiferentes y osteotendinosos ausentes. TC de control que mostró HSAa Fisher IV y signos iniciales de hipertensión endocraneana. Se decidió instalación de derivación ventricular externa y resolución endovascular del aneurisma, sin incidentes.

Se mantuvo una semana con profilaxis anticonvulsivante con electroencefalograma seriados negativos para actividad irritativa, profilaxis de vasoespasmo con presiones arteriales por metas y nimodipino, además de control clínico e imagenológico seriado.

Paciente evolucionó sin déficit neurológico. De alta a los 21 días de completado el nimodipino bien tolerado.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La HSAa tiene gran morbilidad y mortalidad. Es importante la sospecha diagnóstica de esta patología frente a una cefalea con signos de alarma, para hacer el diagnóstico temprano, tratar de manera rápida y correcta para minimizar resultados adversos tomando en cuenta las complicaciones agudas y subagudas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huidobro Salazar JF, Quintana Marín L. Guía clínica para el manejo de la hemorragia subaracnoidea aneurismática - propuesta de actualización al Ministerio de Salud de Chile. *revchilneurocir* [Internet]. 5 de septiembre de 2019 [citado 1 de agosto de 2023];43(2):156-65. Disponible en: <https://revistachilenadeneurocirugia.com/index.php/revchilneurocirugia/article/view/79>
2. Kundra S, Mahendru V, Gupta V, Choudhary AK. Principios de la neuroanestesia en la hemorragia subaracnoidea aneurismática. *J Anesthesiol Clin Pharmacol*. 2014; 30 :328–337.
3. D'Souza S. Hemorragia subaracnoidea aneurismática. *J Neurosurg Anesthesiol*. 2015; 27 :222–240.
4. Murillo-Bonilla L, Magaña-Solano G, Uribe-González P. Tratamiento del vasoespasma cerebral en el paciente con hemorragia subaracnoidea aneurismática. *Zenodo* [Internet]. 2018 Jan 31 [cited 2022 Nov 22]; Disponible en: <https://zenodo.org/record/1186926#.Y3wjNy2xBhA>



HIPOACUSIA AUTOINMUNE, UNA RARA CAUSA DE PÉRDIDA AUDITIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: REPORTE DE UN CASO

Rodríguez, MV¹; Koller, MC¹; Jiménez, SP¹; Castillo, SA²; Ortiz, TB²; Vizcaya, EJ²; Beltrán, MC³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
3. Otorrinolaringóloga, Departamento Otorrinolaringología, Clínica Universidad de los Andes, Chile.

Autor corresponsal: María Victoria Rodríguez Cossini; mail: mvrodriguez1@miuandes.cl

Palabras clave: hipoacusia, autoinmune, hipoacusia sensorineural, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La hipoacusia autoinmune corresponde a menos del 1% de las hipoacusias⁽¹⁾. Suele presentarse entre los 20 y 50 años, siendo raros los casos pediátricos⁽²⁾. Clínicamente es una hipoacusia sensorineural (HSN) de rápida instalación, generalmente bilateral asimétrica. Puede asociarse a síntomas vestibulares hasta en un 50% de los casos, por lo que un diferencial a descartar es la enfermedad de Meniere. No existen pruebas confirmatorias, pero el diagnóstico clínico puede complementarse con anticuerpos anticocleares⁽³⁾. Responde favorablemente al tratamiento con corticoides orales⁽⁴⁾. El objetivo del presente trabajo es reportar un caso de hipoacusia autoinmune pediátrica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino 15 años, con antecedentes de rinitis alérgica, asma bronquial, adenoamigdalectomía, y colleras a los 3, 8, y 10 años. Presenta historia de 4 episodios de HSN bilateral leve a moderada (2018, 2020), de 1 a 2 días de instalación, con examen físico normal. Se trató en cada episodio con prednisona 1 mg/kg por 1 mes, presentando audiometrías de control normales. En Abril de 2021 consulta por episodio de HSN izquierda leve de 2 días de instalación, sin hallazgos al examen físico. Se realizan exámenes inmunológicos, anticuerpos anticocleares, tomografía computarizada de oídos y resonancia magnética de cerebro, con resultados normales. Se trata con metilprednisona 16 mg cada 8 horas, y posteriormente con corticoides intratimpánicos, sin respuesta. En Septiembre, se agrega HSN derecha moderada, indicándose corticoides orales a permanencia, recuperando audición normal en Octubre. En Noviembre, presenta HSN moderada izquierda y se aumenta dosis de corticoides, con recuperación total. En Mayo de 2022, después de nuevo episodio y aparición de efectos secundarios de corticoides, se decide junto a reumatología escalar a tratamiento con metotrexato 15 mg/m². Hoy evoluciona con audición normal.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

La hipoacusia autoinmune es una patología infrecuente que debe sospecharse ante una HSN bilateral de rápida instalación, incluso con anticuerpos anticocleares negativos. Los corticoides orales son la primera línea de tratamiento, pero puede ser necesario escalar a otras terapias como corticoides intratimpánicos e inmunosupresores⁽⁵⁾, como se aprecia en este caso. Debido a su tendencia a recidivar, el seguimiento y manejo interdisciplinario es fundamental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marsili M, Marzetti V, Lucantoni M, Lapergola G, Gattorno M, Chiarelli F, Breda L. Autoimmune sensorineural hearing loss as presenting manifestation of paediatric Behçet disease responding to adalimumab: a case report. *Ital J Pediatr*. 2016 Sep 6;42(1):81. doi: 10.1186/s13052-016-0291-2. PMID: 27600159; PMCID: PMC5011950.
2. Mijovic T, Zeitouni A, Colmegna I. Autoimmune sensorineural hearing loss: the otology-rheumatology interface. *Rheumatology (Oxford)*. 2013 May;52(5):780-9. doi: 10.1093/rheumatology/ket009. Epub 2013 Feb 21. PMID: 23436581.
3. García Callejoa FJ, Costa Alcácer I, Blay Galaud L, Sebastián Gil E, Platero Zamarreño A. Un caso pediátrico de trastorno autoinmune del oído interno (síndrome de Cogan). *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2001;55(1):87–91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403301776345>
4. Gorthey S, Patel R, Vambutas A. Immune-Mediated Sensorineural Hearing Loss in the Pediatric Population. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022 Apr;166(4):768-771. doi: 10.1177/01945998211028796. Epub 2021 Jul 13. PMID: 34253071



NÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: REPORTE DE UN CASO

Eneros, AM¹. Hermosilla, S¹. Jiménez, F¹. Espinoza, F¹. Donoso, R¹. Feres, E². Friz, M³.

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de los Andes.
2. Broncopulmonar, Clínica Dávila. Recoleta, Santiago.
3. Estudiante de medicina cuarto año, Facultad Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: Ana María Eneros Alabart; mail: ameneros@miuandes.cl

Palabras clave: Artritis reumatoide; Nódulos reumatoides; Pulmón; reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica de naturaleza autoinmune, caracterizada por la presencia de autoanticuerpos contra IgG y proteínas citrulinadas (1). Es una patología heterogénea con manifestaciones intra y extraarticulares, incluyendo la presencia de artralgiás, tumefacción y calor local asociado a rigidez matinal. A nivel extraarticular destaca el compromiso pulmonar, incluye patología pleural, enfermedad pulmonar intersticial, vasculitis y nódulos pulmonares (NP) reumatoides (1). Estos últimos se pueden observar en AR severa, tratamiento con metotrexato (MTX) y agentes anti-TNF (2). Se presenta caso de paciente con AR que evoluciona con NP, manifestación extra-articular infrecuente de esta enfermedad, con una prevalencia estimada en 0.4%. (4)

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, 65 años, con antecedente de TBC latente tratada y AR de 10 años de evolución en tratamiento con Metotrexato. Consulta por aparición progresiva de aumento de volumen en varias zonas del cuerpo asociado a disnea hasta pequeños esfuerzos. Al examen físico destaca nódulos en extremidades superiores, glúteos, abdomen y tronco. Se realiza TAC de tórax que evidencia nódulos derechos aislados menores a 5 mm. Exámenes laboratorio: quantiferon TBC (-), ANA +1/80, CCP >1000, FR 2.686, panel miositis (-), perfil ENA (-), C3-C4 normal, ANCA, PR3 y MPO (-). Se realiza diagnóstico de NR dada la clínica, características radiográficas típicas, histopatología y cultivos negativos, descartándose como diagnósticos diferenciales TBC y cáncer pulmonar. Se maneja con Prednisona 40 mg diarios y Leflunomida. Tras 9 meses hubo disminución del tamaño y disnea, en el último control presentó regresión total de los NP.

CONCLUSIÓN:

Los NP reumatoides son una manifestación pulmonar infrecuente de la AR (2). Generalmente son asintomáticos y se observan en pacientes con AR de larga data y/o en aquellos con terapia prolongada con MTX. El manejo actual de la enfermedad pulmonar asociada a AR consiste en MTX, sin embargo, se debe analizar el riesgo versus el beneficio considerando la existencia de la "neumonitis inducida por MTX" y su eficacia no comparable a otras terapias como primera línea de tratamiento (3). Debido a la dificultad para diferenciar un NP reumatoide de cáncer pulmonar, se debe tener un alto índice de sospecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Radzikowska B. Rheumatoid arthritis. Pielę Polozna [Internet]. 2018 [citado el 2 de agosto de 2023];4(3):1–3. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp20181>
2. Chauhan K, Jandu JS, Brent LH, Al-Dhahir MA. Rheumatoid Arthritis. StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441999/>
3. Lee J, Ward MM. Methotrexate-related pneumonitis in inflammatory arthritis: what is the risk? [Rheumatol Ther]. 2021;8(3):1669-1674. Published 2021 Aug 11. doi:10.1007/s40744-021-00311-x
4. Gómez Herrero H, Arraiza Sarasa M, Rubio Marco I, García de Eulate Martín-Moro I. Nódulos pulmonares reumatoides: forma de presentación, métodos diagnósticos y evolución, a propósito de 5 casos. Reumatol Clin [Internet]. 2012 [citado el 15 de agosto de 2023];8(4):212–5. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-nodulos-pulmonares-reumatoides-forma-presentacion-articulo-S1699258X11003202>



COLECISTITIS ALITIÁSICA EN PACIENTE CURSANDO SHOCK HEMORRÁGICO POR SOBRE ANTICOAGULACIÓN, REPORTE DE CASO.

Catrileo, J¹. Poblete, E¹. Robin, V¹. Alvarado, JP¹. do Valle, L¹. Ithurbisquy, A². 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.

Autor corresponsal: Jesús Osvaldo Catrileo Ormazábal; mail: jocatrileo@miuandes.cl

Palabras claves: Colecistitis alitiásica, Colecistostomía, Fiebre, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La colecistitis alitiásica, es un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar sin un factor obstructivo (1) . Se postulan diferentes mecanismos fisiopatológicos, como la estasis biliar y la hipoperfusión. Se presenta, generalmente, en pacientes críticos (2,3). Esta presentación corresponde entre el 2 al 15% de los casos de colecistitis (5) , sin embargo, no se cuentan con series nacionales, donde la patología litiásica es muy prevalente. Este caso se presenta como diagnóstico diferencial de fiebre en paciente crítico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años, antecedentes de mieloma múltiple, síndrome nefrótico en hemodiálisis y terapia anticoagulante, consultó por tres días de evolución de hematemesis y melena. Ingresó somnoliento, pálido, taquicárdico e hipotenso. Tacto rectal objetivó melena. En los exámenes destacaron hemoglobina en 6.5 g/dL, plaquetas en 310000/cc e INR en 3.8.

Se diagnosticó hemorragia digestiva alta, por enfermedad ulcerosa, con compromiso hemodinámico. Se hospitaliza en unidad de paciente crítico para reanimación con fluidos, transfusiones sanguíneas, reversión de la anticoagulación y drogas vasoactivas. Evolucionó tópidamente, con fiebre y aumento de los requerimientos de noradrenalina. Se solicita estudio infeccioso, etiológico e imagenológico, hemocultivo positivo para *E. coli* y se inicia tratamiento antibiótico. En tomografía de abdomen y pelvis con sobredistensión vesicular y edema de pared. Sin respuesta a antibiótico y aumento de Noradrenalina, se plantea Colecistitis alitiásica. Se realiza Colecistostomía percutánea con drenaje de urgencia. Se completó estudio con Colangiografía la cual muestra disminución de tamaño y sin cálculos al interior. Por buena evolución se trasladó a unidad de menor complejidad.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Se presenta un paciente en choque hemorrágico complicado con bacteriemia. En la búsqueda de foco se objetiva una vesícula dilatada, sin obstrucción, que mejora tras la colecistostomía. Es una patología inusual y oligosintomática que necesita alta sospecha diagnóstica. La mortalidad está dada por la patología de ingreso (1,3) . La colecistostomía es una opción terapéutica a la cirugía, sobre todo, en paciente críticamente enfermos donde se ha demostrado una disminución del tiempo de hospitalización (5) .

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Šimunić M, Cambj Sapunar L, Ardalić Ž, Šimunić M, Božić D. Safe and effective short-time percutaneous cholecystostomy: A retrospective observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Nov 4;101(44):e31412. PMID: 36343031; PMCID: PMC9646577.
- 2.- Chen BQ, Chen GD, Xie F, Li X, Mao X, Jia B. Percutaneous cholecystostomy as a definitive treatment for moderate and severe acute acalculous cholecystitis: a retrospective observational study. *BMC Surg*. 2021 Dec 27;21(1):439. PMID: 34961498; PMCID: PMC8713395.
- 3.- Blasco-Alonso J, Santiago-García-Caro E, Gil-Gómez R, Jiménez-Alcántara C, Sánchez-Yáñez P, Milano-Manso G. Acute alithiasic cholecystitis: a not so rare disease. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014 Aug;106(7):487-90. PMID: 25490170.
- 4.- Treinen C, Lomelin D, Krause C, Goede M, Oleynikov D. Acute acalculous cholecystitis in the critically ill: risk factors and surgical strategies. *Langenbecks Arch Surg*. 2015 May;400(4):421-7. doi: 10.1007/s00423-014-1267-6. PMID: 25539703.
- 5.- Noh SY, Gwon DI, Ko GY, Yoon HK, Sung KB. Role of percutaneous cholecystostomy for acute acalculous cholecystitis: clinical outcomes of 271 patients. *Eur Radiol*. 2018 Apr;28(4):1449-1455. PMID: 29116391.



HALLAZGO DE GLIOMA TRAS PRIMOCONVULSIÓN AFEBRIL, LA RELEVANCIA DE LA NEUROIMAGEN: REPORTE DE UN CASO

Koller, MC ¹. Gálvez, JE ¹. Parra, J ¹. Lillo, FP ². Goffard, FJ ². Moyano, F ³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Neurocirujano, Clínica Universidad de Los Andes

Autor corresponsal: Ana María Eneros Alabart; mail:ameneros@miuandes.cl

Palabras claves: Glioma, primoconvulsión, neuroimagen

INTRODUCCIÓN

Los gliomas son un tipo de tumor del sistema nervioso central compuesto por células gliales. Son el tipo de tumor cerebral más frecuente en la población adulta y pediátrica, y el 60% son de ubicación infratentorial (1)(2). El astrocitoma pilocítico es el glioma más frecuente, teniendo una incidencia en Chile de 1.03 por 100.000 habitantes entre los 0 y 4 años (3). Las principales manifestaciones clínicas son cefalea, vómitos, diplopía y trastorno del equilibrio. Sus principales diagnósticos diferenciales son convulsiones febriles, malformaciones arteriovenosas, absceso cerebral, meningitis, esclerosis múltiple, vasculitis, entre otros. (4)

OBJETIVO

Reportar un caso clínico de glioma con presentación infrecuente, enfatizando en la importancia de la sospecha clínica tras una primoconvulsión afebril y la relevancia de la neuroimagen.

CASO CLÍNICO

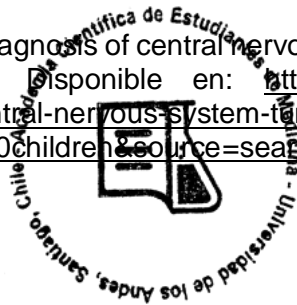
Paciente femenino de 3 años 8 meses previamente sana. Acude a servicio de urgencia por presentar convulsión tónico-clónica generalizada, con desviación de la mirada, de 2 minutos de duración, sin relajación de esfínteres. Ingresa en período post ictal, vigil, orientada, pupilas isocóricas, reactivas, sin signos meníngeos, bien perfundida y sin compromiso respiratorio, eutérmica. Se realizó exámenes destacando proteína C reactiva 81.76 mg/L, hemograma normal. Se hospitaliza en unidad de paciente crítico para estudio, se descartan alteraciones metabólicas, respiratorias, infecciosas e inmunológicas. Film Array respiratorio y meníngeo negativo. Estudio para esclerosis múltiple negativo. Se realiza resonancia magnética protocolo epilepsia que destaca lesión de tectum mesencefálico que disminuye la amplitud del acueducto, sugerente de glioma. Se profundiza estudio con resonancia magnética de cerebro con contraste y espectrometría, compatible con glioma. Dada localización mesencefálica se desestima un abordaje quirúrgico por alto riesgo de complicaciones, por lo que se propone manejo conservador con anticonvulsivantes y vigilar crecimiento con resonancia y espectrometría cada 3 meses.

CONCLUSIÓN

Los gliomas son los tumores cerebrales más frecuentes en la población pediátrica, pero que requieren alto nivel de sospecha por sus diversas presentaciones clínicas, considerando una primoconvulsión afebril para realizar un diagnóstico precoz, para lo cual es imprescindible la realización de una neuroimagen a la brevedad. El tratamiento de elección dependerá de diversos factores propios de cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louis DN. Classification and pathologic diagnosis of gliomas, glioneuronal tumors, and neuronal tumors. UpToDate [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-and-pathologic-diagnosis-of-gliomas-glioneuronal-tumors-and-neuronal-tumors?search=tumores%20cerebrales%20pediátricos&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
2. Fangusaro J. Pediatric high grade glioma: a review and update on tumor clinical characteristics and biology. Front Oncol [Internet]. 2012 [citado 12 de julio de 2023];2:105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2012.00105>
3. Contreras LE. EPIDEMIOLOGÍA DE TUMORES CEREBRALES. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017 [citado 13 de julio de 2023];28(3):332-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-epidemiologia-de-tumores-cerebrales-S0716864017300585>
4. Lau C. Clinical manifestations and diagnosis of central nervous system tumors in children. UpToDate. [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-central-nervous-system-tumors-in-children?search=brain%20tumor%20children&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H18



“PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN PACIENTE CON UROLITIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO”

Alliende Page, Elisa¹; Cardenas, Fernanda²; Villagrán, Rocío³; Prombs, Daphne⁴; Lyon, Jose Manuel⁵; Uriarte, Ignacia⁶

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
3. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
4. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
5. Médico Cirujano, Becado de Medicina Interna, Universidad de los Andes
6. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Autor corresponsal: Elisa Alliende Page; mail: Ealliede@miuandes.cl

Palabras claves: Pielonefritis enfisematosa, Pielonefritis complicada, Urolitiasis, Sepsis foco urinario, Reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La pielonefritis enfisematosa es una infección del tracto urinario asociada a formación de gas. Diabetes Mellitus y obstrucción urinaria son factores de riesgo importantes (1). Los principales patógenos son Escherichia Coli y Klebsiella Pneumoniae (2). La presentación es similar a una pielonefritis grave, con particularidades como piuria, disuria, taquicardia, neumaturia y crépitos palpables (3). El tratamiento consta de antibióticos, desobstrucción de la vía urinaria y drenaje del material purulento. La nefrectomía de urgencia es un factor de riesgo de mortalidad por lo que se debe iniciar con manejo mínimamente invasivo (3).

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, 48 años, con antecedentes de diabetes tipo 2 no controlada, litiasis renal de 20 años de evolución, hipertensión, tabaquismo e infecciones urinarias recurrentes. Consulta por dolor hipogástrico e inguinal, fiebre, disuria, piuria, incontinencia urinaria y vómitos. Ingresa taquicardica, normotensa, afebril, hemoglucotest 268. Sudorosa, con mucosas secas y pálidas, abdomen distendido, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas iliacas, sin signos de irritación peritoneal. Por sospecha de pielonefritis complicada, se realiza TC de abdomen y pelvis: pielonefritis crónica obstructiva (riñón de 15.5cm), cálculo piélico coraliforme de 35x24mm, pielitis enfisematosa e hidroureteronefrosis. Se diagnostica sepsis de foco urinario por pielonefritis enfisematosa, litiasis renal derecha complicada, falla renal aguda, anemia, hiponatremia e hipocalcemia. Se decide manejo con volumen, ceftriaxona 2g/día y amikacina 1g/día. Al segundo día de hospitalización, se realiza instalación de catéter JJ. Se rescata urocultivo positivo para Escherichia Coli y Candida Albicans, y se mantiene ceftriaxona 1g/12hrs por 21 días, amikacina 1g/día por 4 días y fluconazol 400mg/día por 14 días.

CONCLUSIÓN

Aunque el diagnóstico de la pielonefritis enfisematosa generalmente es por imágenes (tomografía computarizada) (2), la clínica es una excelente guía a la sospecha de este cuadro. Es a través de los síntomas de piuria, disuria, taquicardia y dolor abdominal que presentó nuestra paciente, que se llegó a la toma de decisiones de manera precoz, tanto de estudio como de tratamiento. La pielonefritis enfisematosa en más del 50% de los casos evoluciona a bacteriemia, que puede progresar a shock séptico y falla multiorgánica (4), por lo que el enfrentamiento debe estar a la altura de una patología potencialmente letal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ronald A, Ludwig E. Urinary tract infections in adults with diabetes. *Int J Antimicrob Agents* [Internet]. 2001;17(4):287–92. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-8579\(00\)00356-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-8579(00)00356-3)
2. Huang J-J, Tseng C-C. Emphysematous pyelonephritis: Clinicoradiological classification, management, prognosis, and pathogenesis. *Arch Intern Med* [Internet]. 2000;160(6):797. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.160.6.797>
3. Desai R, Batura D. A systematic review and meta-analysis of risk factors and treatment choices in emphysematous pyelonephritis. *Int Urol Nephrol* [Internet]. 2022;54(4):717–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11255-022-03131-6>
4. Sánchez Legaza E, Vallejos Miñarro J, Pérez Ortega G, Casa Gazquez F. Pielonefritis enfisematosa derecha con absceso pararenal. *Salud (i) Ciencia*. 2016 ;21(2016):855-57. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/sic/218/152065.pdf>



NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA INMUNOSUPRIMIDA POR QUIMIOTERAPIA, REPORTE DE UN CASO

Robin, V¹; do Valle, L¹; Poblete E¹; Catrileo J¹; Alvarado, JP¹; Schwenger, A²; González, M³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
3. Médico Internista, Departamento de Medicina Interna, Hospital Luis Tisné, Chile.

Autor correspondiente: Vilenka Dennisse Robin Pinto; mail: vd robin@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: Neutropenia febril, Quimioterapia, Cáncer de mama, Reporte de Caso

INTRODUCCIÓN

La neutropenia febril (NF) es recuento absoluto neutrófilos $<500/\mu\text{l}$ o <1000 que en las siguientes 48 horas tiendan a disminuir <500 , asociado a temperatura oral de 38°C sostenida durante una hora o una toma $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ (1). Es una urgencia hematológica/infecciosa que requiere pesquisa y terapia inmediata (2). En inmunosuprimidos, la fiebre puede ser el primer y único signo de infección, por lo que es fundamental saber manejar estos pacientes para evitar complicaciones como sepsis o incluso muerte (3). Dado lo anterior, se presenta caso de una paciente oncológica en quimioterapia que presenta NF donde se diagnostica celulitis.

CASO CLÍNICO

Mujer, 58 años, antecedentes de cáncer endometrial y de mama carcinoma ductal invasivo etapa IIIC en quimioterapia. Recibió 6 ciclos de Paclitaxel generando reacción alérgica, por lo que se cambió a Docetaxel. Tras segundo ciclo de Docetaxel, inicia coloración verdosa-violácea en uñas de mano izquierda, evolucionando hacia falanges, asociado a dolor intenso.

Al examen físico destaca eritema, edema y calor local hasta antebrazo izquierdo, necrosis de 2^o y 4^o falanges distales, impotencia funcional y dolor. Al laboratorio hemoglobina 8,8g/dL, leucocitos 120/uL, plaquetas 18000/uL. Recibe transfusión y se hospitaliza en UTI para estudio y manejo.

Durante hospitalización, presenta fiebre de $38,5^{\circ}\text{C}$, se diagnostica neutropenia febril y celulitis, se pancultiva y se amplía estudio. Se descarta lesión vascular con AngioTAC y etiología embólica/trombótica con holter de ritmo y ecocardiograma. En evaluación oncológica, no impresiona reacción a quimioterapia. Estudio reumatológico normal. Recibe Filgastrin, con respuesta favorable, desestimando infiltración medular.

Se interpreta como pancitopenia por infección grave por lo que recibe terapia antimicrobiana con Ceftriaxona/Clindamicina y Cefepime/Vancomicina, la cual se ajusta a monoterapia con Cefepime tras hemocultivos negativos y cultivo de lesión positivo para SAMS. Evoluciona sin nuevos episodios febriles, con regresión de celulitis y mejoría de lesiones, último laboratorio hemoglobina 10,6g/dL, leucocitos 11440/uL y plaquetas 70000/uL. Se decide alta con controles ambulatorios.

CONCLUSIÓN

La NF es un cuadro grave que requiere antibiótico precoz para disminuir la mortalidad (3). Presenta mayor morbi-mortalidad en pacientes oncológicos, por lo que se requiere alta sospecha (1).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuervo-Maldonado SI, Bermúdez CD, Enciso L, Gómez-Rincón JC, Castillo JS, Sánchez R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones bacterianas y micóticas en pacientes oncológicos mayores de 15 años con neutropenia febril posquimioterapia de alto riesgo. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2014;18(4):186–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2014.06.002>
2. Cáceres D. sintesis.med.uchile.cl - Neutropenia febril [Internet]. Uchile.cl. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/medicina-interna/hemato-oncologia/864-1-08-2-006>
3. Wingard, J. Overview of neutropenic fever síndromes [Internet]. UpToDate: Bow E, Hall KK, Bond S; Última actualización 04 May 2022 [Consultado 30 Jul 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-neutropenic-fever-syndromes?search=neutropenia%20febril&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H278237216



MANEJO DE OSTEOMIELITIS SUBAGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Osses, V¹; Jordan, MP¹; Di Carlo, C²; Gandolfo, S³; Monestés, F²; Castillo, S²; Villalón, H³.

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

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

(3) Pediatra Neonatólogo, Clínica Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Valentina Osses Alvarado; mail: vosses@miuandes.cl

Palabras Clave: Reporte de un caso, osteomielitis, calcáneo, absceso de Brodie, pediatría.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una infección bacteriana invasiva que comúnmente conduce a hospitalización y tratamiento antibiótico prolongado (1). Su forma subaguda, de infección ósea solapada con absceso intraóseo o de Brodie es cada vez más frecuente. Su localización calcánea es de diagnóstico difícil y tardío, representando un 5-6% del total de infecciones óseas pediátricas (2,3). Presenta clínica inespecífica, larvada y poco florida, requiriendo alta sospecha y complemento imagenológico para el diagnóstico. Presenta dolor leve persistente asociado a inflamación local y claudicación, siendo raros los síntomas sistémicos (4). En menores de 5 años los principales agentes causales son *S. Aureus* y *Kingella kingae*. El manejo antibiótico asociado a cirugía es el tratamiento más efectivo, y debe ser de inicio temprano con el fin de evitar complicaciones como artritis séptica, fracturas patológicas o sepsis severa (5).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino 2 años sin antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes. Consulta por 2 semanas de claudicación de extremidad inferior derecha sin trauma, fiebre y lesión ósea aparente. Se sospecha lesión musculoesquelética y se realizan exámenes 5 días después, donde se evidencian leucocitos 9.000 (39% PNM), PCR 0.19, VHS 7.4 e incremento de síntomas. A los 10 días, se inicia cefadroxilo 5ml c/12hrs y se realiza resonancia magnética de calcáneo, evidenciando osteomielitis subaguda de calcáneo derecho con absceso de Brodie y cloaca, por lo que se decide realizar aseo quirúrgico asociado a drenaje y tratamiento con cloxacilina y ceftriaxona endovenoso por 5 días. Biopsia corrobora osteomielitis supurativa y cultivo evidencia cepa de *K. Kingae*. Paciente evoluciona favorablemente, alta a los cinco días, con cefadroxilo jarabe 500mg/5ml (6ml c/12hrs) por 4 semanas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

La Osteomielitis subaguda en edad pediátrica presenta un asequible manejo si se logra identificar a tiempo. Frente a la clínica inespecífica de dolor larvado y claudicación, la sospecha y estudio precoz con imágenes son fundamentales para un diagnóstico oportuno y manejo temprano que evite complicaciones y repercusiones crónicas para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Guzmán H, Meza P. INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021 [citado el 1 de agosto de 2023];32(3):304–10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-osteoarticulares-en-ninos-S0716864021000432>
- (2) Antoniou D, Conner AN. Osteomyelitis of the calcaneus and talus. J Bone Joint Surg Am [Internet]. 1974 [citado el 2 de agosto de 2023];56(2):338–45. Disponible en: https://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/1974/56020/Osteomyelitis_of_the_Calcaneus_and_Talus.14.aspx
- (3) Rasool MN. Hematogenous osteomyelitis of the calcaneus in children. J Pediatr Orthop [Internet]. 2001 [citado el 2 de agosto de 2023];21(6):738–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11675546/>
- (4) Jaakkola J, Kehl D. Hematogenous calcaneal osteomyelitis in children. J Pediatr Orthop [Internet]. 1999 [citado el 2 de agosto de 2023];19(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10573335/>
- (5) Pääkkönen M, Kallio MJT, Peltola H, Kallio PE. Antibiotic treatment and surgery for acute hematogenous calcaneal osteomyelitis of childhood. J Foot Ankle Surg [Internet]. 2015 [citado el 2 de agosto de 2023];54(5):840–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25912854/>



HALLAZGOS EN DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN: PIODERMA GANGRENOSO. REPORTE DE UN CASO

Eneros, AM. Merino, F. Hermosilla, S. Gonzalez, J. Starocelsky, N. Morales, D³.

1. Internas de medicina. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de medicina cuarto año. Facultad de medicina, Universidad de los Andes.
3. Medico Internista. Clínica Dávila. Santiago.

Autor corresponsal: Ana María Eneros Alabart; mail: ameneros@miuandes.cl

Palabras clave: Enfermedad de Crohn; Pioderma gangrenoso; Manifestaciones gastrointestinales; Enfermedad inflamatoria intestinal; Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se caracteriza por inflamación transmural que puede afectar cualquier porción del tubo digestivo (1). Clínicamente se manifiesta con disentería, dolor abdominal y síntomas sistémicos, siendo el pioderma gangrenoso una presentación infrecuente dentro de las manifestaciones extraintestinales. Es una dermatosis neutrofílica de lesiones que comienzan como una pápula o pústula de borde violáceo y socavado en un sitio de trauma, con posterior necrosis de la dermis que resulta en úlceras profundas a medida que avanza la lesión (2). Presentamos el caso de un paciente joven, que debuta con EC asociado a pioderma gangrenoso.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino 28 años, sin antecedentes médicos. Consulta al servicio de urgencias por diarrea disintérica y dolor abdominal leve intermitente de 5 semanas de evolución, al cual se agrega fiebre, vómitos, mala tolerancia oral los últimos 3 días. Al examen físico destaca mucosas deshidratadas pálidas, abdomen RHA aumentados, sensible a la palpación difusa. Exámenes laboratorio: hemoglobina 7.2 mg/dL, calprotectina (> 1000 ug/g), TAC abdomen: engrosamiento mural e hipercaptación de la mucosa del colon y sigmoides, con contenido líquido en su interior, compatible con colitis y sigmoiditis. La colonoscopia evidencia mucosa del sigmoides con erosiones, úlceras grandes y profundas hasta la muscular, concordantes con EC. Se toman biopsias seriadas de colón, la cual confirma el diagnóstico. Durante la hospitalización, al examen físico destacan dos lesiones ulceradas socavadas, la mayor de 2 cm de diámetro y 0.5 cm de profundidad, de bordes violáceos, apoyando fuertemente la sospecha inicial de EC. Se realiza evaluación por dermatología y se biopsian con sospecha de pioderma gangrenoso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En EC el examen físico minucioso es crucial debido a las múltiples manifestaciones extraintestinales asociadas, las cuales pueden comprometer a múltiples sistemas. En este caso, nos enfrentamos a una EC con compromiso sistémico, anemia severa, y pioderma gangrenoso, la cual es una de las complicaciones más graves de la EII dada su significativa morbilidad y un gran impacto en la calidad de vida del paciente (2). Es importante la búsqueda exhaustiva de estas manifestaciones, para brindar un manejo correcto y precoz.

REFERENCIAS:

1. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Jul 13]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-crohn-disease-in-adults?search=crohn&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Weizman AV, Huang B, Targan S, Dubinsky M, Fleshner P, Kaur M, et al. Pyoderma gangrenosum among patients with inflammatory bowel disease: A descriptive cohort study. *J Cutan Med Surg* [Internet]. 2014 [citado el 1 de agosto de 2023];18(5):361. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2310/7750.2013.13103>
3. Zhang H, Sun Y, Li K, Zhang J, Chen X. Multiple lesions at different stages of pyoderma gangrenosum in a Crohn's disease patient. *Clin Cosmet Investig Dermatol* [Internet]. 2022 [citado el 29 de julio de 2023];15:1593–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/CCID.S374973>
4. UpToDate [Internet]. www.uptodate.com. [cited 2023 Jul 13]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pyoderma-gangrenosum-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=pyoderma%20gangrenoso&source=search_result&selectedTitle=1~109&usage_type=default&display_rank=1



IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN PACIENTE VIH: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bezama, F¹; Do Valle, L¹; Muñoz, V¹; Zúñiga T¹; Órdenes, F²; Garibaldi, A³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
3. Médico Neurólogo, Departamento de Neurología, Hospital Luis Tisné, Chile.

Autor corresponsal: Felipe Andrés Bezama Gattas; mail: fabezama@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Leucoencefalopatía multifocal progresiva, Virus inmunodeficiencia humana, Punción lumbar, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LEMP) es una enfermedad neurológica desmielinizante adquirida postinfecciosa producida por reactivación del virus John Cunningham (VJC), el cual tiene estrechas relaciones moleculares con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, pero se sospecha en recuento de CD4 <200, con focalidad neurológica o deterioro cognitivo subcortical (1). El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, pero se aproxima con imágenes sugerentes y la presencia de VJC en líquido cefalorraquídeo mediante reacción en cadena de polimerasa (PCR) (2).

CASO CLÍNICO

Hombre, venezolano, 37 años, con antecedentes de VIH sin Terapia Antirretroviral (TARV) hace 7 años. Consulta por cuadro de 2 años de tos seca de predominio nocturno y escalofríos. En el último mes se agrega pérdida peso involuntaria, debilidad extremidad superior, letargia y hemianopsia homónima izquierda. Al examen físico de urgencias destaca marcha inestable con lateralización a izquierda, bradipsiquia, bradilalia y disminución de fuerza en mano izquierda. Se realiza tomografía computarizada de cerebro con contraste que destaca focos hipodensos subcorticales fronto-parieto-occipitales derechos subagudos tardíos. Se decide hospitalizar. Se complementa estudio con resonancia magnética de cerebro con gadolinio, que muestra lesiones hiperintensas en sustancia blanca supratentorial en T2 que no captan contraste, sugerente de LEMP. Se realizan estudios etiológicos buscando principalmente otras infecciones oportunistas. Se realiza una punción lumbar con PCR para VJC, la cual sale negativa en la primera muestra y positiva al repetir el estudio. Se diagnostica LEMP y se reinicia la TARV. Pese al diagnóstico precoz, a las 2 semanas el paciente evolucionó rápidamente con hemiparesia derecha y heminegligencia izquierda.

CONCLUSIÓN

La LEMP es una complicación grave que se presenta en pacientes portadores de VIH. Dada la dificultad diagnóstica, el nivel de sospecha debe ser alto. Se debe tener en cuenta que la PCR puede tener falsos negativos, por lo que si el índice de sospecha es alto, es planteable repetir el examen. A pesar de no existir tratamiento, es importante llegar a un diagnóstico, ya que establece un pronóstico vital no favorable, donde el 80% fallece en los primeros 6 meses, permitiendo así reducir la incertidumbre tanto del paciente como sus familiares (3)

BIBLIOGRAFÍA

1. Gnocchi, Martha, et al. Leucoencefalopatía multifocal progresiva: a propósito de un caso clínico-patológico en un paciente infectado por VIH. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2003 Mayo [citado 2023 Ago 02] ; 19 (1): 78-82. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902003000100010&lng=es.
2. Gómez MB; Pérez MT, et al. Leucoencefalopatía multifocal progresiva: desde el origen a 2008. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología [Internet]. 2009 Jul 1;10(3):91–9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-o274-articulo-leucoencefalopatia-multifocal-progresiva-desde-el-1314068>
3. Sancho Rubio María Cristina, Garijo Gallego Celia, Villar Yus Carlos. Leucoencefalopatía multifocal progresiva en paciente con diagnóstico tardío de SIDA. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300176&lng=es. Epub 01-Oct-2019



OFTALMOPATÍA TIROIDEA UNILATERAL SEVERA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE TIROTOXICOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jiménez, SP¹; Rodríguez, MV²; Kalaesis, NPS³; Santorcuato, FP¹; Arévalo, IP².Castillo, MDE³.

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
3. Médico Internista, Endocrinóloga, Pontificia Universidad Católica, Chile.

Autor corresponsal: Sofía Paz Jiménez Castillo; mail:spjimenez@miuandes.cl

Palabras clave: Oftalmopatía tiroidea, Oftalmopatía de Graves, Graves-Basedow, Exoftalmo, Reporte de Caso.

INTRODUCCIÓN

La oftalmopatía tiroidea (OT) es una patología inmunomediada que afecta la musculatura extraocular, la grasa y el tejido conectivo orbitario(1). Se caracteriza por proptosis, retracción del párpado superior, edema y eritema conjuntival y periorbitario(2). A pesar de que la enfermedad de Graves (EG) es la causa más común, hasta un 10% de los pacientes presentan función tiroidea normal o disminuida(3). La OT es generalmente bilateral, pero puede manifestarse de manera unilateral de manera infrecuente (5-15%)(4).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 66 años con antecedentes de retardo mental severo, consultó por exoftalmo progresivo a izquierda de 1 año de evolución, que se agravó en el último mes. Además, presentaba hemorragia subconjuntival, dolor y deterioro de la visión. Los exámenes de laboratorio mostraron TSH suprimida (0,001 mUI/L) y T4 libre en 2,8 nmol/L, así como anticuerpos antirreceptor de TSH positivos. Se diagnosticó orbitopatía grave asociada a enfermedad tiroidea, iniciándose tratamiento con metilprednisolona intravenosa. Después de cinco días, se observó una disminución del dolor ocular y una reducción del exoftalmo. Posteriormente, se administró metimazol y se realizó una tarsorrafia. Debido a la favorable evolución, se otorgó el alta hospitalaria con transición a prednisona oral, manteniéndose el tratamiento con metimazol, junto con un tratamiento ocular que incluyó lágrimas artificiales y ungüento de cloranfenicol.

CONCLUSIÓN

La OT con predominancia unilateral, como en el caso de nuestro paciente, es poco común, y aún menos frecuentes son las formas graves de OT, que solo afectan al 4-5% de los pacientes(1,4). Su reconocimiento temprano es crucial debido a sus potenciales complicaciones, que pueden incluso resultar en la pérdida de la visión(1,4). El diagnóstico se establece al determinar una disfunción tiroidea autoinmune con síntomas oculares o evidencia imagenológica de OT(3). Resulta fundamental la evaluación oftalmológica para determinar el grado de afectación visual. En cuanto al manejo, se busca restablecer el estado eutiroideo con fármacos antitiroideos y controlar la inflamación mediante corticosteroides u otras terapias inmunosupresoras(1,5). El diagnóstico y tratamiento oportunos son cruciales para prevenir las secuelas graves y discapacitantes de esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González-García A, Sales-Sanz M. Treatment of Graves' ophthalmopathy. Med Clínica Engl Ed. 26 de febrero de 2021;156(4):180-6.
2. Bahn RS. Graves' ophthalmopathy. N Engl J Med. 25 de febrero de 2010;362(8):726-38.
3. Hoang TD, Stocker DJ, Chou EL, Burch HB. 2022 Update on Clinical Management of Graves Disease and Thyroid Eye Disease. Endocrinol Metab Clin North Am. junio de 2022;51(2):287-304.
4. Pérez Moreiras JV, Coloma Bockos JE, Prada Sánchez MC. Orbitopatía tiroidea (fisiopatología, diagnóstico y tratamiento). Arch Soc Esp Oftalmol. agosto de 2003;78(8):407-31.
5. Oftalmopatía tiroidea como inicial y única manifestación clínica de la enfermedad de Graves en una paciente en edad escolar. Rev Esp Endocrinol Pediátrica [Internet]. septiembre de 2013 [citado 22 de julio de 2023];(4). Disponible en: <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2013.Mar.93>



DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO DESCOMPENSADO ASOCIADO A HIPOTIROIDISMO SEVERO: REPORTE DE CASO

Autores: Schmitz, MM¹; Soffia, MC¹; Airola MG¹, Arnés, JP¹, Cleary, M²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: María Macarena Schmitz Buschmann; mail: mmschmitz@miuandes.cl

Palabras claves: DHC, hipotiroidismo, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

Generalmente, se considera que el hígado es independiente de hormonas, pero existe una relación compleja entre éste y la glándula tiroidea (1). La evidencia ha demostrado que ambas entidades pueden presentar síntomas similares, especialmente en sus formas más severas. Se presenta un caso de un DHC asociado a un hipotiroidismo severo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 48 años, con antecedentes médicos de epilepsia mioclónica juvenil y DHC de causa inespecífica. Consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de ictericia, dolor tipo cólico en hemiabdomen superior, ascitis y edema de EEII. Al examen físico, destaca paciente bradipsíquica, con estigmas de DHC, ascitis leve y edema duro en ambas EEII. Al ingreso presentó anemia leve megaloblástica, patrón colestásico, hipalbuminemia, hiperamonemia y alteración de las pruebas de coagulación. Posteriormente se evidencia TSH 80 mUI/L, T4L 0.59 nmol/L y Anti TPO (+). Al interrogatorio, la paciente refiere bradipsiquia, intolerancia al frío, edema de tobillos, caída de pelo y cuadros de constipación más frecuentes desde hace 6 meses. El edema, ascitis y bradipsiquia fueron interpretados en contexto de DHC descompensado, pero podrían tratarse de un hipotiroidismo severo. Posterior al inicio de Levotiroxina en dosis de 150 mcg/día presenta mejora significativa del cuadro clínico y de exámenes de laboratorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Las hormonas tiroideas presentan un rol sobre el metabolismo basal, por lo que el hígado puede verse afectado por el hipotiroidismo. Esta relación, entre hígado y tiroidea, a menudo no se estudia (1), pero resulta fundamental, dado que características clínicas del hipotiroidismo pueden simular aquellas observadas en la disfunción hepática. Dentro de ellas encontramos la hiperamonemia y la ascitis, que pueden dificultar el diagnóstico correcto de DHC descompensado. En este contexto, resulta fundamental considerar el diagnóstico diferencial de hipotiroidismo severo en pacientes que consultan por un cuadro sugerente de DHC descompensado.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Piantanida, E., Ippolito, S., Gallo, D. *et al.* The interplay between thyroid and liver: implications for clinical practice. *J Endocrinol Invest* 43, 885–899 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01208-6>

“TURF TOE”: REPORTE DE UN CASO

Goldbaum, E¹; Conejeros, JA¹; Carrasco, C²; Lecaros, G²; Germain, B³; Ahumada, X⁴.

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
3. Ayudante corrector, Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
4. Médico cirujano especialista en Ortopedia y Traumatología, Fellow Tobillo y Pie, Clínica Universidad de los Andes, Chile.

Autor corresponsal: Eithan Goldbaum Roizen; mail: egoldbaum@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Articulación metatarsofalángica, huesos sesamoideos, placa plantar, reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

El “Turf Toe” es una lesión del complejo cápsulo ligamentoso de la 1° articulación metatarsofalángica (MTF). Ocurre principalmente en atletas, por un mecanismo de hiperextensión del hallux con carga axial del pie. Suele presentarse con dolor e incapacidad funcional. Su diagnóstico se realiza con clínica e imágenes, pero a menudo pasa desapercibido. La mayoría de los casos se benefician de manejo ortopédico, sin embargo, algunos casos requerirán de cirugía, por lo que se debe tener un alto índice de sospecha para derivar cuando sea pertinente, en especial en pacientes que buscan retornar a la práctica deportiva (1).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 21 años, sano. Hacia 14 días durante partido de Rugby sufrió mecanismo de dorsiflexión forzada de hallux izquierdo, evolucionando con impotencia funcional y dolor en 1° MTF izquierda, de predominio plantar. Al examen físico, dolor a la palpación del sesamoideo lateral y placa plantar de la 1° MTF izquierda, cajón dorsoplantar y bostezos negativos, rangos de movimiento (ROM) conservados. Radiografía simple mostró migración proximal y posible fractura del sesamoideo lateral. Se solicitó Resonancia Magnética (RM), que mostró diástasis de sesamoideo lateral bipartito asociado a edema perilesional, por lo que se decidió manejo quirúrgico con reparación de sesamoideo. Control postoperatorio a los 20 días sin signos de complicación, sin dolor, ROM conservados. Se indicó kinesioterapia y retorno deportivo gradual.

CONCLUSIÓN

El “Turf Toe” se presenta principalmente en deportistas. La clínica suele ser inespecífica, y se requiere un alto índice de sospecha, derivando para estudio y manejo cuando sea pertinente. Algunas indicaciones quirúrgicas son: diástasis de sesamoideo bipartito o de fractura sesamoidea, migración de sesamoideos, hallux valgus traumático, inestabilidad, fracaso de manejo conservador, entre otras. Estos pacientes requieren un manejo oportuno para evitar complicaciones como dolor o inestabilidad crónica y lograr un retorno precoz a la práctica deportiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poppe T, Reinhardt D, Tarakemeh A, Vopat BG, Mulcahey MK. Turf Toe: Presentation, Diagnosis, and Management. JBJs Rev. 2019 Aug;7(8):e7. doi: 10.2106/JBJs.RVW.18.00188. PMID: 31436580.

INFARTO DE LA PICA POR DISECCIÓN VERTEBRAL BILATERAL, REPORTE DE UN CASO.

Alvarado, J.P.¹, Solís, R.I.¹, Robin, V.¹, Poblete, E.¹, Catrileo, J.¹, Villalon, C.²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile.

Autor corresponsal: José Pablo Alvarado Filippi; mail: jpalvarado@miuandes.cl

Palabras clave: Disección arteria vertebral, infarto cerebeloso, reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

Entre las causas de infarto cerebral, la disección de la arteria vertebral es una de las menos frecuentes, su incidencia aproximada es de 1.5 casos cada 100.000 personas al año y tiende a presentarse en pacientes jóvenes (1). Aún más infrecuente es que sea bilateral.

La disección arterial consiste en la separación de las láminas de la pared, creando un falso lumen a través del cual el flujo sanguíneo avanza disecando las capas, puede culminar en aneurisma disecante o formación de trombo con oclusión de la arteria. Este fue el caso que presentaremos a continuación.

CASO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 24 años, sin antecedentes relevantes, con cuadro de 10 días de evolución caracterizado por dolor cervical, continuo, sin irradiación, con mala respuesta a manejo sintomático con analgésicos, exacerbado por aparición súbita de compromiso de conciencia, disartria, disfagia, vértigo y ataxia, por lo que es llevada a urgencias. Ingresó somnolienta, con hemiparesia derecha y nistagmus multidireccional, NIHSS score de 13. Se realiza resonancia magnética que muestra infarto agudo - sub agudo cerebeloso derecho, angioTAC de cuello y cerebro identifica disección bilateral de las arterias vertebrales a nivel de V3 y trombo oclusivo de la arteria basilar. Dado que se encuentra fuera de ventana para trombólisis se decide inmediatamente angioplastia percutánea primaria con resultados satisfactorios.

Se maneja en unidad de paciente crítico, con apoyo de kinesioterapia motora logra recuperación completa desde el punto de vista neurológico, NIHSS score de 0, con leve disartria al momento del alta.

CONCLUSIÓN

Presentamos este caso para recordar la importancia de tener una sospecha activa en casos de cervicalgia con sintomatología que se escapa de lo ordinario, en este caso, la mala respuesta a analgesia y la no mejoría en reposo. Un tratamiento precoz y oportuno es lo más importante, la oclusión de la arteria basilar es una patología con gran morbimortalidad (2), que puede llegar incluso a un desenlace fatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Park KW, Park JS, Hwang SC, Im SB, Shin WH, Kim BT. Vertebral artery dissection: natural history, clinical features and therapeutic considerations. J Korean Neurosurg Soc. 2008;44(3):109-115. <https://doi.org/10.3340/jkns.2008.44.3.109>
2. Arnold M, Bousser MG, Fahrni G, Fischer U, Georgiadis D, Gandjour J, Benninger D, Sturzenegger M, Mattle HP, Baumgartner RW. Disecación de la arteria vertebral: hallazgos clínicos y predictores de resultado. Stroke. 2006;37(10):2499-2503. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000240493.88473.39>
3. Tiu C, Terecoasa E, Grecu N, Nistor R, Frangu S, Antochi F. Vertebral Artery Dissection: a Contemporary Perspective. Maedica. 2016;11(2):144-149.



SOSPECHA DE EXPOSICIÓN A SUPERWARFARINAS EN PACIENTE CON COAGULOPATIA DE CAUSA NO IDENTIFICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Solís, R¹; Riofrancos, C¹; Manzanares, S¹; Brinck, M¹; Rivera, C²; Flores, C³.

1. Interno séptimo año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile
2. Estudiante de medicina tercer año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile
3. Neurólogo, Hospital Militar, Santiago de Chile

Autor corresponsal: Ricardo Ignacio Solís Fonseca; mail: risolis1@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: Superwarfarinas, raticidas, coagulopatía, reporte de un caso

INTRODUCCIÓN

Los raticidas son sustancias que pueden generar intoxicaciones por distintos mecanismos, siendo más común la anticoagulación. Particularmente, los raticidas de segunda generación, conocidos como superwarfarinas, tienen latencia en el inicio del efecto de 2 días hasta 3 semanas. Principalmente se diagnostica con el antecedente de exposición y el comportamiento del tiempo de protrombina (PT) y del tiempo de tromboplastina activada (TTPA) coincidente con esta latencia (1).

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años, privado de libertad, antecedentes de fibrilación auricular, infarto agudo al miocardio. Usuario de Aspirina, Atorvastatina, Bisoprolol, Enalapril, Espironolactona, Escitalopram y Quetiapina. Traído al servicio de urgencias por cuadro de cefalea de 3 días de evolución y signo de mínima paresia en pierna izquierda. TAC informa hematoma intraparenquimatoso parieto-occipital derecho asociado a hemorragia subaracnoidea frontoparietal derecha. Ingres a unidad neurológica, donde es evaluado por neurocirugía, sin indicación quirúrgica. Evoluciona al tercer día con múltiples hematomas en tórax y extremidades. TP y TTPA incoagulables, fibrinógeno bajo, hemoglobina en 7.4 mg/dl, transfundiéndose 3 unidades de glóbulos rojos, 2 unidades de plasma fresco congelado y 17 unidades de crioprecipitados, además de fitomenadiona 1mg. Evaluado por hematología, se hipotetiza coagulación intravascular diseminada (CID) de origen toxicológico o infeccioso, sin embargo, paciente sin criterios de CID. Por limitación de esfuerzo terapéutico, se traslada a sala, donde continúa con deterioro progresivo de hematocrito y nivel de conciencia, requiriendo transfusión de hemoderivados y reinicio de fitomenadiona diaria. Luego de 16 días de hospitalización, el paciente fallece. En base al antecedente de privación de libertad y el quiebre clínico del cuadro, asociado al rápido deterioro de los parámetros de coagulación, se consideró que la coagulopatía refractaria se debió a exposición a raticidas.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de intoxicación por superwarfarinas está generalmente dado por antecedente de exposición a dicha sustancia. Esto no siempre se logra evidenciar, por lo que es de suma importancia considerar la toxicocinética de las superwarfarinas para sospecharlas como etiología de coagulopatía refractaria sin causa identificable que cursa con curva compatible, ya que así se puede iniciar el manejo adecuado con fitomenadiona por lo menos por 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodenticides, P. W. L.-L. Intoxicación con rodenticidas anticoagulantes de larga duración. Scielo.Sa.Cr. [Internet]. 2019; 36(2). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v36n2/2215-5287-mlcr-36-02-76.pdf>
2. Litovitz TL, Smilkstein M, Felberg L, y otros. Informe anual de 1996 del Sistema de Vigilancia de Exposición Tóxica de la Asociación Americana de Centros de Control de Envenenamiento. Am J Emerg Med. 1997;15:447-500.
3. Burucoa C, Mura P, Robert R, y otros. Intoxicación por clorofacinona. Clin Toxicol. 1989;27:79-89.



RELEVANCIA DE LA HIPERTENSIÓN MALIGNA EN POBLACIÓN INMIGRANTE - A PROPÓSITO DE UN CASO

Mosso, F¹; Gonzalez, FI¹; Melgarejo, MV¹; Heim, DA¹; Calderón, MA¹; Muñoz, AB²

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

Autor corresponsal: Florencia Mosso Campos; mail: fmosso@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: “Reporte de caso”; “Hipertensión Maligna”; “Microangiopatías Trombóticas”; “Papiledema”; “Afroamericano”

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una patología prevalente¹, siendo relevante la inmigración de población afrodescendiente en Chile, grupo proclive a desarrollar HTA y sus complicaciones². Una forma de presentación de emergencia hipertensiva es la HTA maligna³, que se manifiesta con retinopatía, microangiopatía trombótica (MAT), entre otras. Sin embargo, no existe consenso respecto a criterios diagnósticos que permitan abordar la enfermedad⁴. Se presenta un caso de HTA maligna para mostrar una forma de presentación y así favorecer su sospecha.

CASO CLÍNICO

Masculino haitiano, 33 años, hipertenso hace 4 años, sin estudio secundario ni tratamiento, sin otros antecedentes personales ni familiares relevantes. Consulta en SAPU por dolor torácico opresivo y disnea. Con presión arterial en rango de crisis hipertensiva, derivándose a urgencias. Ingres a FC 104lpm, PA 215/132mmHg, SatO₂ 97% ambiente, FR 20rpm, temperatura 36°C, bradipsíquico, mal perfundido, crepitos bibasales. Al sospechar emergencia hipertensiva, se inicia BIC de nitroglicerina y se solicitan exámenes, destacando: hemoglobina 6.7g/dL, plaquetas 109.000células/mm³, frotis con esquistocitos, creatinina 36.1mg/dL, BUN 189mg/dL, LDH 936UI/L, orina inflamatoria macrohematúrica. TAC-tórax con opacidades pulmonares bilaterales. Ingres a UCI, manteniendo vasodilatación con enalapril, hidralazina y amlodipino, antibioticoterapia empírica con ceftriaxona, y hemodiálisis. Ecocardiografía renal muestra riñones hiperecogénicos atróficos, ecocardiograma con miocardiopatía hipertrófica, fibrobroncoscopia con hemorragia alveolar. Fondo de ojo evidencia retinopatía hipertensiva y edema papilar. Estudio autoinmune negativo. Trasladado a UTI con diagnósticos: emergencia hipertensiva, síndrome riñón-pulmón obs púrpura trombocitopénico trombótico. Se mantiene tratamiento y se inicia plasmaféresis, corticoides y hemoderivados.

Nefrología plantea origen hipertensivo para falla renal, MAT y retinopatía, descartando diagnósticos iniciales, asumiendo falla renal irrecuperable, sin necesitar estudio etiológico. Cumpliendo 14 días, es dado de alta con antihipertensivos (enalapril, espirolactona, carvedilol), hemodiálisis trisemanal, y diagnósticos: HTA maligna, MAT, enfermedad renal crónica etapa V, retinopatía hipertensiva grado IV, insuficiencia cardíaca congestiva.

CONCLUSIÓN

La HTA maligna es subdiagnosticada, principalmente por falta de consenso diagnóstico, pero también por baja sospecha⁶. Este caso ejemplifica elementos clínicos y de laboratorio que facilitan una sospecha oportuna⁴: edad, signos vitales, exámenes hematológicos y daño de órgano blanco. Destaca la creciente población afrodescendiente, quienes presentan más riesgo de complicaciones hipertensivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minsal.cl. [citado el 19 de junio de 2023]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/05/08.-RE_GPC-HTA-Final_2018v5.pdf
2. Ortega LM, Sedki E, Nayer A. Hypertension in the African American population: A succinct look at its epidemiology, pathogenesis, and therapy. Nefrologia [Internet]. 2015 [citado el 1 de agosto de 2023];35(2):139–45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26300506/>
3. Nm K, Hp W, Jw K. THE SYNDROME OF MALIGNANT HYPERTENSION. Arch Intern Med (Chic) [Internet]. 1928;41(2):141–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1928.00130140003001>
4. Morales E, González R, Gutiérrez E, Gutiérrez-Solís E, Segura J, Praga M. Hipertensión arterial maligna. Una visión actualizada. Nefrologia [Internet]. 2011 [citado el 1 de agosto de 2023];4(1):34–43. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-hipertension-arterial-maligna-una-vision-articulo-X1888970011000883>
5. Boulestreau R, van den Born B-JH, Lip GYH, Gupta A. Malignant hypertension: Current perspectives and challenges. J Am Heart Assoc [Internet]. 2022 [citado el 1 de agosto de 2023];11(7):e023397. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35289189/>



HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA TRAS EXTUBACIÓN OROTRAQUEAL: REPORTE DE UN CASO.

Oviedo, SA¹; Ovalle, MI²; Prado, VI³; Lobos, CM⁴; Cifuentes MJ⁵

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
4. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
5. Médico Internista, Unidad de Tratamientos Intensivos (UTI), Hospital Luis Tisné Brousse

Autor corresponsal: Simona Andrea Oviedo Bravo; mail: saoviedo@miuandes.cl

Palabras clave: “Lavado Broncoalveolar”, “Hemorragia”, “Alvéolos Pulmonares”, “Reporte de un caso”.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia alveolar (HA) es un síndrome de múltiples etiologías. Sin embargo, se describe como causa infrecuente secundaria a la extubación luego de una intubación orotraqueal (IOT). En este contexto, pudiese estar causada por patologías concomitantes previas, trauma de vía aérea, tromboembolismo pulmonar, inducida por sevoflurano o edema por presión pulmonar negativa (EPPN)^{1,2}. Este último se produce por una maniobra de Valsalva reversa contra una glotis cerrada, generando dilatación del lecho vascular pulmonar, aumento de la presión negativa intersticial y salida de fluido intravascular al intersticio³. Se manifiesta con insuficiencia respiratoria súbita, llegando incluso a hemoptisis franca y HA, como en el caso que se presenta a continuación.

CASO CLÍNICO

Joven de 27 años previamente sano, se somete a una apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda. Se utiliza anestesia general con IOT. Al momento de la extubación, presenta importante desaturación, se sospecha laringoespasma y logra repunte con medidas mecánicas y lidocaína. Minutos después, presenta inicio súbito de tos y disnea, evolucionando a hemoptisis franca y desaturación. Se evidencia en la radiografía de tórax infiltrados aludonosos difusos, y en el scanner pulmonar, condensación acinar bilateral difusa, además presenta caída en la hemoglobina. Se sospecha hemorragia alveolar y se confirma con lavado broncoalveolar. Se descartan otras causas de HA. Se realiza terapia de soporte en UTI, evolucionando favorablemente con regresión completa de los síntomas y hallazgos imagenológicos a las 72 horas.

CONCLUSIÓN

Existen pocos reportes de HA secundaria a IOT, desconociéndose su prevalencia. Si está mejor estudiado el EPPN secundario a IOT, que ocurre en un 0,05-0,1% de las IOT⁴, generalmente por laringoespasma. Esto puede llegar a presentarse con HA, como se hipotetiza ocurrió en este caso. La importancia de este reporte radica en dar a conocer una complicación grave que ocurre luego de un procedimiento común en la práctica médico quirúrgica. Ocurriendo en pacientes jóvenes y sanos dada su fisiología respiratoria. Se debe sospechar HA ante hemoptisis e imágenes sugerentes, confirmándose a través de lavado broncoalveolar. Se deben buscar causas farmacológicas, reumatológicas, infecciosas, neoplásicas y autoinmunes⁵, sin olvidar el antecedente de IOT reciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mendonça MC, Abreu JB, Gama K. Diffuse alveolar hemorrhage after orotracheal extubation probably induced by sevoflurane inhalation. Arch Bronconeumol [Internet]. 2021 [citado el 30 de julio de 2023];57(8):547–8. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-diffuse-alveolar-hemorrhage-after-orotracheal-articulo-S1579212921002470>
2. Romero A, Moreno A, García J, Sánchez C, Santos M, García J. Efectos del sevoflurano en la lesión pulmonar inducida por la ventilación mecánica en un modelo experimental de pulmón sano. Rev Esp Anesthesiol Reanim [Internet]. 2016;63(1):22–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0034935615001127&r=115>
3. Michelle V Conde, MDSandra G Adams, MD, MS. Overview of the management of postoperative pulmonary complications [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-postoperative-pulmonary-complications?search=negative%20pressure%20pulmonary%20edema&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=1~12&display_rank=1
4. Allan Izaguirre-González, Aleida Tejada-Valladares, Jaime Cerdón-Fajardo, Karla Matamoros-Vásquez, Pablo Toro-Amaya. Edema agudo de pulmón por presión negativa secundario a laringoespasma [Internet]. Org.mx. [citado el 30 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n1/0186-4866-mim-35-01-159.pdf>
5. Girón Moreno RM, Rajas O, Somiedo Gutiérrez MV, López-Riolobos C. Protocolo diagnóstico del síndrome de hemorragia alveolar difusa. Medicine [Internet]. 2014;11(64):3825–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708509>

SÍNDROME DE LA ORINA MORADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marinovic, I¹; Weibel, AP¹; Bernales, C¹; Oyarzún, F¹; Pascual, JA²; Fontaine, A³.

1: Interno Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2: Estudiante Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

3: Médico Cirujano, Medicina Familiar CESFAM Aníbal Ariztía, Santiago, Chile

Autor corresponsal: Ignacio Marinovic Codina; mail: imarinovic1@miuandes.cl

Palabras claves: Síndrome de Orina Morada, Dependencia severa, Visita domiciliaria, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de la Orina Morada (SOM) es una entidad poco frecuente. Corresponde a la acumulación de orina de color morado-violáceo en la bolsa colectora en pacientes con sondaje vesical.^{1,2}

El color morado es debido a la interacción química entre un producto de la metabolización del triptófano (Sulfato de Indoxil) con las enzimas sulfatasa y fosfatasa presentes en ciertas bacterias, generando compuestos que al entrar en contacto con el polivinilo de la bolsa, producen este particular color.³

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, 70 años, con antecedentes de ERC III-B, Cáncer de mamas, HTA, hipotiroidismo, osteoporosis y constipación crónica, usuaria de Sondaje Vesical permanente por retención urinaria y perteneciente al Programa de Dependencia Severa (PDS).

Se realiza Visita Domiciliaria (VD) donde al examen físico destaca fiebre de 38.5 °C, somnolencia, malestar general, distensión abdominal y dolor en hipogastrio. En bolsa colectora se observa orina morada.

Se realiza urocultivo por sospecha de Infección del Tracto Urinario Inferior (ITU) que resulta positivo (>100.000 UFC) para E.Coli MS, resistente a Ampicilina. Se indica Nitrofurantoina por 7 días, iniciada 5 días después de la indicación médica.

6 días tras el inicio del tratamiento se realiza VD de control donde destaca empeoramiento del estado basal con sopor profundo y persistencia del color urinario. Dado el contexto y petición familiar, se decide no optimizar terapia y entregar herramientas para cuidados de fin de vida. 3 días después paciente fallece por presunta isquemia mesentérica.

CONCLUSIÓN

El SOM si bien puede asustar a los pacientes y a sus familiares, se debe a la presencia de una ITU en pacientes portadores de sonda vesical, por lo que que generalmente se trata de una condición benigna que no requiere tratamiento agresivo y se normaliza tras tratar la bacteriuria y alcalinización de la orina.⁵

En este caso se cumplen condiciones basales para desarrollar este cuadro, al tratarse de una mujer de edad avanzada, con comorbilidades debilitantes, inmovilidad, constipación y sondaje vesical prolongado^{3,4}. Es importante tener presente la asociación entre constipación y las ITU, ya que además, en el adulto mayor, estas condiciones podrían ser causas de delirium.⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lin C-H, Huang H-T, Chien C-C, Tzeng D-S, Lung F-W. Purple urine bag syndrome in nursing homes: ten elderly case reports and a literature review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2008 [citado el 2 de abril de 2023];3(4):729–34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281065/>
2. Harun NS, Nainar SKMSH, Chong VH. Purple urine bag syndrome: a rare and interesting phenomenon. *South Med J* [Internet]. 2007 [citado el 2 de abril de 2023];100(10):1048–50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17943055/>
3. Peters P, Merlo J, Beech N, Giles C, Boon B, Parker B, et al. The purple urine bag syndrome: a visually striking side effect of a highly alkaline urinary tract infection. *Canadian Urological Association Journal* [Internet]. 2011 Aug 1 [citado el 2 de abril de 2023];5(4):233-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3147034/>
4. Barlow GB, Dickson JAS. Purple urine bags. *Lancet* [Internet]. 1978 [citado el 2 de abril de 2023];311(8057):220–1. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(78\)90667-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(78)90667-0/fulltext)
5. Yang H, Su Y. Trends in the epidemiology of purple urine bag syndrome: A systematic review. *Biomed Rep* [Internet]. 2018 [citado el 2 de abril de 2023];8(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29564123/>



DE EXANTEMA A PÚRPURA: REPORTE DE CASO PEDIÁTRICO DE PRESENTACIÓN PROGRESIVA DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

Solís, RI¹; Riofrancos, C²; Figueroa, JA²; Calvimontes, LB³.

1. Interno séptimo año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile
2. Estudiante de medicina cuarto año, Universidad de los Andes, Santiago de Chile
3. Médico Cirujano, Universidad de los Andes, Santiago de Chile

Autor corresponsal: Ricardo Ignacio Solís Fonseca; mail: risolis1@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: *púrpura de Schönlein-Henoch, vasculitis por IgA, exantema máculo-papular, reporte de caso.*

INTRODUCCIÓN

El púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis por IgA y es la vasculitis sistémica más común en niños. Se presenta usualmente entre los 3 y 15 años. Suele iniciar con exantema inespecífico, tras lo que se agrega la tétrada clásica: púrpura palpable, dolor abdominal, artralgias y falla renal (1). Sin embargo, hasta el 15% puede presentarse inicialmente solo con artralgia o artritis. El diagnóstico es clínico. El manejo clásicamente es ambulatorio, ya que la mayoría tiene curso autolimitado. Los corticoides sistémicos son utilizados para prevenir el dolor y el deterioro de la función renal, relegando la hospitalización a casos más graves (3).

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 2 años y 2 meses, previamente sana, consultó al servicio de urgencias por un cuadro de una semana de evolución de fiebre hasta 40° C a lo que se agrega orina de mal olor. Cinco días antes inicia dolor en extremidades inferiores, con aumento de volumen, sin eritema ni aumento de temperatura local. Dos días después presenta un exantema eritematoso maculo-papular palpable no pruriginoso en ambas extremidades inferiores que asciende hasta la ingle. Se diagnostica síndrome febril asociado a exantema y se hospitaliza para estudio. Dentro de los exámenes destaca hematuria, leucocituria y proteinuria, sin alteración de la función renal y urocultivo negativo. Evoluciona con lesiones purpúricas en extremidades inferiores, por lo que se diagnostica PSH y se inicia prednisona oral, con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN

Si bien el PSH es la vasculitis más común en niños, no siempre se presenta inicialmente con el cuadro típico de lesiones purpúricas como describe la literatura, pudiendo iniciar con exantema eritematoso inespecífico (2). Por esto es importante tener alta sospecha y descartar otras patologías, además de realizar un seguimiento de la proteinuria, ya que un 97% de los casos desarrollará enfermedad renal a los 6 meses del debut, y el pronóstico dependerá del grado de afección renal (3).

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández SB. Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch) [Internet]. Aeped.es. año 2020 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_vasculitis_iga.pdf
2. MMSc FDMK. IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura): Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Uptodate.com. [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/iga-vasculitis-henoch-schonlein-purpura-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=schonlein%20henoch%20purpura&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
3. MMSc FDMK. IgA vasculitis (Henoch-Schönlein purpura): Management [Internet]. Uptodate.com. [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/iga-vasculitis-henoch-schonlein-purpura-management?search=schonlein%20henoch%20purpura&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2



SÍNDROME DE CHILAITIDI: REPORTE DE UN CASO

Gorziglia, MJ¹. Jones, E¹. Fiedler, Cl¹. Aparicio, NS²

1. Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Estudiante de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

Autor corresponsal: Mario José Gorziglia Muzard; mail: mjgorziglia@miuandes.cl

Palabras clave: *Chilaiditi, Radiografía abdominal, Hallazgo imagenológico, Reporte de un caso.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Chilaiditi es un fenómeno anatómico infrecuente, con una prevalencia entre 0.025-0.28% en la población. En este se interpone una parte del colon entre el hígado y el diafragma. (1) Clínicamente se presenta con dolor abdominal variable, lo que hace difícil plantearlo como sospecha. Además, puede simular varias entidades, como un cólico renal, síndrome de intestino irritable o patología biliar. (2) Para la confirmación se requiere una radiografía abdominal o torácica, en que se aprecie una masa intratorácica de contenido aéreo que emerge desde el hemidiafragma derecho. (3) El tratamiento consiste en medidas para evitar la constipación y manejo analgésico en caso de dolor. (1)

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 77 años, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipidemia y gastritis en tratamiento, acude a CESFAM para revisión de exámenes. Refiere cuadro de dos años de evolución de dolor abdominal persistente, EVA 3/10, localizado en hipocóndrio y flanco derecho, asociado a distensión abdominal y constipación. Sin relación con ingestas alimentarias. Niega náuseas, fiebre, diarrea y baja de peso. Se diagnostica síndrome de intestino irritable y se indican múltiples esquemas farmacológicos, entre ellos amitriptilina 50 mg cada 24 horas, sin alivio. No se encuentran hallazgos patológicos que expliquen el dolor en exámenes de laboratorio, ecografía abdominal, endoscopía digestiva alta y colonoscopia. Debido al dolor persistente, se solicita una resonancia magnética de abdomen, con resultado compatible con síndrome de Chilaiditi. Se inicia tratamiento con trimebutino 200 mg cada 8 horas para alivio de dolor, y se educa a la paciente en medidas no farmacológicas para manejar la constipación.

CONCLUSIÓN

Se decidió presentar este caso, pues destaca por la dificultad para llegar a un diagnóstico preciso. Pese a tener la respuesta con una radiografía simple de tórax o abdomen, se requirió una resonancia magnética para dilucidar la causa de los síntomas.

Este caso es un desafío clínico por su baja frecuencia y morbimortalidad, lo cual no significa que sea menos importante, porque puede comprometer la calidad de vida, especialmente cuando existe demora diagnóstica, lo cual queda evidenciado en esta oportunidad, en que la paciente esperó años para saber su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcober Perez, C.; Carod Benedico, E.; Sanz Martinez, D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. Medifam, , v. 13, n. 1, p. 49-52, enero 2003 .
2. Ángulo Cuesta J, González Zorraquino A, Unda Urzaiz M, Flores Corral N. Síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. Arch Esp Urol 1991; 44 (3): 300-1.
3. van Everdingen KJ, Feldberg MA. Diagnostic image Chilaiditi syndrome. Ned Tijdschr Geneeskd 2001; 145 (42): 20-6.

SEPSIS POSTERIOR A HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, COMPLICADA CON ABSCESOS MÚLTIPLES Y OOFORRECTOMÍA UNILATERAL: REPORTE DE UN CASO

Valentina Constanza Viancos Salgado¹, Macarena Erlandsen Figueroa², Sofía Denisse Gandolfo Garrido², Mariam Estefani Lorena Ortiz Quiero², Javiera Paz Carrillo Barrientos³, Javier Dauvergne Ogaz⁴

1. Interno medicina 7mo año Universidad de los Andes
2. Interno medicina 6to año Universidad de los Andes
3. Estudiante medicina segundo año
4. Médico general Pontificia Universidad Católica de Chile

Autor corresponsal: Valentina Constanza Viancos Salgado; mail: vcviancos@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: Histerectomía abdominal, infección herida operatoria, absceso de cúpula vaginal.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente en ginecología. Esta puede ser vía vaginal, vaginal asistida por laparoscopia o por laparotomía (2). Las principales complicaciones de la histerectomía son de tipo hemorrágica e infecciosa, con incidencia del 3% y 2%, respectivamente (1). Este caso pretende mostrar la gravedad de estas y enfatizar sobre el impacto que tiene su diagnóstico y tratamiento oportuno.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 46 años con el único antecedente de histerectomía abdominal reciente. Consulta por cuadro de 24 horas de fiebre, orina y secreción vaginal oscura maloliente. Al examen físico destaca taquicardia, fiebre, hemiabdomen inferior doloroso y flujo hematopurulento por cúpula vaginal, con ecografía transvaginal que muestra colección sobre esta. Al laboratorio destaca PCR elevada y leucocitosis severa. Ingresa para manejo antibiótico con Metronidazol y Ceftriaxona endovenoso, y drenaje de absceso. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis, donde impresiona colección sobre cúpula vaginal de 10x6cm, y colección de 10x2,5cm bajo rafia de histerectomía, ambos con nivel hidroaéreo. La paciente evoluciona favorablemente y se da de alta. Días después reingresa por fiebre, taquicardia e hipertensión. Se diagnóstica sepsis con foco en cúpula vaginal y rafia abdominal, y se inicia tratamiento con Clindamicina e Imipenem, con escasa respuesta clínica. Se repite tomografía, que evidencia absceso ovárico derecho de 45mm por lo cual se decide aseo quirúrgico sumado a ooforectomía derecha. A pesar de la intervención, la paciente persiste con alzas febriles, y parámetros inflamatorios en ascenso. Se realiza nueva tomografía donde impresiona hematoma retroperitoneal de 14cm sobre el músculo psoas derecho. Se decide traslape a Imipenem y Vancomicina endovenoso, evolucionando favorablemente, con parámetros inflamatorios en descenso y hemocultivos negativos. Finalmente completa tratamiento antibiótico y se da de alta.

DISCUSIÓN

En este caso los exámenes preoperatorios no evidenciaron alteraciones que pudiera explicar la evolución, por lo que no es posible descartar una vaginosis bacteriana asintomática como el origen de los microorganismos causantes del cuadro

CONCLUSIÓN

Si bien la histerectomía es un procedimiento frecuente que usualmente se efectúa exitosamente, es importante recordar su naturaleza invasiva y las complicaciones que puede conllevar, por lo que su indicación debe evaluarse detenidamente y sus cuidados posteriores deben ser llevados de forma adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F79688&topicKey=OBGYN%2F3311&search=histerectomy&rank=2~150&source=see_link
2. César Chávez J, Barahona O, Sabillón N, Ginecología Y Obstetricia ME, Patología ME. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA CON METRONIDAZOL VRS CEFALOSPORINAS EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL [Internet]. Bvs.hn. [citado el 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-2-2014-4.pdf>



RETINOPATÍA DIABÉTICA PROLIFERATIVA COMO FORMA TARDÍA DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: REPORTE DE UN CASO.

Urrejola, EJM¹; Airola, MG¹; Lecaros, G¹; Torres, IP¹; Isa, DA²; Guerra, J³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
3. Becada de Oftalmología, Fundación Oftalmológica Los Andes.

Autor corresponsal: Eduardo José Manuel Urrejola Irarrázabal; mail: ejurrejola@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: *Diabetes mellitus tipo 2, Prevención, Retinopatía diabética.*

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una patología muy prevalente a nivel mundial. Dentro de su fisiopatología destaca la exposición crónica a altos niveles de glucosa en sangre, lo que lleva a complicaciones vasculares, tanto macroangiopáticas como microangiopáticas. Destacan por su prevalencia, gasto en salud y secuelas irreversibles en población laboralmente activa la retinopatía diabética (RD) y la nefropatía diabética (ND).

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 62 años, sin antecedentes morbidos conocidos. Consulta en oftalmología por pérdida de visión brusca en ojo izquierdo. Refiere cuadro similar previo en ojo contralateral, que resolvió parcialmente de manera espontánea. Al examen físico destaca una agudeza visual severamente disminuida. En la biomicroscopía se aprecia neovascularización del segmento anterior y al fondo de ojo retinopatía diabética proliferativa bilateral, con presencia de hemorragia vítrea en ojo izquierdo. Se realiza Hemoglucotest en 275 mg/dL. Se solicitan exámenes para realizar el diagnóstico de diabetes y para evaluación de daño a órgano blanco. Además, se indican antiangiogénicos intravítreos y panfotocoagulación retinal urgentes debido a la severidad y pobre pronóstico visual.

DISCUSIÓN

En Chile, se busca realizar de manera precoz el diagnóstico de DM2 mediante controles preventivos en pacientes asintomáticos en centros de salud primaria, para así evitar las complicaciones. En la literatura se describen variados caminos en los que esto no ocurre, y se llega al diagnóstico por las complicaciones, algunas con la enfermedad tan avanzada como este caso.

CONCLUSIÓN

Se decidió presentar este caso ya que se llegó al diagnóstico de diabetes de manera extremadamente tardía, al ser una enfermedad asintomática y muy destructiva. Aunque algunas situaciones requieren manejo por especialistas, de este caso se rescata el importante rol del médico general en el diagnóstico precoz de esta enfermedad, en la pesquisa y prevención de complicaciones.

REFERENCIAS

1. American Academy of Ophthalmology (Aao). Retina y Vítreo. 2011-2012: Sección 12. Regillo CD, editor. Elsevier; 2012.
2. Lonngi-Ardila M, Duque-Ramírez JJ, Infante de Germán-Ribón R, et al. Macular edema and diabetic retinopathy in primary care. Rev Med MD. 2017;8.9(2):214-220
3. Dubón M, Mendoza L. Retinopatía diabética. Rev Fac Med Mex. 2012; 55(1): 52-57.

INFARTO ÓSEO DE FÉMUR DISTAL EN ADOLESCENTE CON APLASIA MEDULAR SEVERA: REPORTE DE UN CASO.

Carrasco, C¹; Lecaros, G¹; Conejeros, J A²; Goldbaum, E³; Kunze, C¹; Vásquez, H⁴

¹Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

²Ayudante Corrector, Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

³Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Chile

⁴Traumatólogo Infantil, Hospital Exequiel González Cortés, Chile

Autor corresponsal: Consuelo Carrasco Vera; mail: cacarrasco@miuandes.cl

Palabras clave: Osteonecrosis, inmunosupresión, pediatría, reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

Los infartos óseos se definen como la isquemia de un hueso con la consiguiente destrucción de su arquitectura. Pueden presentarse con dolor e impotencia funcional, o bien, ser asintomáticos, detectados por imágenes. El diagnóstico se realiza con resonancia magnética (RM). A menudo son de etiología idiopática, pero se han descrito factores de riesgo como traumatismos y uso crónico de corticoides, alcanzando una incidencia de hasta 10% en estos pacientes. Es importante la sospecha diagnóstica y derivar a traumatología de manera oportuna, para así pesquisar precozmente posibles complicaciones. El tratamiento a grandes rasgos consiste en manejo sintomático y seguimiento clínico-radiológico^{1,2,3}.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 14 años en tratamiento crónico con inmunosupresores y corticoides (20 mg/día de prednisona) por aplasia medular. Durante hospitalización para transfusión programada de plaquetas, refirió cuadro de 1 semana de evolución de gonalgia bilateral atraumática, asociada a impotencia funcional y aumento de volumen, mayor en rodilla izquierda. Al examen físico destacó claudicación de la marcha y múltiples equimosis en extremidades inferiores. Derrame en ambas rodillas, mayor a izquierda, dolor a la palpación, sin eritema ni calor local. Se solicitó RM que mostró lesiones geográficas en tercio distal de ambos fémures, compatibles con el diagnóstico de infarto óseo. Se realizó manejo conservador con analgesia y reposo relativo. Control a las 2 semanas con remisión completa de los síntomas, se mantiene en seguimiento radiológico.

CONCLUSIÓN

El uso crónico de corticoides es un factor predisponente para el infarto óseo, por lo que se debe considerar como diagnóstico diferencial de dolor óseo en estos pacientes. Es importante destacar que las dosis de corticoides que estaba recibiendo el paciente son inferiores a las que normalmente se utilizan. De esta manera, cobra importancia prestar atención a la aparición de este tipo de complicaciones aún cuando las dosis de corticoides se encuentren por debajo del umbral para el cual se esperarían. Con frecuencia hay buena respuesta al manejo expectante, con remisión espontánea de los síntomas, aunque siempre es importante la evaluación por traumatología y seguimiento multidisciplinario, con el objetivo de pesquisar complicaciones como infecciones osteoarticulares, transformación quística y malignización^{1,2,3}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mena Karen, Mendoza Margareth, Galván Juan Manuel, Jeanmaire Esteban, Ferrari Luciana, Cobeñas Ricardo. No dejemos morir al hueso: interiorizándonos con los procesos óseos avasculares. Rev. argent. radiol. 2020 Ago ; 84(3): 93-106.
2. Park J, Jun J, Kim Y, et al.: Osteonecrosis of the hip in patients with aplastic anemia. J Korean Med Sci 2002; 17: 806-10.
3. Vidal Casariego A., Cuerda Compés C. de la, Bretón Lesmes I., Camblor Álvarez M., Velasco Gimeno C., García Peris P. Necrosis avascular de ambas caderas y rodillas en una paciente con colitis ulcerosa tratada prolongadamente con corticoides a dosis altas. Nutr. Hosp.. 2006 Feb; 21(1): 109-112.



MANEJO CURATIVO DEL CÁNCER COLORRECTAL CON METÁSTASIS HEPÁTICAS: REPORTE DE UN CASO

Dublé, B¹; Betancour, M¹; Sepúlveda, B²; Rivera, C³; Cabezas, E⁴.

1. Interno de medicina Universidad de los Andes.
2. Interno de medicina Universidad del Desarrollo.
3. Estudiante de medicina Universidad de los Andes.
4. Médico Cirujano, Docente Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: Benjamín Andrés Dublé Medina; mail: baduble@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Cáncer colorrectal; inmunoterapia; metástasis; reporte de caso

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia maligna más frecuente y la quinta con más mortalidad en Chile. En CCR estadio IV o metastásico, la tasa de supervivencia a los 5 años cae al 10-15%. Dentro del tratamiento de CCR etapa IV se contempla la quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y la resección quirúrgica.

Se presenta un paciente con diagnóstico de CCR metastásico con buena respuesta a quimioterapia paliativa e inmunoterapia logrando finalmente resección del primario y respuesta clínica completa.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años sin antecedentes consultó por cuadro de 2 años de evolución de hematoquezia intermitente, baja de peso no cuantificada, masa iliaca izquierda palpable con anemia leve y CEA normal.

En estudio endoscópico se visualizó un tumor parcialmente obstructivo de colon sigmoides distal con biopsia compatible para adenocarcinoma tubular infiltrativo con estudio molecular PDL-1 CPS positivo. En estudio de etapificación presentó lesiones compatibles con metástasis hepáticas y posible carcinomatosis peritoneal.

Se decidió quimioterapia paliativa y dada una buena respuesta inicial después de 5 ciclos de FOLFOX se agregó Panitumumab. Evolucionó con disminución del tamaño de las metástasis hepáticas realizándose metastasectomía hepática y completando 12 ciclos de quimioterapia.

Finalmente se realizó sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria; cuya biopsia de pieza quirúrgica informó un adenocarcinoma tubular y bordes quirúrgicos negativos sin compromiso extraganglionar, presentando respuesta clínica completa.

CONCLUSIÓN

En los últimos años, se han visto grandes avances en el tratamiento con inmunoterapias y quimioterapias sistémicas para el CCR metastásico. La metástasis hepática es la más frecuente en el CCR, clasificándose en resecable, potencialmente resecables o no resecables.

Algunos pacientes con metástasis hepáticas consideradas irresecables al diagnóstico se lograron reseca después de la quimioterapia con una supervivencia a los 5 años del 30 %. Esto ha permitido que en pacientes seleccionados se implementen esquemas de manejo con inmunoterapia y quimioterapia combinada intensificada con intenciones curativas y mejoras en la sobrevida a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos JA, Barake MF, Arce MJ, López-Köstner F, Labbe TP, Villena J, et al. Situación actual del cáncer de colon en Chile: una mirada traslacional. Rev Med Chil [Internet]. 2020 [citado el 3 de agosto de 2023];148(6):858–67. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000600858
2. Hernandez Dominguez O, Yilmaz S, Steele SR. Stage IV colorectal cancer management and treatment. J Clin Med [Internet]. 2023 [citado el 3 de agosto de 2023];12(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12052072>
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/systemic-therapy-for-nonoperable-metastatic-colorectal-cancer-selecting-the-initial-therapeutic-approach?search=cancer%20colon%20metastasis&source=search_result&selectedTitle=2~145&usage_type=default&display_rank=2
4. Cancer today [Internet]. Iarc.fr. [citado el 3 de agosto de 2023]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=41&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=2&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D



ESTUDIO DE TOS CRÓNICA EN LACTANTES A PROPÓSITO DE UN CASO

PALABRAS CLAVES: *Lactantes, Tos, Crónica.*

Berwart, FA¹; Infante, I²; Gigli, C²; Oelckers, SI³; Alarcón, JI⁴.

¹Interno 7° año, Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

²Interna 6° año, Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

³Estudiante 3° año, Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

⁴Médico cirujano, Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile. Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Felipe Berwart Ramírez; mail: faberwart@miuandes.cl

INTRODUCCIÓN

La tos es un motivo de consulta habitual en pediatría, considerada crónica con una duración de más de 4 semanas, variando en distintas fuentes desde 3 hasta 12 semanas.⁽¹⁾

Para su abordaje, la anamnesis y el examen físico son fundamentales. La exploración complementaria debe hacerse según sospecha, considerando etiologías más frecuentes por edad, siendo en lactantes anomalías congénitas, reflujo, asma e infecciones.⁽²⁾

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 2 meses 11 días, con antecedentes de dermatitis atópica y reflujo fisiológico; padres sanos, hermano con síndrome bronquial obstructivo recurrente.

Consulta por cuadro de 4 semanas de evolución de tos seca persistente y disfonía, de predominio nocturno, sin signos de dificultad respiratoria ni síntomas acompañantes. Al examen físico destacan sibilancias difusas, faringe levemente eritematosa. Antropométricamente eutrófica, pero con caída en curva pondoestatural.

Se realiza evaluación multidisciplinaria; se detecta frenillo corto, se estudia con serologías negativas, nasofibroscopía compatible con reflujo leve, radiografía con opacidades intersticiales peribronquiales perihiliares bilaterales; se sospecha neumonía atípica, recibiendo Azitromicina 10 mg/Kg/día por 5 días; posterior a mejoría, vuelve a presentar clínica descrita.

DISCUSIÓN

Al descartar las principales causas de tos crónica⁽²⁾, cambia el enfoque diagnóstico a “lactante sibilante”. En ellos, una hiperreactividad bronquial subyacente e infecciones virales, actúan en la patogenia del asma^(3,4). El Índice Predictor de Asma (API), identifica pacientes de riesgo con alta especificidad.⁽⁵⁾ El tratamiento precoz con corticoides inhalados (ICS) disminuye la frecuencia de sibilancias y gravedad de exacerbaciones, modifica el curso de la enfermedad y previene el desarrollo de asma⁽⁶⁾.

El primer episodio de sibilancias constituye una bronquiolitis, comúnmente por Virus Respiratorio Sincicial, en caso de presentarla por otro agente es un marcador de hiperreactividad bronquial subyacente⁽⁶⁾, como en este caso al responder a Azitromicina.

Podría considerarse asmática al presentar API(+) y un fenotipo de sibilancias recurrentes multigatilladas. Se inician ICS de mantención mejora considerablemente.

Este caso ejemplifica la importancia de tener alta sospecha para identificar pacientes con riesgo de asma, ya que un manejo precoz reduce la frecuencia y gravedad de exacerbaciones⁽⁶⁾. En esta paciente, con alto grado de sospecha, sumado al API, es razonable iniciar ICS precozmente.

REFERENCIAS

1. Praena-Crespo M, Callén-Blecua M. Tos crónica. Anales de Pediatría Continuada. 2010;8(1):1–9.
2. Pascual Sánchez MT, Urgelles Fajardo E. Tos persistente. Protoc diagn ter pediatr. 2017;1:1-14.
3. Stokes JR, Bacharier LB. Prevention and treatment of recurrent viral-induced wheezing in the preschool child. Annals of Allergy, Asthma & Immunology. agosto de 2020;125(2):156-62.
4. Lemanske RF. The Childhood Origins of Asthma (COAST) study: The COAST study. Pediatric Allergy and Immunology. diciembre de 2002;13:38-43.
5. Bacharier LB, Guilbert TW, Jartti T, Saglani S. Which Wheezing Preschoolers Should be Treated for Asthma? The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice. julio de 2021;9(7):2611-8.
6. Beigelman A, Bacharier LB. The role of early life viral bronchiolitis in the inception of asthma. Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology. abril de 2013;13(2):211-6.

HERPES ZOSTER EN PACIENTE PEDIÁTRICO, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cruz, C. (1); Valenzuela, F. (2); Eguiguren, J. (3); Gigli, C. (2); De la Jara, R. (4); Pereira, T. (5)

1. Interna medicina séptimo año Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.
2. Interna medicina sexto año Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.
3. Alumno medicina quinto año Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.
4. Residente pediatría Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.
5. Pediatra Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Catalina Cruz Castro. Mail: ccruz2@miuandes.cl

Palabras clave: *Herpes zoster (HZ); Virus varicela zoster (VVZ); Pediatría: Reporte de caso*

INTRODUCCIÓN

El HZ es causado por la reactivación del VVZ latente. Suele ocurrir en mayores de 50 años con estado de inmunosupresión y es poco frecuente en pediatría, con una incidencia de 2.0/1000 personas al año¹, donde la mayoría de los casos se ve en niños expuestos al virus en sus primeros años de vida, intra-útero o mediante la vacuna de virus vivo atenuado, y solo un 3% se asocia a malignidad¹. Suele ser benigno y autolimitado², pero es necesario descartar causas subyacentes de inmunosupresión.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 11 años de edad, sin antecedentes mórbidos, vacunación ministerial al día y sin inmunización contra varicela, consulta por cuadro de 5 días de evolución de dolor urente progresivo en pared costal izquierda, sin irradiación, asociado a prurito, eritema y vesículas que se extienden a dorsal. Sin otros síntomas asociados. Se observan múltiples lesiones vesiculares agrupadas en base eritematosa, asociadas a pápulas y algunas en costra en pared costal izquierda, que compromete dos dermatomas adyacentes y respetan la línea media. Sin otros hallazgos al examen físico. Madre niega recordar antecedente de varicela previa ni durante el embarazo. Se realiza diagnóstico clínico de HZ y se maneja ambulatoriamente con Valaciclovir 1 gr cada 8 horas por 7 días, tratamiento sintomático y medidas para prevenir sobreinfecciones. Se cita a control con hemograma, perfil bioquímico, IgA, IgG e IgM para descartar inmunosupresión, con resultados normales y buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN

La infección por varicela y su vacunación preventiva son importantes factores de riesgo para desarrollar HZ en pediatría², por eso su pesquisa debe formar parte de la anamnesis. Aunque el HZ se relaciona con cuadros de inmunosupresión y malignidad, en pediatría el vínculo es infrecuente y su pronóstico es alentador, no obstante, siempre será fundamental tener una alta sospecha frente a un cuadro clínico sugerente y solicitar exámenes de laboratorio para descartarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mitra D, Mitra B, Chopra A, Talukdar K, Saraswat N, Das J. A clinico-epidemiological study of childhood herpes zoster. *Indian Dermatol Online J* [Internet]. 2018;9(6):383. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/idoj.idoj_107_18
2. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. *Viruses* [Internet]. 2022;14(2):192. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/v14020192>
3. Leung AKC, Robson WLM, Leong AG. Herpes zoster in childhood. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2006;20(5):300–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.01.004>
4. Jianbo W, Koshy E, Mengting L, Kumar H. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [cited 2023 Aug 15]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29516900/>



TUMOR CEREBELOSO VERMIANO CON PRESENTACIÓN DE CEFALEA CON RED FLAGS, LA IMPORTANCIA DE LA NEUROIMAGEN: REPORTE DE UN CASO

Gálvez, JE ¹. Koller, MC ¹. Parra, J ¹. Lillo, FP ². Moyano, F ³

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Neurocirujano, Clínica Universidad de Los Andes

Autor corresponsal: Joaquín Edgardo Gálvez Flores; mail: jegalvez@miuandes.cl

Palabras Clave: “cefalea”, “tumor cerebeloso”, “pediatría”

INTRODUCCIÓN

Los tumores de fosa posterior se ubican en la región infratentorial. En pediatría el 50-70% de los tumores intracraneales corresponden a tumores infratentoriales primarios, de los cuales el astrocitoma pilocítico es el más frecuente.(1) La presentación clásica es el síndrome de hipertensión intracraneal, asociado a cefalea, vómitos, dismetría, y ataxia.(2) Las neuroimágenes son imprescindibles, ya que son capaces de detectar el tumor, su localización y demostrar efectos secundarios, como herniación, hidrocefalia, hemorragia y finalmente la muerte (3). El gold standard para el diagnóstico corresponde a la biopsia intraoperatoria.(4) El objetivo de este trabajo es reportar un caso de tumor cerebeloso, recalcando la importancia del manejo en urgencias, y la importancia de conocer las red flags de una cefalea y solicitar una neuroimagen a la brevedad.

CASO CLÍNICO

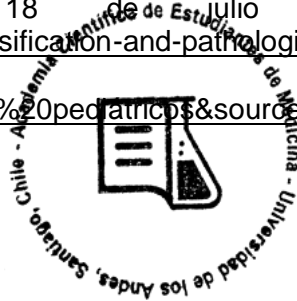
Paciente femenino de 9 años 8 meses con antecedentes de trastorno de espectro autista. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de cefalea parieto-occipital derecha de 6 meses de evolución que se asocia de forma aguda a vómitos explosivos, diplopía e inestabilidad de la marcha. Sin fiebre. Consulta en atención primaria recibiendo metamizol y manteniendo síntomas, por lo que consulta el mismo día en un segundo centro de salud donde se objetiva nistagmus multidireccional, síndrome cerebeloso con dismetría, e hipertensión intracraneana. Se controla con tomografía computarizada de cerebro el mismo día que evidencia tumor en fosa posterior de aproximadamente 6 centímetros, con hernia incipiente transtentorial, asociado a importante hidrocefalia, motivo por el cual es sometida a derivación ventricular externa de urgencia. Paciente evoluciona de manera favorable, por lo que se somete a estudio complementario de tumor para resolución quirúrgica. Tras someterse a cirugía para exéresis y biopsia, esta es informada como astrocitoma pilocítico.

CONCLUSIÓN

Los tumores cerebrales en niños son una patología relevante, por lo que debemos tener un alto índice de sospecha para poder detectarlos a tiempo, siendo fundamental la toma de una neuroimagen a la brevedad. Además, recalcar la importancia de conocer las red flags de una cefalea, tales como rigidez de nuca, cambios de características, pérdida de conciencia y focalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otayza F. TUMORES DE LA FOSA POSTERIOR EN PEDIATRÍA. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017 [citado 14 de julio de 2023];28(3):378-91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-tumores-de-la-fosa-posterior-S0716864017300639>
2. Tumores cerebrales en niños [Internet]. Pediatría integral. 2012 [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-07/tumores-cerebrales-en-ninos/>
3. Lau C. Clinical manifestations and diagnosis of central nervous system tumors in children. UpToDate. [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-central-nervous-system-tumors-in-children?search=brain%20tumor%20children&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H18
4. Louis DN. Classification and pathologic diagnosis of gliomas, glioneuronal tumors, and neuronal tumors. UpToDate [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-and-pathologic-diagnosis-of-gliomas-glioneuronal-tumors-and-neuronal-tumors?search=tumores%20cerebrales%20pediatric&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5



MIOCARDITIS AGUDA POST REFUERZO VACUNA MODERNA (mRNA-1273): A PROPÓSITO DE UN CASO

Soffia, MC¹. Schmitz, MM¹. García, B¹. Pincetti, M¹. Arnes, JP¹. Perez, JJ². Valdés, A³

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, Universidad de los Andes

Autor corresponsal: María Constanza Soffia Paredes; mail: mcsoffia@miuandes.cl

Palabras claves: Vacunas, infección por Covid-19, vacuna moderna, miocarditis

INTRODUCCIÓN

La inmunización contra el Covid-19 ha probado disminuir la mortalidad globalmente, sin embargo se ha descrito que las vacunas mRNA contra el virus tienen un riesgo aumentado de miocarditis. Este riesgo es especialmente mayor en hombres y en adolescentes con edad media de 21 años y aumenta con nuevas dosis de refuerzo.^(1,2) Para el caso de la vacuna Moderna (mRNA-1273) la incidencia se ha reportado en 56.3 por millón. El objetivo de este trabajo es reportar una reacción adversa a mRNA-1273 atípica al patrón epidemiológico y clínico básicamente descrito en la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 39 años con antecedentes de resistencia a la insulina y dislipidemia en tratamiento con Metformina y Atorvastatina respectivamente, con hábito tabáquico suspendido hace 2 meses. Consulta por segunda oportunidad en el Servicio de Urgencias por dolor torácico de 16 horas de evolución, retroesternal, opresivo, con irradiación a mandíbula y brazo izquierdo, asociado a disnea. Niega síntomas neurovegetativos u otras molestias. Al interrogatorio dirigido la paciente refiere haber recibido la vacuna *Moderna* hace aproximadamente 2 semanas, posteriormente a lo cual cursó con mialgias, fiebre y calofríos. Ingresa hemodinámicamente estable y el examen físico es anodino. El ECG no muestra signos de isquemia aguda ni sobrecarga de cavidades. En el laboratorio destacan Troponinas T US de 971 ng/ml, sin elevación de parámetros inflamatorios y función renal normal. La RM cardiaca muestra áreas de realce tardío de patrón no vascular y edema subepicárdico, compatible con una miocarditis aguda-subaguda. La paciente fue manejada con AINES orales y fue dada de alta luego de 6 días, con alivio prácticamente total de los síntomas.

CONCLUSIÓN

Se presenta un caso inhabitual a lo reportado hasta ahora en la literatura, dado que es una paciente de sexo femenino y no adolescente con un inicio de síntomas más subagudo. Se observa que dentro de los efectos adversos que pueden existir posterior a la inoculación por vacunas tipo mRNA la miocarditis es uno de los menos frecuentes y se ha visto que es más frecuente a mayor dosis de refuerzos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oster ME, Shay DK, Su JR, Gee J, Creech CB, Broder KR, et al. Myocarditis Cases Reported After mRNA-Based COVID-19 Vaccination in the US From December 2020 to August 2021. *JAMA*. 25 de enero de 2022;327(4):331.
2. Knudsen B, Prasad V. COVID -19 vaccine induced myocarditis in young males: A systematic review. *Eur J Clin Investigation* [Internet]. abril de 2023 [citado 3 de agosto de 2023];53(4). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13947>

ENFRENTAMIENTO DE LA ANEMIA SEVERA EN PACIENTE CON MIOMA UTERINO. REPORTE DE CASO

Vinagre, A¹. Bravo, JA¹. Cisterna, MI¹. Dietz, JA¹. Nehme, VV². Sabat, S³.

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 Hospital Parroquial San Bernardo, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Andrés Vinagre Grez; mail: avinagre@miuandes.cl

Palabras clave: sangrado uterino anormal, miomas, anemia crónica.

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) corresponde a un sangrado que difiere del patrón menstrual normal en una mujer en edad fértil. Su prevalencia es de 30% y es relevante debido a sus complicaciones asociadas, destacando el síndrome anémico (1). La anemia se clasifica por gravedad en leve, moderada o severa de acuerdo a los niveles de hemoglobina en sangre, 9-12 g/dl, 7- 9 g/dl y menor a 7 g/dl, respectivamente(2). Los miomas son una causa frecuente de SUA por exceso y se clasifican en relación a su ubicación en el útero (escala FIGO 0-8)(3), siendo los que están en contacto con el endometrio los que provocan sangrado.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 44 años, con antecedentes de mielomeningocele y anemia crónica de años de evolución, ingresa al servicio de urgencia por un cuadro de SUA de 23 días de duración, requiriendo usar 11 pañales por día y se ha intentado controlar el sangrado con ácido tranexámico. Al examen físico destaca un útero de 24 semanas, asimétrico, irregular y predominante en el hemiabdomen izquierdo. En la ecografía abdominal se visualiza un útero con un volumen de 702 cc, conteniendo un mioma FIGO 0. Además, al hemograma destaca una hemoglobina de 4.2 g/dl, por lo que se decide transfundir 4 unidades de glóbulos rojos con posterior histerectomía total con salpingectomía bilateral.

CONCLUSIÓN

El SUA es relevante en mujeres en edad fértil, para evaluar su etiología es fundamental que una ecografía ayude a diferenciar una patología orgánica de una funcional. La anemia es una complicación potencialmente letal, por lo que se debe diagnosticar y clasificar su severidad con un hemograma, con el fin de realizar un manejo adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agudelo P, Ernesto L. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL: ENFOQUE BASADO EN EVIDENCIAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA. Rev Med [Internet]. 2007 [citado el 4 de agosto de 2023];15(1):68–79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000100009
2. Domínguez F, Esther R. Hemorragia uterina anormal orgánica. DEL NAC [Internet]. 2012 [citado el 4 de agosto de 2023];4(2):15–22. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742012000200003.
3. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2017 [citado el 4 de agosto de 2023];85(9):611–33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611

VASCULITIS ANCA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Márquez, IP¹; Gibson, B¹; Cabrera, MO¹; Gaete, CB¹; Pérez, IA².

1. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
2. Médico Internista, Docente Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: Isidora Paz Márquez Correa; mail: ipmarquez@miuandes.cl

Palabras Clave: Vasculitis, Arteritis de la Temporal, Vasculitis ANCA, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

Las vasculitis son enfermedades sistémicas caracterizadas por la inflamación y lesión de vasos sanguíneos, llevando a su ruptura o isquemia de los tejidos que irrigan. La clínica varía según el tipo (vaso grande, mediano o pequeño), teniendo signos de inflamación sistémica (fiebre, baja de peso, compromiso del estado general), asociados a manifestaciones locales según el territorio afectado. Entre las vasculitis de vaso grande destaca la arteritis de la temporal, que afecta principalmente a ramas de la carótida, incluyendo la arteria temporal superficial. Por otro lado, las vasculitis ANCA afectan principalmente vasos pequeños y se asocian a ANCA específico para MPO o PR3.

La relevancia de este tipo de enfermedades reumatológicas consiste en que, al presentar una clínica florida e inespecífica, puede llevar a la sospecha errónea de una patología neoplásica o hematológica por la similitud de los síntomas.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino, de 77 años, con antecedente de hipotiroidismo, hipocortisolismo y aracnoidocele de larga data, en tratamiento con hidrocortisona y levotiroxina. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de tres meses de evolución de fiebre matinal y vespertina, cuantificada en 38°C, cefalea y sudoración nocturna, asociado a artralgia de hombro y muñeca derecha, disnea de esfuerzo (capacidad funcional III), dolor a la oclusión mandibular y ojo rojo izquierdo. Al examen físico, presenta dolor a la palpación y oclusión temporomandibular izquierda. Sin lesiones cutáneas. Se realizan exámenes de laboratorio e imágenes en busca de etiología, encontrándose anemia normocítica normocrómica, VHS, PCR y ferritina elevadas, anticuerpo antiMPO (p-ANCA) positivo, creatinina y BUN elevados y VFG disminuida. El TAC de tórax muestra infiltrado pulmonar bilateral.

Ante sospecha de arteritis de la arteria temporal, asociada a vasculitis p-ANCA (+), se inicia tratamiento con hidrocortisona en dosis altas, obteniéndose una respuesta favorable.

CONCLUSIÓN

Debido a sus síntomas sistémicos inespecíficos, las vasculitis representan un gran desafío diagnóstico. Esto es aún más complejo cuando se presentan manifestaciones de más de un tipo de vasculitis en un mismo paciente, como ocurre en el presente caso. Sin embargo, el tener un alto nivel de sospecha permitirá al clínico realizar un estudio acorde y un diagnóstico oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison TR, Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
2. Pacheco Rodríguez D. Reumatología para Médicos de Atención Primaria. 2015.
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-and-approach-to-the-vasculitides-in-adults?search=vasculitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1



ICTERICIA DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO.

Autores: Ferrari, D¹; Espinoza, F¹; Schwerter, R¹; Marchant, S¹; Trinchieri, C²; Plaza, A³.

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, Becada de Ginecología Universidad de los Andes.

Autor corresponsal: Dominga Ferrari Sande; mail: dferrari@miuandes.cl

Palabras claves: Ictericia; Embarazo; Hiperbilirrubinemia; reporte de caso

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades hepáticas durante el embarazo son comunes, afectando aproximadamente al 3-5% de las mujeres (1). En Chile, la colestasia intrahepática (CIE) es la etiología más frecuente, sin embargo, se deben descartar también otras causas ya sean propias del embarazo (hiperemesis gravídica, preeclampsia); como también enfermedades hepáticas coincidentes (hepatitis viral, patología biliar, medicamentos, entre otras) (2, 3, 4).

CASO CLÍNICO

Primigesta de 25 años cursando embarazo de 32+5 semanas, consulta por 24 horas de ictericia, dolor epigástrico y vómitos. Refiere haber cursado con cuadro gripal la semana previa. Hemodinámicamente estable al examen físico, destacan escleras ictericas; útero grávido normotónico y edema bilateral de extremidades inferiores.

La ecografía muestra estimación de peso fetal 2.316 gramos (percentil 50-75), líquido amniótico normal y test no estresante reactivo. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo, ácidos biliares 18 umol/L. Se realizó estudio etiológico de virus hepatotropos, lipasa y amilasa, y una ecografía abdominal, todos con resultados normales.

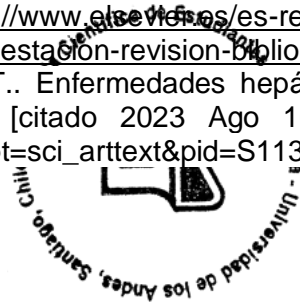
A pesar de no haber realizado intervenciones terapéuticas, la paciente se hospitalizó para seguimiento y observación, y evolucionó favorablemente con disminución progresiva de la ictericia, hasta su remisión, por lo que se dio alta hospitalaria y no se insistió en la búsqueda etiológica.

CONCLUSIÓN

Frente a ictericia en el embarazo es importante considerar las diferentes causas de enfermedades hepáticas relacionadas con el embarazo, como CIE, hiperemesis gravídica, toxemias del embarazo e hígado graso agudo, y también descartar otros diagnósticos diferenciales como la hepatitis viral, patología biliar benigna, uso de medicamentos y procesos hemolíticos. En el caso descrito, la paciente presentó un síndrome icterico caracterizado por hiperbilirrubinemia directa y niveles ligeramente elevados de ácidos biliares, lo cual sugiere la posibilidad de CIE, sin embargo, la evolución clínica no se condice dado que en la CIE la ictericia suele ser progresiva y no se resuelve hasta el término del embarazo. Si bien resulta alentadora la evolución favorable de la paciente, es importante destacar que el seguimiento estrecho es fundamental para detectar precozmente la aparición de complicaciones, dado que estas suponen un riesgo aumentado de parto prematuro, hipoxia, e incluso mortalidad en recién nacidos (5).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toro Rendon LG, Correa Gutiérrez EM, Calle Tavera LF, Ocampo Mesa A, Vélez Cuervo SM. Enfermedades hepáticas y embarazo. Revista Colombiana de Gastroenterología. 30 de Diciembre del 2019;34(4):385–98.
2. Sepúlveda-Martínez Á, Hasbun J, Valdés E, Salinas H, Parra-Cordero M. Serie guías clínicas: Colestasia intrahepática del embarazo. 63 Rev Hosp Clín Univ Chile [Internet]. 2015 [citado el 1 de Agosto del 2023];26:63–72. Disponible en: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/colestasia_intrahepatica_embarazo_guia_clinica.pdf
3. Crescente, S. Colestasis Intrahepática del Embarazo: Relación entre Niveles de Ac. Biliares, Transaminasas y Bilirrubina con Resultados Perinatales durante el año 2020 en Hospital Materno Provincial. [Internet]. FASGO. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/125-revista-fasgo/n-12-2021/2539-colestasis-intrahepatica-del-embarazo-relacion-entre-niveles-de-ac-biliares-transaminasas-y-bilirrubina-con-resultados-perinatales-durante-el-ano-2020-en-hospital-materno-provincial>
4. Santos D, Doblaz PA, López-Torres E, Herrera J. Hepatopatías en la gestación. Revisión bibliográfica. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 1 de Enero del 2007; 34(1):21–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-hepatopias-gestacion-revision-bibliografica-13097081>
5. Lorente Pérez S., Serrano Aulló T.. Enfermedades hepáticas propias del embarazo. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2010 Ago [citado 2023 Ago 16] ; 102(8): 505-505. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000800010&lng=es.



FISIODESIS PRECOZ CON TÉCNICA DE CRECIMIENTO GUIADO POR TORNILLOS Y SUTURAS IRREABSORBIBLES EN AMC REFRACTARIA A TRATAMIENTO ORTOPÉDICO: REPORTE DE CASO.

Osses, V¹; Gandolfo, S¹; Monestés, F²; Jordan, MP¹; Di Carlo, C²; Tessada, S²; Martínez, G³.

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

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

(3) Traumatólogo Pediátrico Especialista en Neuro-Ortopedia y Malformaciones Congénitas, Clínica Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Valentina Osses Alvarado; mail: vosses@miuandes.cl

PALABRAS CLAVE: Reporte de un caso, Artrogriposis múltiple congénita, Fisiodesis, Crecimiento Guiado por tornillos, Sutura irreabsorbible

RESUMEN

La artrogriposis múltiple congénita (AMC) es un síndrome clínico infrecuente, pero altamente invalidante. Es una condición no progresiva de origen prenatal, por hipomotilidad intrauterina como consecuencia de factores fetales y maternos, pudiendo estar asociada a más de 300 trastornos, como pie Bot (1). El diagnóstico es clínico y se presenta como contracturas de dos o más grandes articulaciones, generando limitación del rango de movimiento y atrofia muscular (2). Un 85% de pacientes presentan contractura de rodilla, más frecuente en flexión, impactando en la deambulación (1). El tratamiento es inicialmente ortopédico, pero en caso de ausencia a respuesta, requiere intervención quirúrgica (3). Para el manejo quirúrgico, suele recurrirse al crecimiento guiado por fisiodesis anterior con placas de tensión y los tornillos canulados anteriores. Ambas técnicas requieren cierto grado de madurez esquelética y osificación epifisaria y no están exentas de complicaciones como dolor e irritación local (4,5).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 3 años traqueostomizado y gastrostomizado, con diagnóstico previo de AMC. Como antecedentes tiene alergia al látex y anestésicos halogenados, ascenso diafragmático y pie Bot bilateral operado a sus 3 meses. Llega con contractura severa en flexión de rodillas, posterior a falla de tratamiento con yesos correctores, para cirugía correctora electiva realizada por especialista. Se efectúa crecimiento guiado con tornillos y sutura irreabsorbible en rodillas y liberación posteromedial de pies. A los 5 días es dado de alta con hospitalización domiciliaria, sin complicaciones. Evoluciona favorablemente, logró extender rodillas, deambular con carrito y órtesis de tobillo-pie.

DISCUSIÓN

Este paciente requirió intervención quirúrgica por ausencia de respuesta al tratamiento ortopédico, presentando contracturas severas en flexión de rodillas. La técnica utilizada de crecimiento guiado con tornillos y sutura irreabsorbible es una opción novedosa que, a diferencia de otras técnicas, evita procedimientos invasivos, permitiendo una corrección progresiva sin requerir madurez esquelética completa.

CONCLUSIÓN

La fisiodesis con crecimiento guiado con tornillos y sutura irreabsorbible temprana demuestra ser crucial en pacientes con AMC, resaltando la importancia de sospechar y diagnosticar la patología a tiempo. Esto permite un manejo multidisciplinario precoz, que puede marcar una diferencia significativa en otorgar una mejor funcionalidad y consecuente calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kowalczyk B, Felus J. Arthrogyrosis: An update on clinical aspects, etiology, and treatment strategies [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2016 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754365/>
2. Antúnez NH, González C, Cerisola A, Casamayou D, Barros G, Castellet LD, et al. Artrogriposis múltiple congénita: Análisis de los Pacientes Asistidos en el Centro de Rehabilitación Infantil teletón uruguay [Internet]. Sindicato Médico del Uruguay; 2015 [cited 2023 Aug 1]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100004
3. Pontén E. Management of the knees in Arthrogyrosis [Internet]. U.S. National Library of Medicine; 2015 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661151/>
4. Sepúlveda MF, Ferrada P. CRECIMIENTO GUIADO EN EXTREMIDADES INFERIORES. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021 May;32(3):295-303.
5. Hamdy RC, Bosse H, Altiock H, Abu-Dalu K, Kotlarsky I, Fafara A, et al. Treatment and outcomes of arthrogyrosis in the lower extremity. American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics. 2019 Sep;181(3):372-84



ESTUDIO DE TROMBOFILIAS EN PACIENTE CON EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS Y HEMORRÁGICOS A REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cruz, C¹; Andrighetti, MC²; Dooner, MS³; Cermenati, D⁴

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
2. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
3. Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes
4. Médico internista, Departamento de Medicina Interna, HOSMIL, Chile.

Autor corresponsal: Catalina Cruz Castro; mail: ccruz2@miuandes.cl

Palabras clave: Trombofilias, Trombosis en sitio atípico, Indicación de estudio, Reporte de caso.

INTRODUCCIÓN

Las trombofilias corresponden a una predisposición genética o adquirida que determina un estado de hipercoagulabilidad. Su estudio está normado en situaciones específicas ^{2,3}. Para esta revisión, destaca trombosis recurrentes o en sitio atípico (vena portal, hepática, cerebrales y/o mesentéricas). Su estudio es fundamental para definir la indicación de extensión de anticoagulación, documentación de riesgo y estudio en familiares de primer grado. La importancia de este caso radica en ilustrar que son indicaciones por sí mismas, ameritando estudiarlas independientemente existan factores confundentes.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 53 años, sin antecedentes familiares, con DHC (2020) y eventos tromboembólicos a repetición: trombosis de vena mesentérica superior (2017) y TVP en extremidad inferior (2023) con instalación de filtro vena cava, sin TEP desde entonces. Además, presenta sangrados frecuentes: cuatro episodios de HDA, tres variceales y otro por úlcera péptica, y hematurias recurrentes autolimitadas sin diagnóstico etiológico manejadas con lavados vesicales, por lo que se desestima necesidad de estudio y anticoagulación.

Consulta en Punta Arenas por reciente hematuria macroscópica autolimitada, sin otros síntomas. TC-AP contrastado muestra nefrolitiasis no obstructiva y progresión de trombosis mesentérica superior, trasladándose a Santiago para manejo y estudio. Cursa sin nuevos eventos hemorrágicos y/o tromboembólicos, sin necesidad de intervención urológica. Evaluado por cirugía vascular que desestima requerimiento de procedimiento quirúrgico y/o trombolítico y hematología que sugiere completar estudio de trombofilias, donde destaca un déficit en la antitrombina III (59%), proteína C (38%) y S (57%). Dado diagnóstico confirmado, se inicia anticoagulación y es dado de alta con controles en centro correspondiente.

CONCLUSIÓN

El caso muestra un paciente que cumple criterios de sospecha y estudio de trombofilias, habiendo presentado TEV a repetición y trombosis de sitio atípico a los 47 años ^{2,3}. Sin embargo, al presentar de forma concomitante múltiples eventos hemorrágicos, no se estimó necesario mayor estudio, resultando en la progresión de trombosis mesentérica y nuevos eventos tromboembólicos. Así, se ilustra la importancia de no desestimar la sospecha de trombofilias ante clínica paradójica con sangrados y completar estudio correspondiente.

En este caso, no es posible seguimiento ni confirmación de agregación familiar de trombofilia dado traslado a Punta Arenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stevens SM, Woller SC, Bauer KA, Kasthuri R, Cushman M, Streiff M, et al. Guidance for the evaluation and treatment of hereditary and acquired thrombophilia. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*. 2016;41(1):154–64. doi:10.1007/s11239-015-1316-1
2. Baglin T, Gray E, Greaves M, Hunt BJ, Keeling D, Machin S, et al. Clinical guidelines for testing for Heritable thrombophilia. *British Journal of Haematology*. 2010;149(2):209–20. doi:10.1111/j.1365-2141.2009.08022.x
3. Nicolaidis AN, Fareed J, Kakkar AK, Comerota AJ, Goldhaber SZ, Hull R, et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism--International Consensus Statement. *International Angiology [Internet]*. 2013 Apr [cited 2023 Jul 28];32(2):141–260.



DIVERTÍCULO DE MECKEL EN CONTEXTO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marinovic, I¹; Weibel, AP¹; Parra, J¹; Jadue, AB¹; Idro, M²; Valenzuela, M³.

1: Interno Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2: Estudiante Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

3: Médico Cirujano Infantil, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Ignacio Marinovic Codina; mail: imarinovic1@miuandes.cl

Palabras claves: Divertículo de Meckel, Cirugía Infantil, Invaginación Intestinal, Reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal (II) es la introducción de un segmento intestinal sobre el asa inmediatamente distal a esta, lo que produce un telescopaje intestinal, ocurriendo más frecuentemente entre los 2 meses y 2 años de edad¹.

En el 25% de los casos se identifica la causa, siendo esta generalmente infecciosa, aunque en edades atípicas se debe sospechar lesión orgánica o malformación. El tratamiento va desde un manejo conservador hasta resolución quirúrgica, dependiendo de la clínica y el tiempo de evolución.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 9 años con antecedentes de APLV y dolor abdominal recurrente, quien consulta en urgencias por cuadro de 30 horas de evolución de dolor abdominal periumbilical, vómitos alimentarios a biliosos, sensación febril no cuantificada y ausencia de tránsito intestinal en las últimas 48 horas. Al examen físico destaca hemodinámicamente estable, afebril, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA aumentados, resistencia muscular y Blumberg positivo. La ecografía y radiografía abdominal resultaron compatibles con cuadro de obstrucción intestinal.

Se ingresó con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y en pabellón se pesquisó invaginación Intestinal con necrosis del íleon distal y un divertículo de Meckel (DM) no complicado en el límite proximal de la invaginación. Se realizó una resección del íleon distal necrosado junto con el DM y una anastomosis termino terminal. El diagnóstico postoperatorio confirma obstrucción intestinal secundario a II con necrosis intestinal y DM asociado, que en este caso no fue la cabeza de invaginación. El paciente evolucionó favorablemente completando terapia antibiótica.

CONCLUSIÓN

La II requiere un alto índice de sospecha, en especial en edades atípicas, cuando aumentan las causas orgánicas, entre ellas el DM. En este caso es importante destacar que el DM no fue la causa de la II, lo cual es infrecuente a esa edad.

El DM como entidad congénita se asocia a alta morbilidad, en particular si se asocia a complicaciones como la II² por lo que el índice de sospecha debe ser alto y el tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón Teresa, Faúndez Rossana, Godoy Marcela, Roessler Jose Luis. Manual de Gastroenterología Pediátrica, segunda edición. SOCHIPE. [Internet]. 2021 [citado el 7 de julio de 2023].
2. IBÁÑEZ G PATRICIO, CRUZ F JAIME, ELIZALDE R LORENZA, TAPIA D DANIELA. Invaginación intestinal ileoileal causada por divertículo de Meckel. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2013 Abr [citado 2023 Jul 06]; 84(2): 189-193.

MIELOMA MÚLTIPLE: LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. REPORTE DE UN CASO.

Ovalle, MI¹. Prado, VI¹. Pincetti, MI¹. Durán, LA¹. Francois, HM². Torres, TE³.

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

Autor corresponsal: Mauricio Ignacio Ovalle Ibáñez; mail: miovalle2@miuandes.cl

Palabras claves: mieloma múltiple, síndrome consuntivo, hipercalcemia, reporte de un caso.

INTRODUCCIÓN

El Mieloma Múltiple (MM) es una proliferación neoplásica de células plasmáticas productoras de inmunoglobulina monoclonal.

Corresponde al 1-2% del total de cánceres a nivel mundial y al 17% de los cánceres hematológicos, siendo más frecuente en hombres y personas entre 64-79 años (1).

Se sospecha ante una o más de las siguientes características: lesiones líticas en imágenes, hipercalcemia, falla renal aguda, anemia, elevación de proteínas sanguíneas y/o historia de síndrome consuntivo.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, consulta por cuadro de disnea progresiva de medianos esfuerzos, de 3 meses de evolución. Además, refiere baja de peso involuntaria de 11 kg en el último mes, saciedad precoz, anorexia y sudoraciones nocturnas. No presenta angina, ortopnea, disnea paroxística nocturna, nicturia, edema de extremidades inferiores, palpitaciones, tos ni expectoración.

Al examen físico destaca orientado, taquicárdico, con palidez mucocutánea. Examen cardiopulmonar sin alteraciones y extremidades inferiores sin edema ni signos de trombosis venosa profunda.

El electrocardiograma muestra taquicardia sinusal. La radiografía de tórax sin alteraciones. Al laboratorio destaca troponinas normales, hemoglobina en 8.1 g/dl, creatinina de 2.5 mg/dl, calcio corregido en 11 mg/dl y albúmina en 3.4 g/dl con proteínas totales de 11 g/dl.

Dada la clínica asociada a anemia, falla renal aguda, hipercalcemia y proteínas totales elevadas con albúmina normal se hospitaliza en sala por sospecha de MM para estudio y manejo.

Al estudio complementario destacan cadenas livianas libres lambda e IgG elevadas y más de 10% de plasmocitos en el mielograma. No se observan lesiones líticas en escáner cerebral, abdominal ni pélvico.

Al confirmar el diagnóstico, se trasladó al paciente de centro para su manejo.

CONCLUSIÓN

El MM tiene baja prevalencia, pero se debe tener alta sospecha en pacientes con síndrome anémico-consuntivo asociado a alteraciones de laboratorio como anemia, falla renal aguda, hipercalcemia y aumento de proteínas totales (3).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: https://www-uptodate-com.uandes.idm.oclc.org/contents/multiple-myeloma-clinical-features-laboratory-manifestations-and-diagnosis?search=mieloma%20multiple&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Sociedad Castellano - Leonesa de Hematología y Hematoterapia (SCLHH). GUÍA Hematoguí Mieloma, 2023. [Internet]. Disponible en: <http://www.sclhh.org/docs/pdf/consenso/guia%20mieloma%202023.pdf>
3. Otras Gammopatías Monoclonales MM. PROTOCOLO CLÍNICO [Internet]. Minsal.cl. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.20_PROTOCOLO-MIELOMA-MULTIPLE.pdf

