

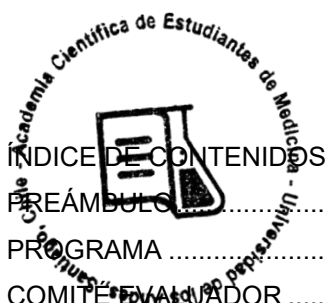


# I JORNADA CIENTÍFICA ONLINE DE TRABAJOS Y CASOS CLÍNICOS

29 y 30 de junio de 2020

LIBRO RESUMEN





## Índice de Contenidos

ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	2
PREÁMBULO .....	4
PROGRAMA .....	5
COMITÉ EVALUADOR .....	6
REVISORES .....	6
TRABAJOS LIBRES.....	7
SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT: REPORTE DE UN CASO.....	8
DIARREA CONGÉNITA CAUSADA POR ANENDOCRINOSIS ENTÉRICA, REPORTE DE CASO .....	10
MUCOSITIS COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE HIPER-IGM EN UN PACIENTE LACTANTE MAYOR. REPORTE DE CASO.....	12
ATRESIA DUODENAL Y LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. REPORTE DE CASO.....	14
ASOCIACION ENTRE CAMBIOS EN LOS PATRONES DE SUEÑO DE NIÑOS DE CHILE ENTRE 0 – 11 AÑOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 Y PERCEPCION MATERNA DE TIEMPO EN PANTALLAS: ESTUDIO TRANSVERSAL .....	16
NEUROBLASTOMA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN CONSULTA PEDIÁTRICA AMBULATORIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	18
ALTERNATIVA TERAPEUTICA PARA ENFERMEDAD AORTICA SEVERA POR SECUELA DE RADIOTERAPIA INFANTIL. REPORTE DE UN CASO.....	20
ESTUDIO DE PANCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	22
USO DE PLASMAFERESIS EN SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	24
PLANTEAMIENTO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMOFILTRACIÓN, PARA MANEJO DE INJURIA RENAL AGUDA POR RABDOMIOLISIS INDUCIDA POR ATORVASTATINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	26
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE CÁNCER DE COLON: CASO CLÍNICO.....	28
ARTRITIS SÉPTICA EN ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE. PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE.....	30
METÁSTASIS RETROPERITONEALES EN CÁNCER GÁSTRICO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DOLOR LUMBAR. REPORTE DE CASO.....	32
FASCITIS NECROTIZANTE POR INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE DICLOFENACO. REPORTE DE UN CASO.....	34



MANEJO QUIRÚRGICO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA: REPORTE DE UN CASO.....	36
RENDEZ-VOUS TRANSGÁSTRICO COMO RESOLUCIÓN DE COLÉDOCOLITIASIS EN PACIENTE CON BY-PASS EN Y DE ROUX. ....	38
COLGAJO DIGITAL DE ATASOY: UNA ALTERNATIVA EFECTIVA Y SIMPLE PARA LAS LESIONES TRAUMATICAS DE DEDOS. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. A PROPÓSITO DE UN CASO. ....	40
ROTURA TRAUMÁTICA DEL MANGUITO ROTADOR POSTERIOR A LUXACIÓN GLENOHUMERAL: UNA LECCIÓN QUE APRENDER A PROPÓSITO DE UN CASO.....	42
ECLAMPSIA NORMOTENSIVA: REPORTE DE UN CASO. ....	44
TERATOMA INMADURO IA G1: REPORTE DE UN CASO. ....	46
CISTOADENOMA MUCINOSO BORDERLINE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN ANEXIAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO. ....	48
ENDOMETRIOSIS ASOCIADA A HIDROCELE DEL CANAL DE NUCK. REPORTE DE UN CASO. ....	50
EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD CHARCOT MARIE TOOTH EN EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO. ....	52
PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LAS CAUSAS DE DISFUNCIÓN OVULATORIA EN MUJERES ENTRE LOS 22 A 38 AÑOS: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. ....	54



## Preámbulo

En el contexto de la actual pandemia por COVID-19, y 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 Primera Jornada Científica Online de Trabajos y Casos Clínicos, la que se llevó a cabo los días sábado 29 y 30 de junio de 2020 vía Zoom.

En esta ocasión se presentaron 24 posters en formato digital, en modalidad de exposición oral, los cuales se abarcaron temáticas relacionadas a los ámbitos de la Medicina Interna y sus especialidades; Neurología; Cirugía; Ginecología y Obstetricia; Urología, 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.

**Dr. Gustavo Mönckeberg  
Fernández**  
Director Escuela  
Escuela de Medicina  
Universidad de los Andes

**José Miguel Valdés Valdés**  
Director Científico  
ACEM UANDES  
Interno Medicina UANDES

**Dr. Matías Ubilla Silva**  
Director de Estudios  
Escuela de Medicina  
Universidad de los Andes



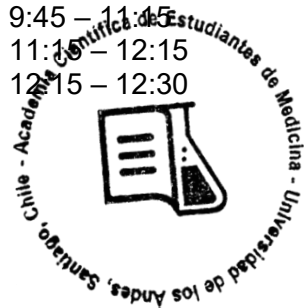
## Programa

Fecha Parte I: lunes 29 de junio de 2020

8:15 – 8:30	Bienvenida
8:30 – 9:45	Presentación trabajos libres – Pediatría
9:45 – 12:15	Presentación trabajos libres – Medicina Interna Parte I
12:15 – 12:30	Cierre

Fecha Parte II: martes 30 de junio de 2020

8:15 – 8:30	Bienvenida
8:30 – 9:15	Presentación trabajos libres – Cirugía
9:15 – 9:45	Presentación trabajos libres – Traumatología
9:45 – 11:45	Presentación trabajos libres – Obstetricia y Ginecología
11:45 – 12:15	Presentación trabajos libres – Medicina Interna Parte II
12:15 – 12:30	Cierre



## Comité Evaluador

Se contó con la participación de un jurado multidisciplinario, encargado de evaluar los trabajos presentados según pautas objetivas y protocolizadas, y de guiar la discusión posterior a cada caso. Este comité estuvo conformado por:

- Dr. Diego Pérez, MD
- Dr. Fernando Mellado, MD
- Dra. Paula Aedo, MD
- Dr. Ricardo Silva, MD
- Dra. María Soledad Oltra, MD
- Dr. José Felipe Fuenzalida, MD
- Dr. Alejandro Zylberberg, MD
- Dra. Maritza Busquets, MD

## Revisores

Todos los *abstracts* enviados fueron revisados por dos correctores independientes con doble ciego, quienes se basaron en *CARE guidelines 2013* y *SCARE guidelines 2018* para otorgar un puntaje a cada resumen, según el cual se seleccionaba o descartaba para ser presentado el día de las Jornadas. Este equipo revisor estuvo conformado por alumnos de cuarto, quinto y sexto año de Medicina de la Universidad de los Andes.

Agradecemos de manera especial a Pablo Castello, Valentina Prado, Camila Busquets, Vilenka Robin, Renata Murúa, Miguel Bicho, Mauricio Gato, María José Wenz, Magdalena Soto, María Ignacia Mosqueira, Antonia Vacarezza, Francisca Nilo, Natalia Villalón e Ignacio Cárcamo, por su insustituible y profesional ayuda con la evaluación de los *abstracts*.





## Trabajos Libres



## SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT: REPORTE DE UN CASO.

Benitez Ureta, M.S.<sup>1</sup>, Fuenzalida Soffia, M.P.<sup>1</sup>, Katz Chamberlain, R<sup>1</sup>, Sancho Tapia, F.A.<sup>1</sup>, Del Toro Larios, A.C.<sup>2</sup>, Manzi Astudillo, M.E.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago

<sup>2</sup> Médico Cirujano, Becada de pediatría Universidad Diego Portales, Santiago

<sup>3</sup> Pediatra, Residente sala Pediatría, Clínica Dávila, Santiago

### INTRODUCCIÓN:

El síndrome de McCune-Albright (SMA) es una enfermedad genética infrecuente no hereditaria por activación embrionaria somática poscigótica temprana de GNAS, con prevalencia estimada entre 1/100.000 y 1/1.000.000.

Estimula el crecimiento y función de glándulas endocrinas, melanocitos y osteoclastos, presentando la tríada característica de displasia fibrosa polioestótica, manchas café con leche y desórdenes endocrinos hiperfuncionantes.

Es importante reconocer esta asociación para realizar un diagnóstico clínico precoz y manejo multidisciplinario adecuado de potenciales endocrinopatías y complicaciones.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente masculino de 3 años 6 meses con historia de múltiples fracturas. Antecedente de hospitalización por fractura femoral en febrero 2019, donde se pesquisó hipertiroidismo por presentar taquicardia sostenida. Además destacaban manchas café con leche, indicándose estudio ambulatorio de SMA, el cual no se realizó.

Se hospitaliza en enero 2020 por gastroenteritis, donde destacaba exoftalmo, nariz en silla de montar manchas café y testículos aumentados de tamaño. Cuadro gastrointestinal evoluciona favorablemente.

Se decide completar estudio por sospecha de SMA, destacando: TSH <0.005 mUI/L, T4L 1.89 nmol/L. Ecografía tiroidea con signos de tiroiditis, sin nódulos. Hipofosfemia, PTH 5.3 pg/ml. Testosterona total <2.5 nmol/L, LH <0.3 ng/ml. Ecografía renal normal. Múltiples focos hipercaptantes en radiografías óseas y cintigrama, con aumento de actividad osteoclástica polifocal en esqueleto.

### DISCUSIÓN:

El SMA es una enfermedad de baja mortalidad, pero de alta morbilidad si no es manejada de manera correcta. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y ayuda a enfocar un tratamiento multidisciplinario, habiendo descartado diagnósticos diferenciales.

Los elementos del caso que destacan son la dismorfia facial, manchas café con leche que respetan línea media, displasia ósea y endocrinopatías. Es fundamental no confundir las lesiones óseas con neoplasias, caso en el que se podría justificar una biopsia ósea

**PALABRAS CLAVE:** *Síndrome de McCune-Albright, Predisposición genética a la enfermedad de Manchas café con leche.*

**AUTOR CORRESPONSAL:** M. Sofía Benítez Ureta, Interna de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile. Mail [msbenitez@miuandes.cl](mailto:msbenitez@miuandes.cl)

### REFERENCIAS:

1. Dumitrescu CE, Collins MT. McCune-Albright syndrome. Orphanet Journal of Rare Diseases. 19 de mayo de 2008;3(1):12.



2. Florentín C, Morel Z, Gulino R, Galeano M, Chamorro L, Blanco F. Síndrome de McCune-Albright. Reporte de un caso. *Pediatría Asunción*. 2014;41(2):139-42.
3. Javaid MK, Boyce A, Appelman-Dijkstra N, Ong J, Defabianis P, Offiah A, et al. Best practice management guidelines for fibrous dysplasia/McCune-Albright syndrome: a consensus statement from the FD/MAS international consortium. *Orphanet J Rare Dis*. 13 de 2019;14(1):139.
4. Morata Alba L, Morata Alba L, Díez Gandía E, Morata Alba J, Morata Alba L, Díez Gandía E. ¿Qué puede ocultar una mancha café con leche? *Pediatría Aten Primaria*. 2018;20(80):371-4.
5. Raus I, Coroiu RE. McCune Albright syndrome - association of fibrous dysplasia, café-au-lait skin spots and hyperthyroidism - case report. *Clujul Med* 1957. 2016;89(4):559-64.



## DIARREA CONGÉNITA CAUSADA POR ANENDOCRINOSIS ENTÉRICA, REPORTE DE CASO

Benjamín Oksenberg<sup>1</sup>, Alberto Caro<sup>1</sup>, Alan Hirschberg<sup>1</sup>, Deborah Farago<sup>2</sup>, Tania Oksenberg<sup>3</sup>

- (1) Interno 7° año de medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.
- (2) Interna 6° año de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- (3) Alumna 3er año de medicina, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

*Palabras Claves: Congenital diarrhea, Enteric anendocrinosis, Enteroendocrine cells.*

Contacto: Benjamín Oksenberg Dueñas, baoksenberg@miuandes.cl

### INTRODUCCIÓN

Las diarreas congénitas son un conjunto de cuadros que se caracterizan por presentarse en lactantes en sus primeros días o semanas de vida, con diarrea y deshidratación graves que muchas veces puede poner en riesgo la vida. En el caso de la anendocrinosis entérica, existe una mutación autosómica recesiva en el gen *neurogenin-3*, que se manifiesta como diarrea mal absorbida severa, acidosis metabólica y posteriormente diabetes mellitus.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido de 40 semanas de gestación, embarazo controlado, dado de alta con lactancia materna y fórmula por problemas de succión a los 3 días post parto, consulta a los 6 días de vida por ictericia asociada a deposiciones amarillas abundantes, frecuentes y líquidas. En los exámenes de urgencia destaca una bilirrubina total de 18,5 mg/dl, de predominio indirecto, hipernatremia y acidosis metabólica. Se hospitaliza para estudio y manejo. Se prueban diferentes fórmulas nutricionales especiales sin embargo persiste la diarrea con compromiso nutricional severo por lo que se inicia nutrición parenteral. En el estudio etiológico destaca alto contenido de azúcares y grasa además de enzimas pancreáticas en baja cantidad en las deposiciones. Se descartan causas más comunes de diarrea congénita como infecciones parasitarias, fibrosis quística, causas metabólicas y endocrinas. Se toma biopsia mediante colonoscopia que muestra ausencia de células neuroendocrinas en intestino delgado y colon. Posteriormente se realiza estudio genético que informa variante en gen neurogenin-3.

### DISCUSIÓN:

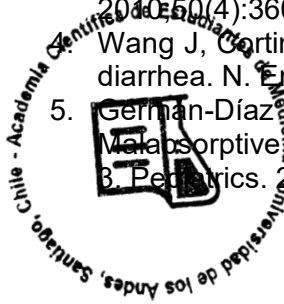
Si bien la anendocrinosis entérica es una enfermedad extremadamente poco común, es un diagnóstico a tener en cuenta en lactantes que presentan diarreas congénitas severas, resistentes a tratamiento y que se descartan otras etiologías más comunes de origen infeccioso, inmunológico, alérgico o metabólico. En cuanto al tratamiento queda aún mucho espacio para la investigación de nuevas posibilidades, pero por el momento el pilar es la mantención del estado nutricional mediante nutrición parenteral.

### REFERENCIAS:

1. Thiagarajah J, Kamin DS, Acra S, et al. Advances in Evaluation of Chronic Diarrhea in Infants. *Gastroenterology*. 2018;154(8):2045-2059.e6. doi:10.1053/j.gastro.2018.03.067



2. Martin MG, Wright EM. Congenital intestinal transport defects. In: Walker WA, Goulet O, Kliegman RM, Sherman PM, Shneider BL, Sanderson IR, eds. Pediatric gastrointestinal disease. Hamilton, Ont., Canada: B.C. Decker, 2004:898-921.
3. Berni Canani R, Terrin G, Cardillo G, Tomaiuolo R, Castaldo G. Congenital diarrheal disorders: improved understanding of gene defects is leading to advances in intestinal physiology and clinical management. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2010;50(4):360–366pmid:20216094
4. Wang J, Cortina G, Wu SV et al. Mutant neurogenin-3 in congenital malabsorptive diarrhea. N. Engl. J. Med. 2006; 355: 270–80.
5. German-Díaz M, Rodríguez-Gil Y, Cruz-Rojo J, et al. A New Case of Congenital Malabsorptive Diarrhea and Diabetes Secondary to Mutant Neurogenin-3. Pediatrics. 2017;140(2):e20162210. doi:10.1542/peds.2016-2210



## MUCOSITIS COMO MANIFESTACIÓN DEL SÍNDROME DE HIPER-IGM EN UN PACIENTE LACTANTE MAYOR. REPORTE DE CASO.

HIRSCHBERG GOFFMAN, A. <sup>(1)</sup>; CARO BENADO, A. <sup>(1)</sup>; OKSENBURG DUEÑAS, B. <sup>(1)</sup>; GUZMÁN ROSSI, A <sup>(1)</sup>, GLASER KOSTERLITZ, P. <sup>(2)</sup>; TOSO LOYOLA M. <sup>(3)</sup>

(1) Interno de 7to año de medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

(2) Hemato-oncóloga Infantil, Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Militar Santiago, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

(3) Reumatóloga, Pediatra, Servicio de Pediatría, Hospital Militar Santiago, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile

### INTRODUCCIÓN:

La mucositis corresponde a la inflamación de las mucosas, tanto oral como del tracto gastrointestinal, la que puede además acompañarse de lesiones ulcerosas. Suele ser una complicación de los tratamientos antineoplásicos, así como también, puede corresponder a una manifestación de enfermedades sistémicas e infecciosas o bien de alguna inmunodeficiencia.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Lactante de 1 año 11 meses, con antecedentes de hipogamaglobulinemia de etiología desconocida diagnosticada a los 6 meses de edad debido a cuadro de Neumonía por Pneumocystis Jiroveci y posteriormente, múltiples hospitalizaciones por diversos cuadros infecciosos, asociados a neutropenias severas no cíclicas. Última consulta, se hospitaliza con diagnóstico de Neumonía asociada a Mucositis grado II, recibiendo tratamiento antibiótico y Aciclovir. Al alta, paciente evoluciona con aumento de lesiones en mucosa oral, rechazo alimentario, sialorrea, fiebre y fisura anal, por lo que reconsulta. Se hospitaliza para manejo y estudio, siendo evaluado por subespecialistas, descartándose enfermedad de Behcet, enfermedad celíaca y enfermedad inflamatoria intestinal. En exámenes destaca niveles plasmáticos de inmunogamaglobulina M (IgM) dentro de límites normales con inmunogamaglobulinas G (IgG) y A (IgA) disminuidas. Debido a resultados, se realiza estudio genético, el cual determina una mutación del gen CD40 ligando, diagnosticándose así, Síndrome de Hiper-IgM ligado al X (SHIM).

### DISCUSIÓN:

SHIM corresponde a una inmunodeficiencia primaria poco común, en la cual una alteración de la proteína ligando CD40, genera cambios en la producción de IgM, IgG e IgA. Debido a su baja frecuencia, es relevante tener la sospecha clínica de este síndrome en pacientes que durante los primeros años de vida presenten infecciones a repetición, asociado a niveles plasmáticos normales o elevados de IgM y niveles disminuidos o ausentes de IgG, IgA e IgE, con el fin de otorgar un adecuado y oportuno diagnóstico, tratamiento y seguimiento al paciente.



Universidad de  
**los Andes**

**Palabras Clave:** *Mucositis, Primary Inmune Deficiency, Hyper-IgM Syndrome*

Autor correspondiente: Alan Hirschberg Goffman, Mail: [ahirschberg@miuandes.cl](mailto:ahirschberg@miuandes.cl)

REFERENCIA:

1. Yazdani, R., Bekvand, S., Shahkarami, S., Azizi, G., Moazzami, B., Abolhassani, H., & Aghamohammadi, A. (2019). The hyper IgM syndromes: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and management. *Clinical immunology (Orlando, Fla.)*, 198, 19–30. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2018.11.007>

## ATRESIA DUODENAL Y LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL. REPORTE DE CASO.

*Axel J. Michelena V.<sup>1</sup>, Romina D'Alessandri D.<sup>1</sup>, Jaime I. Rivera O.<sup>1</sup>, Rocío A. Castillo L.<sup>1</sup>,  
Ángel E. Blanco M.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Interno de Medicina, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup> Cirujano Infantil, Jefe del Servicio de Cirugía Infantil, Clínica Santa María.

Autor corresponsal:

Axel Jesús Michelena Villegas.

Mail: [ajmichelena@miuandes.cl](mailto:ajmichelena@miuandes.cl)

Teléfono: +56991402030

PALABRAS CLAVE

*Obstrucción duodenal, diagnóstico prenatal, ultrasonografía.*

### INTRODUCCIÓN

La atresia duodenal (AD) es una malformación congénita que resulta en la obstrucción de su lumen. Su incidencia es de 1 en 10.000 recién nacidos y se asocia en un 53% a otras malformaciones congénitas. La AD se manifiesta en los primeros 2 días de vida como una obstrucción intestinal con distensión gástrica y vómitos. El diagnóstico se confirma en el recién nacido (RN) mediante radiografía abdominal. Sin embargo, puede sospecharse precozmente con ecografía prenatal siendo signos sugerentes: polihidramnios, dilatación del intestino e imagen de "doble burbuja" formada por el duodeno y estómago dilatados. Este trabajo pretende presentar un caso clínico de un RN con diagnóstico prenatal de AD en que se realizó una intervención quirúrgica precoz con el objetivo de elevar la sospecha diagnóstica mediante ecografía.

### PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente RN de sexo masculino con antecedente materno de polihidramnios, se diagnosticó mediante ecografía prenatal con una atresia duodenal. Nació por cesárea a las 36+4 semanas y se realizó radiografía de abdomen que mostró una imagen de doble burbuja y ecografía abdominal que mostró una obstrucción a nivel de la segunda porción duodenal. Se decidió manejo quirúrgico al día siguiente mediante anastomosis duodenoyeyunal laterolateral, evolucionando favorablemente y dándose de alta a los 20 días de vida.

### DISCUSIÓN

La importancia del diagnóstico precoz radica en permitir la planificación del parto en un centro de alta complejidad, una intervención quirúrgica temprana, la prevención de complicaciones y una consejería familiar precoz. Sin embargo, hay que considerar que el pronóstico está definido por malformaciones asociadas, prematuridad y peso de nacimiento. El tratamiento quirúrgico puede ser la duodenoduodenostomía o la duodenoyeyunostomía y la vía de abordaje laparoscópica ha ido tomando mayor protagonismo.

### CONCLUSIÓN

La importancia del caso radica en elevar la sospecha diagnóstica de AD mediante ecografía lo que es fundamental en mejorar el pronóstico del RN.



## REFERENCIAS

1. Bittencourt DGE, Barini R, Marba S, Sbragia LO. Congenital duodenal obstruction: does prenatal diagnosis improve the outcome? *Pediatric Surgery International*. 2004;20(8):582–5.
2. Chen Q-J, Gao Z-G, Tou J-F, Qian Y-Z, Li M-J, Xiong Q-X, et al. Congenital duodenal obstruction in neonates: a decade's experience from one center. *World Journal of Pediatrics*. 2014;10(3):238–44.
3. Hancock B, Wiseman N. Congenital duodenal obstruction: The impact of an antenatal diagnosis. *Journal of Pediatric Surgery*. 1989;24(10):1027–31.
4. Mirop, Bard H. Congenital atresia and stenosis of the duodenum: The impact of a prenatal diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1988;158(3):555–9.
5. Wesson L. Intestinal atresia. Post TW, ed. *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/intestinal-atresia> (Accessed on June 23, 2020).

## ASOCIACION ENTRE CAMBIOS EN LOS PATRONES DE SUEÑO DE NIÑOS DE CHILE ENTRE 0 – 11 AÑOS DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 Y PERCEPCION MATERNA DE TIEMPO EN PANTALLAS: ESTUDIO TRANSVERSAL

*Rebolledo V<sup>1</sup>, Plaza A<sup>1</sup>, Cadagan M J<sup>1</sup>, Bihan M J<sup>1</sup>, Carrillo A<sup>1</sup>, Vigil P<sup>2,3</sup>, Del Río J P<sup>2,4,5</sup>.*

<sup>1</sup> Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Reproductive Health Research Institute, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Vicerrectoría de comunicaciones y extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup> Imhay Núcleo Milenio para mejorar la salud mental de jóvenes y adolescentes, Santiago, Chile.

<sup>5</sup> Psiquislab Laboratorio de Psiquiatría Traslacional, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

AUTOR CORRESPONSAL: Valentina Rebolledo ([vprebolledo@miuandes.cl](mailto:vprebolledo@miuandes.cl))

### INTRODUCCIÓN

Prolongado tiempo frente a pantallas en niños disminuye la duración y/o eficiencia del sueño. (1) En Chile, no se dispone de reportes sobre este tiempo ni modificaciones en el sueño en niños de 0-11 años durante la pandemia COVID19. En esta población, se indagó asociación entre irregularidades en el sueño y la percepción de sus madres respecto al tiempo en pantalla durante la actual pandemia .

### MÉTODO

Estudio de corte transversal analítico basado en una encuesta electrónica realizada durante mayo a cuidadores de niños entre 0 y 11 años de Chile sobre sintomatología psicológica durante la pandemia. De 6.000 pesquisas, se incluyó solo respuestas de madres de niños hombres y mujeres con más de un mes encuarentenados. Se analizó el reporte de modificaciones en el sueño del niño y la preocupación materna por su tiempo en pantallas. Se excluyeron respuestas incompletas.

### RESULTADOS

Aplicados los criterios, se analizaron 5163 respuestas. 58% de las madres reportó deterioro del sueño en sus hijo(a)s, 39% no observó cambios y 3% refirió mejoría. Dentro de las anomalías predominó insomnio de conciliación (40%), despertar nocturno (14%) e inquietud durante el sueño (13%).

49,8% de las madres refirió preocupación por incremento en el tiempo de uso de pantallas. El cociente de probabilidades indicó que el riesgo de presentar algún deterioro del sueño durante la pandemia por COVID19 cuando la madre reportó preocupación por aumento de tiempo de uso de pantallas fue de OR: 1.3 (IC95% 1,19 - 1,16).

### DISCUSION Y CONCLUSION

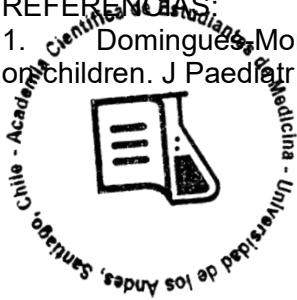
Acorde con reportes anteriores que demostraron asociación entre el tiempo de uso de pantallas y problemas de sueño en niños, se encontró asociación entre la percepción materna este tiempo y modificaciones en el sueño de sus hijos durante la pandemia. Este hallazgo permite advertir a la población para disminuir su uso y fomentar actividades saludables.



PALABRAS CLAVES: *Niños, sueño, pantallas*

REFERENCIAS:

1. Dominguez Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *J Paediatr Child Health*. abril de 2017;53(4):333-8.



## NEUROBLASTOMA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN CONSULTA PEDIÁTRICA AMBULATORIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

*Encina C<sup>1</sup>, Vega G<sup>1</sup>, Corsini N<sup>1</sup>, Plaza A<sup>1</sup>, Blanco A<sup>2</sup>.*

1. Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile.
2. Médico cirujano pediátrico, Clínica Santa María, Santiago de Chile.

AUTOR CORRESPONSAL: Georgina Vega – gsvega@miuandes.cl

### INTRODUCCIÓN:

El neuroblastoma es el tumor maligno más frecuente en los lactantes menores de 1 año, representando el 7-10% de los cánceres pediátricos (1).

Dos tercios de los neuroblastomas primarios surgen en el abdomen y dos tercios de éstos son de glándulas suprarrenales (2).

Su principal manifestación es una masa abdominal fija, firme e indolora en el examen físico. La sobrevida depende de la etapa, llegando a ser menor al 40% en estadios avanzados. Otros factores pronósticos son la edad al diagnóstico y amplificación del gen N-Myc (3). A continuación, se presenta la pesquisa y seguimiento actual de un caso de paciente con neuroblastoma.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente femenino de 11 meses, sin antecedentes médicos relevantes, consulta en servicio de pediatría por cuadro de dos días de tos. Se presenta en buen estado general y sin alteraciones pulmonares.

Al examen abdominal destaca masa palpable de bordes netos en flanco derecho, por lo que se decide realizar ecotomografía abdominal ese mismo día que informa una masa de aspecto sólida, vascularizada, heterogénea, de 5,8 x 3,8 x 4,4 cms, en región suprarrenal derecha, que traspasa línea media, sin identificar infiltración en vasos sanguíneos o canal medular.

Inmediatamente se efectúa interconsulta a cirugía pediátrica y notificación GES por sospecha de tumor sólido en menores de 15 años. Posterior a resultado de RNM que informa alta sospecha de neuroblastoma se lleva a cabo resección completa de la lesión. Biopsia informa neuroblastoma con histología favorable. En la muestra analizada no se observan células CD56/CD45 sugerentes de corresponder a células patológicas de origen neuroectodérmico. Por resultados de buen pronóstico se decide seguimiento ecográfico mensual.

### DISCUSIÓN:

Los principales factores pronósticos del neuroblastoma son edad al diagnóstico, estadio, histología y características moleculares y citogenéticas del tumor (3).

Para decidir el tratamiento, se debe realizar una clasificación de riesgo al momento del diagnóstico.

La cirugía es la base del tratamiento en el neuroblastoma de bajo riesgo. Sin embargo, algunos casos necesitan quimioterapia adicional.

En casos de masa pequeña, es posible realizar manejo expectante, dado la posible regresión espontánea. Esta decisión debe ser tomada por equipo multidisciplinario.

#### CONCLUSIÓN:

Este caso nos muestra, que el neuroblastoma puede tener una presentación asintomática, por lo que siempre debe realizarse un examen físico completo en cualquier consulta pediátrica.

Frente a la sospecha de una masa abdominal, se debe solicitar inmediatamente una ecotomografía.

Es importante destacar la relevancia de la notificación GES y del manejo interdisciplinario entre cirugía pediátrica y hemato-oncología, para lograr un tratamiento precoz y un correcto seguimiento.

PALABRAS CLAVE: *Neuroblastoma, lactante, pronóstico.*

#### REFERENCIAS:

1. Brødeur GM, Hogarty MD, Mosse YP, Maris JM. Neuroblastoma. In: Principles and Practice of Pediatric Oncology, Pizzo PA, Poplack DG (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2011. p. 886.
2. Guía Clínica Linfoma y tumores sólidos en menores de 15 años [Internet]. DIPRECE MINSAL [citado 25 de mayo de 2020]. Disponible en: [http://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-Linfoma-y-tumores-s%C3%B3lido-en-menores-de-15-a%C3%B1os.pdf](http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-Linfoma-y-tumores-s%C3%B3lido-en-menores-de-15-a%C3%B1os.pdf)
3. Nuchtern JG, London WB, Barnewolt CE, et al. A prospective study of expectant observation as primary therapy for neuroblastoma in young infants: a Children's Oncology Group study. Ann Surg 2012; 256:573.
4. Morosini F, Castiglioni M, Pages C, Simon E, Zuccolo S, Silveira A. Neuroblastoma en niños menores de 18 meses. Experiencia de 10 años en el Centro Hematooncológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossel. Arch Pediatr Urug. 2013; 84(2): 84-90.

## ALTERNATIVA TERAPEUTICA PARA ENFERMEDAD AORTICA SEVERA POR SECUELA DE RADIOTERAPIA INFANTIL. REPORTE DE UN CASO.

*Caro Benado, A.<sup>(1)</sup>; Henríquez Valdés, R.<sup>(1)</sup>; Rivera Ortiz, J.<sup>(1)</sup>; Galindo Pfeng, s.<sup>(1)</sup>; Uriarte de Cortázar, P.<sup>(2)</sup>*

(1) Interno de 7mo año de medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

(2) Cardiólogo, Hemodinamista, Servicio de Cardiología, Clínica Universidad de Los Andes, Universidad de Los Andes, Santiago de Chile.

### INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades cardiacas inducidas por los tratamientos oncológicos durante la infancia, como la quimioterapia y radioterapia, son enfermedades con un considerable aumento en su prevalencia. Dentro de éstas, destacan la estenosis valvular aórtica severa y la aorta en porcelana. Históricamente, el implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) ha sido la principal opción terapéutica para la enfermedad valvular aórtica, pero en pacientes con compromiso valvular severo, asociado a un compromiso extenso de la pared aórtica adyacente ha obligado a tener en consideración otros manejos terapéuticos como lo es el implante de un conducto ápico-aórtico valvulado.

### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:

Mujer de 43 años con antecedentes médicos de Linfoma de Hodgkin diagnosticado a los 12 años, tratada con quimio-radioterapia torácica. En 2009, 25 años más tarde, consulta por disnea de mínimo esfuerzo, asociado a palpitaciones y síncope en una ocasión. Hemodinámicamente estable, se realiza electrocardiograma que muestra sobrecarga ventrículo izquierdo, ecocardiograma con estenosis aórtica severa y angioTC evidencia aorta en porcelana en contexto de radioterapia mediastínica recibida. Debido a factores de mal pronóstico, paciente no es buena candidata para TAVI, por lo que se decide realizar un implante de conducto ápico-aórtico valvulado. Evoluciona favorablemente, sin síntomas por más de 10 años. En 2019, reconsulta nuevamente por disnea de mínimo esfuerzo, evidenciándose una insuficiencia valvular aórtica.

### DISCUSIÓN:

El uso de radioterapia en la infancia debe siempre ser una medida cuyos resultados conlleven más beneficios que riesgos. En pacientes que desarrollan estenosis aórtica severa, asociada a compromiso extenso de aorta ascendente post-radioterapia, es importante considerar el uso del conducto ápico-aórtico valvulado como una opción terapéutica, ya que la poca evidencia de casos existentes, demuestra resultados favorables, siendo incluso mejores que los asociados al TAVI. Pese a esto, es necesario un seguimiento a largo plazo, en busca de posibles complicaciones tardías, como la insuficiencia valvular aórtica.

**PALABRAS CLAVE:** *Estenosis aórtica severa, radioterapia, conducto ápico-aórtico.*

**CONTACTO:** Alberto Caro B. Mail: [acarob@miuandes.cl](mailto:acarob@miuandes.cl)



REFERENCIAS:

- (1) Abramowitz, Y., Jilaihawi, H., Chakravarty, T., Mack, M. J., & Makkar, R. *Porcelain Aorta: A Comprehensive Review 2015. Circulation, 131(9), 827–836.*
- (2) Canellos GP, Rosenberg SA, Friedberg JW, Lister TA, Devita VT. (2014) Treatment of Hodgkin lymphoma: a 50-year perspective. 2014. *J Clin Oncol*;32(3):163-168.
- (3) Castellino SM, Geiger AM, Mertens AC, et al. (2011). Morbidity and mortality in long-term survivors of Hodgkin lymphoma: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Blood*; 117: 1806-16.
- (4) Norman JG, Anhill MR, Cooley DA. *Valved apico-aortic composite conduits for left ventricular outflow tract obstructions. A 4 year experience with 27 patients.* *Am J Cardiol.* 1980;45:1265-71.
- (5) Rahimtoola SH. *The problem of valve prosthesis-patient mismatch.* *Circulation* 1978;58:20-



## ESTUDIO DE PANCITOPENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

José Tomás Berríos W<sup>1</sup>, Catalina Villalobos A<sup>1</sup>, Elisa Fullerton R<sup>1</sup>, Micaela Fasani M<sup>1</sup>,  
Paola Sanhueza G<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interno Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Médico internista, Clínica Dávila. Santiago, Chile.

Correspondencia a: José Tomás Berríos Walker

Correo electrónico: jtberrios@miuandes.cl

**PALABRAS CLAVES:** *hemocromatosis, pancitopenia, aplasia*

### INTRODUCCIÓN

Enfrentar un paciente con pancitopenia, dado los múltiples factores que pueden tener rol en su origen, es complicado y existen diferentes aproximaciones. Para abordarla, debemos saber que en sí misma es signo de una enfermedad que necesita ser diagnosticada. Se debe hacer una distinción entre centrales y periféricas, pues la fisiopatología subyacente es diferente. La clave para el diagnóstico es la biopsia/aspiración de médula ósea.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años, sexo masculino, antecedentes de daño hepático crónico con hipertensión portal, trombocitopenia de 5 años de evolución y diabetes mellitus tipo 2 de larga data.

Hospitalizado recientemente por ureterolitiasis, tratado médicamente. Cursa con edema pulmonar por fluidoterapia intensiva para expulsión de cálculos. Se le realiza ecocardiograma con FEVI 67%.

Posterior al alta inicia con astenia y compromiso del estado general. Se diagnostica bronquitis aguda, donde le indica cotrimoxazol. A las 48 horas del tratamiento inicia compromiso motor con temblor de reposo e intención, disminución de fuerza proximal y distal, sin otro signo neurológico.

Acude al servicio de urgencia en buenas condiciones generales. Se hospitaliza para estudio de compromiso muscular y metabólico, previa evaluación por neurología que descarta patología neurológica.

Se le hace estudio de DHC a profundidad donde destaca saturación de hierro > 97%, con mutación del gen de hemocromatosis positivo. Paralelamente presenta pancitopenia moderada progresiva con hiperbilirrubinemia de predominio directo, que se maneja con transfusiones plaquetarias múltiples por recaída de la trombocitopenia. Se interconsulta a hematología y se realiza biopsia de médula ósea, la cual resulta compatible con anemia aplásica. Se hospitaliza por segunda vez por exacerbación de pancitopenia, se deriva a comité hematológico, donde se decide tratamiento con Eltrombopag y ciclosporina.

### DISCUSIÓN

Se presenta un paciente en el que lo primero que destaca, es la pluripatología. Si bien ingresa con un motivo de consulta específico, se llegan a dos diagnósticos paralelos que poco tienen relación con éste. En cuanto a la pancitopenia, hay que tener en consideración la perspectiva de si es esperable o no. En este paciente era esperable una trombocitopenia, pero no en el grado que se presentó, ni la pancitopenia en sí. Por esto, en casos así, donde no es esperable, se requiere un estudio exhaustivo y sistematizado para identificar la causa. En este caso se demostró una anemia aplásica, cuyo pronóstico es ominoso.

## REFERENCIAS

1. Berliner N. Approach to the adult with pancytopenia [Internet]. UpToDate. 2019 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-pancytopenia>
2. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison: Principios de medicina interna. 19.<sup>a</sup> ed. Vol. 2. México: McGraw-Hill interamericana; 2016.
3. Olson T. Aplastic anemia: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2019 [citado 22 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/aplastic-anemia-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=anemia%20aplastica>
4. Olson T, Dunbar C. Treatment of aplastic anemia in adults [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 22 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-aplastic-anemia-in-adults?search=anemia%20aplastica>
5. Severini J, Tardió C, Bellantig M, Cusumano M, Dolce V, Perotti D, Grossi G, Trivisonno F, Miljevic J. Revisión: Abordaje del paciente con pancitopenia. [Internet]. Rosario, Argentina: Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario; 2010. [consultado 26 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Downloads/Revisiones%20-%20Pancitopenia.pdf>.



## USO DE PLASMAFÉRESIS EN SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Micaela Fasani M<sup>1</sup>, Elisa M Fullerton R<sup>1</sup>, Gonzalo A Carrasco L<sup>1</sup>, Catalina B Villalobos A<sup>1</sup>,  
Andrés D Boltansky B<sup>2</sup>, Paula Aedo R<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Interno Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Nefrólogo, Clínica Dávila. Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Becada Medicina Interna, Universidad de los Andes. Santiago, Chile

Correspondencia a: Micaela Fasani Montagna

Correo electrónico: [mfasani@miuandes.cl](mailto:mfasani@miuandes.cl)

PALABRAS CLAVES: *Goodpasture, ANCA (+), Plasmaféresis.*

### INTRODUCCIÓN

El síndrome Riñón-Pulmón (SRP) combina hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis. Dentro de las etiologías más comunes encontramos las vasculitis primarias asociadas a ANCA, y el Síndrome de Goodpasture (SGP) con anticuerpos antimembrana basal glomerular (Ac-AMBG).

Está descrito que hasta un 30% de los pacientes con enfermedad por Ac-AMBG se presentan con ANCA (+), y aunque se desconoce aún la implicancia de esta asociación, representan un grupo de pacientes con mejor pronóstico y mayor respuesta a tratamiento inmunosupresor.

El manejo recomendado en la literatura incluye corticoides, inmunosupresores como ciclofosfamida, en combinación con plasmaféresis. Actualmente el beneficio del uso de la plasmaféresis está en duda.

El 80% sin tratamiento derivarán en una enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en 1 año.

Se presenta el caso de una enfermedad por Ac-AMBG con ANCA (+) que responde a plasmaféresis.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer, 59 años, con antecedente de asma (en tratamiento con salbutamol ocasional) y rinitis alérgica, consulta por cuadro de 3 días de expectoración hemoptoica progresiva y sensación febril. Al examen físico destacan crépitos bibasales, sin apremio respiratorio ni desaturación. Signos vitales: T 36.7°C, PA 146/77 mmHg, FC 86 lpm, Sat 97% amb.

Se solicita TAC que muestra imagen sugerente a enfermedad pulmonar intersticial crónica fibrótica difusa. Laboratorio inicial: Hematocrito 26.5%, hemoglobina 8.4g/dl, leucocitos 11.200, eosinófilo 6.1% (RAE 683), plaquetas 348.000, PCR 4.7mg/dl, creatinemia (Crea) 2.61mg/dl, BUN 3.4mg/dl, orina completa con hematuria (50-70 eritrocitos) sin proteinuria.

Se hospitaliza bajo la sospecha de SRP.

Estudio inmunológico: ANA (+) 1/80 moteado, ANCA (+), MPO >200, ENA (+) AntiLA >200, Ac-AMBG 148.5. Lavado bronco alveolar (LBA) confirma HAD, estudio microbiológico negativo.

Se plantea un Síndrome de Goodpasture (SGP) asociado a Vasculitis ANCA (+), y se administran bolos de Metilprednisolona, sin mejoría clínica ni laboratorio. Se inicia Plasmaféresis (7 sesiones), con buena respuesta inicial (Crea y BUN a la baja), luego se agrega Ciclofosfamida de mantención. Evoluciona con mejoría de función renal, debiendo recibir 2 sesiones de diálisis en total por hiperkalemia persistente y BUN elevado.

Se realiza biopsia renal que confirma glomerulonefritis rápidamente progresiva.

## DISCUSIÓN

Las guías internacionales recomiendan el uso de plasmaféresis para el tratamiento de las vasculitis ANCA y hemorragia pulmonar en base a estudios observacionales pequeños.

Un gran estudio publicado en marzo del 2020 (PEXIVAS) concluye que el uso de plasmaféresis no reduce la incidencia de muerte o ERCT. Por otro lado, el régimen de dosis reducida de glucocorticoides no fue inferior al régimen de dosis estándar con relación a la incidencia de muerte o de ERCT. Además, el régimen de dosis reducida disminuye la tasa de infecciones con respecto al régimen estándar.

Consideramos importante destacar que esta paciente tiene otros anticuerpos positivos, que no son evaluados en estudios, lo que podría explicar la excelente respuesta a plasmaféresis.

## CONCLUSIÓN

Planteamos la plasmaféresis como opción terapéutica. El SRP es de difícil manejo y el retraso en el inicio del tratamiento o, un manejo incorrecto y/o insuficiente puede ser fatal para la función renal e incluso para la vida del paciente.

## REFERENCIAS

1. Fernández C, Bouza E, Valbuena L, y col. Síndrome de Goodpasture asociado a P-ANCA. Nefrología (Madr.). 1996; 17: 80-83.
2. Lockwood CM, Rees AJ, Pearson TA, et al. Immunosuppression and plasma-Exchange in the treatment of Goodpasture's syndrome. The Lancet. Abril 1976; 307:711-715.
3. Tala H, Jalil R. Síndrome nefrítico. En: publicacionesmedicina.uc.cl [Internet]. Agosto 2001. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/TemasMedicinaInterna/sdnefrítico.html>
4. Walsh M, Merkel PA, Peh CA, et al. Plasma Exchange and Glucocorticoids in Severe ANCA-Associated Vasculitis. N Eng J Med. Febrero 2020; 382: 622-631.
5. Walsh M, Merkel PA, Peh CA, et al. Plasma exchange and glucocorticoid dosing in the treatment of anti-neutrophil cytoplasm antibody associated vasculitis (PEXIVAS): protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2013;14:73.

## PLANTEAMIENTO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMOFILTRACIÓN, PARA MANEJO DE INJURIA RENAL AGUDA POR RABDOMIOLISIS INDUCIDA POR ATORVASTATINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Elisa Fullerton R<sup>1</sup>, Micaela Fasani M<sup>1</sup>, Gonzalo Carrasco L<sup>1</sup>, Catalina Villalobos A<sup>1</sup>, Andrés Boltasny B<sup>2</sup>, Paula Aedo R<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Interno Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Nefrólogo Clínica Dávila. Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Becada Medicina Interna Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Correspondencia a: Elisa Fullerton Robles.

Correo electrónico: emfullerton@miuandes.cl

**PALABRAS CLAVES:** *Rabdomiolisis, Atorvastatina, AKI.*

### INTRODUCCIÓN

Las estatinas son fármacos de uso común en la vida cotidiana de gran parte de la población en Chile. En general son seguros, sin embargo, pueden presentar reacciones adversas, dentro de estas las miopatías están ampliamente descritas en la literatura, siendo una de sus manifestaciones más graves, pero poco frecuente, la rabdomiólisis.

La injuria renal aguda (AKI) es una de las complicaciones más importantes de la rabdomiólisis, presentándose entre 13-46% de los casos.

El manejo ideal es la prevención de esta a través de la expansión de volumen con infusión de cristaloides, junto a una alcalinización inicial. Sin embargo, cuando esto falla, se debe iniciar terapia de reemplazo renal (TRR), encontrando opciones como la hemodiálisis y la hemofiltración venovenosa continua, esta última especialmente mejor debido a su mecanismo de convección.

De esto último hay poca evidencia aún en la literatura, sin embargo se ha planteado que puede ser una buena alternativa si se aplica de forma precoz, ya que debido al tamaño de la molécula de mioglobina, sería en teoría mucho mejor eliminada que otras terapias.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 62 años, con antecedentes de HTA, DM en mal control e IAM reciente en tratamiento con atorvastatina, consulta en urgencia por 4 días de dolor generalizado intenso de predominio proximal en extremidades, asociado a impotencia funcional y orina oscura. Examen físico destaca discreta debilidad proximal y al examen de laboratorio: Creatin quinasa (CK) >20.000, orina completa rojiza, hemoglobina y cristales abundantes, eritrocitos 0-2 campo; creatinina 3.52, BUN 97.4, K 5.6. Se decide ingresar por sospecha de injuria renal aguda (AKI) por rabdomiólisis por estatinas, acidosis metabólica e hipercalemia leve. Se inició estudio en donde se obtuvo niveles mioglobina de 97.280 y una ecografía con riñones de tamaño normal.

Durante la hospitalización se mantiene con niveles CK >20.000 por lo que se plantea la posibilidad de realizar hemofiltración, solicitándose los filtros para esto.

Al 9º día y a la espera del filtro, comienzan a disminuir niveles de CK y creatinina progresivamente, sin necesidad de la realización de la diálisis.

El paciente es dado de alta al 12º día con niveles de CK en 1.461 y en buenas condiciones generales.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El uso oportuno de TRR podría ser eficaz en la recuperación más precoz y efectiva de la AKI.

La hemofiltración al usar un mecanismo de convección, tendría mejor clearance de moléculas del tamaño de la mioglobina, en comparación a la difusión otorgada por la diálisis. Se ha descrito además el uso de filtros específicos de “alto flujo” o “alto corte” para diálisis y hemofiltración para mejorar aún más la purificación de mioglobina y que serían superiores a terapias de plasmaféresis, diálisis o hemofiltración convencional.

En este caso en particular, el alza sostenida de los niveles de CK podría deberse a una limitación en el laboratorio. El paciente finalmente disminuyó los niveles de CK y mioglobina sin necesidad de TRR.

La evidencia acerca del uso de hemofiltración y particularmente de los filtros de “alto corte” aún es escasa, para poder perfeccionar la técnica de purificación; sin embargo se presenta este caso ya que el planteamiento precoz de este tratamiento pareciera ser una buena alternativa no solo para el manejo de la AKI, sino también como prevención de enfermedad renal crónica debido a esto.

## REFERENCIAS

1. Díaz-Tejeiro R. et al. Fracaso renal agudo por rabdomiólisis. Tratamiento con hemodiálisis y membranas de cut-off intermedio (EMIC2). Rev Nefrología 2018; 38:573-680. Toledo, España.
2. Guzman N, Podoll A, Bell C, Finkel K. Myoglobin Removal Using High-Volume High-Flux Hemofiltration in Patients with Oliguric Acute Kidney Injury. Blood Purif 2013;36:107–111. Tex., USA.
3. Heyne N, et al. High cut off Renal replacement therapy for removal of myoglobin in severe rhabdomyolysis and acute kidney injury: a case series. Nephron Clin Pract 2012;121:c159–c1641. Tübingen, Germany.
4. Lombi F. et al. Terapia de reemplazo renal en IRA: Recomendaciones. Journal 2016. Argentina.

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE CÁNCER DE COLON: CASO CLÍNICO.

Gonzalo Salinas A. <sup>(1)</sup>, Carolina Maldonado F. <sup>(1)</sup>, Ignacio Salinas A. <sup>(2)</sup>, Fernando Garrido C. <sup>(3)</sup>

- (1) Interno/a de Medicina, Universidad de los Andes
- (2) Interno de Medicina, Universidad Diego Portales
- (3) Médico Cirujano, Servicio de Urgencia Hospital Militar de Santiago

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer de colon ha ido en aumento. El 95% corresponde a adenocarcinoma y se presenta principalmente de forma esporádica. Las manifestaciones clínicas son variables, pudiendo presentarse con dolor abdominal, baja de peso, hemorragia digestiva baja, cambios en hábito intestinal o complicaciones como obstrucción o perforación intestinal. El estudio de elección es la colonoscopia y su tratamiento es eminentemente quirúrgico. Se presenta el caso de un paciente con cáncer de colon, con consultas ambulatorias repetidas por síntomas inespecíficos, en el que el diagnóstico fue retrasado hasta presentarse con una complicación.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 82 años consulta en urgencias por cuadro de 1 semana de dolor abdominal, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Al interrogatorio dirigido refiere 1 año de evolución de constipación, baja de peso de aproximadamente 16 kg y múltiples consultas ambulatorias. Al examen destaca hidratación límite, importante distensión abdominal, RHA disminuidos, bazuqueo (+), sin signos de irritación peritoneal, tacto rectal normal. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que muestra engrosamiento parietal del colon transverso a nivel del ángulo esplénico de aspecto neoplásico y obstrucción de colon proximal, sin signos de complicación actual. Se hospitaliza, el estudio complementario no evidencia metástasis. Se realiza hemicolectomía derecha extendida. Paciente evoluciona favorablemente. Biopsia definitiva informa adenocarcinoma infiltrante sin compromiso linfático. Se realiza quimioterapia adyuvante. El paciente se mantiene en control en buenas condiciones.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El cáncer de colon es una patología cada vez más frecuente. Es importante tenerlo en consideración ante la presencia de signos de alarma como cambio en hábito intestinal o baja de peso, sobretudo en pacientes mayores o con factores de riesgo, para pesquisarlo de forma precoz con el fin de disminuir la mortalidad y evitar que se presente con complicaciones que pueden llegar a ser graves.

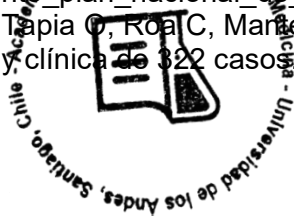
**PALABRAS CLAVE:** *cáncer colorrectal, obstrucción intestinal, cirugía.*

**AUTOR CORRESPONSAL:** Gonzalo Salinas Arraño, Interno Medicina Universidad de los Andes. Contacto: [gasalinas@miuandes.cl](mailto:gasalinas@miuandes.cl)

### REFERENCIAS

1. Beck D, Roberts P, Scaclarides T. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. 2nd ed. New York: Springer; 2011.
2. Lauby-Secretan B, Vilahur N, Bianchini F, Guha N, Straif K. The IARC perspective on colorectal cancer screening. NEJM. 2018; 378(18): 1734-1740.
3. Marinkovic B, Rojas M. Cirugía en medicina general: manual de enfermedades quirúrgicas. 1era edición. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2020.

4. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: [https://cdn.digital.gob.cl/filer\\_public/d3/0a/d30a1f5e53d94a31a4fee90d8d9a2348/documento\\_plan\\_nacional\\_de\\_cancer.pdf](https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e53d94a31a4fee90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf) Acceso el 8 de junio de 2020.
5. Tapia O, Roa C, Mamerola C, Bellolio E. Cáncer de colon y recto: Descripción morfológica y clínica de 322 casos. Int J Morphol. 2010; 28(2), 393-398.



## ARTRITIS SÉPTICA EN ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE. PRIMER CASO REPORTADO EN CHILE.

Catalina Leal Salinas<sup>1</sup>, Matías Claudio Lagos Cárcamo<sup>1</sup>, Erick Ricardo Gamboa González<sup>1</sup>, Cristian Vargas Goldsmith<sup>1</sup>, José Andrés Gajardo Burgos<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interno (a) de Medicina, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup> Médico Residente UCI, Clínica Dávila. Docente Universidad de los Andes.

### INTRODUCCIÓN

La artritis séptica (AS) es una infección de la cavidad articular, que constituye una emergencia médica debido a su gran morbimortalidad. Su etiología más común es *Staphylococcus aureus* (*S.aureus*).

La localización más frecuente es la rodilla, y los síntomas clásicos incluyen: dolor, fiebre, impotencia funcional.

Pacientes inmunodeprimidos, usuarios de drogas endovenosas; sometidos a trauma, cirugía o prótesis articular son aquellos con mayor riesgo.

Presentamos un inusual caso de Artritis Séptica en articulación esternoclavicular de foco urinario.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 64 años, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo II no insulino-requiriente e hiperplasia prostática benigna.

Presenta cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por compromiso del estado general, sensación febril y síntomas urinarios, consulta ambulatoriamente, recibiendo tratamiento sintomático.

Posteriormente, se agrega aumento de volumen doloroso en región esternoclavicular, consultando en otro centro donde recibe tratamiento antibiótico con Azitromicina, sin presentar mejoría, llevándolo a consultar a urgencias de Clínica Dávila.

Al ingreso: hipertenso, temperatura 37,6 °C axilar, Glasgow 14.

Examen físico: aumento de volumen fluctuante, sensible e hiperémico en región supraclavicular izquierda.

Se solicita exámenes de laboratorio, donde destaca: Glóbulos blancos: 8.300 mm<sup>3</sup>, PCR: 35 mg/dl, albúmina: 2,7 mg/dl.

En este contexto se indicó Resonancia magnética con hallazgos compatibles con AS en articulación esternoclavicular izquierda, signos de osteomielitis, osteítis y colección inflamatoria/infecciosa de partes blandas circundantes más dos localizaciones (psoas y disco intervertebral).

Se inicia tratamiento empírico con Cefazolina + Clindamicina; y se realiza drenaje y desbridación. Cultivo muestra *Klebsiella pneumoniae* (+), por lo que se ajusta tratamiento a Cloxacilina + Ceftriaxona, obteniendo buena respuesta clínica.

### CONCLUSIONES

Presentamos este caso porque fue un gran desafío, debido a la escasa prevalencia de la presentación clínica y el agente etiológico involucrado. Recalamos la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, para evitar la morbimortalidad asociada.

**PALABRAS CLAVES:** Artritis séptica - *Klebsiella pneumoniae* – Articulación esternoclavicular.

**AUTOR A CARGO:** Catalina Leal. Nro: 992004158. Mail: cleal2@miuandes.cl

REFERENCIAS:

1. Berrocal, A., Ferrandiz, M., Echevarría, J., Gotuzzo, E., Calvo, A. and Silicani, A., 2013. Artritis séptica esternoclavicular. *Revista Médica Herediana*, 4(3).
2. Moreno Martínez M, Moreno Ramos M, Linares Ferrando L, Marras Fernandez-Cid C, Castaño Sanchez M, Peñas Martínez E. Artritis séptica esternoclavicular y empiema. *Reumatología Clínica*. 2012;8(2):102-103.
3. Florestano, C., Fica, A., Gaete, N., Porte, L. and Braun, S. (2014). Artritis séptica en pacientes adultos en un hospital general de Chile. *Revista chilena de infectología*, 31(4), pp.435-443.

## METÁSTASIS RETROPERITONEALES EN CÁNCER GÁSTRICO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DOLOR LUMBAR. REPORTE DE CASO.

*Gabriela Bofill B<sup>1</sup>; Lucas Barros G<sup>1</sup>; Javiera Gálvez M<sup>1</sup>; Macarena Urra C<sup>1</sup>; Francisca Muñoz C<sup>2</sup>.*

1. Interno/a medicina 7mo año. Universidad de los Andes
2. Residente cirugía general. Universidad de los Andes

### INTRODUCCIÓN

En Chile, el cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer en hombres y la tercera en mujeres. Su clínica es inespecífica, sobre todo en etapas precoces(1). En etapas avanzadas, es común la presencia de “síntomas de alarma” como dolor abdominal recurrente, disfagia y pérdida de peso. Los principales sitios de metástasis son hígado, peritoneo y linfonodos, siendo el retroperitoneo un sitio infrecuente (2).

Se estima que el 84% de los adultos tiene dolor lumbar en algún momento de sus vidas, de éstos, <1% tendrá patología sistémica grave(3). Así, frente a dolor lumbar asociado a síntomas de alarma, se deben descartar patologías graves, como neoplasias malignas.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 64 años, sin antecedentes médicos relevantes, consulta por cuadro 6 meses de dolor lumbar y flanco izquierdo, irradiado a región sacra, intensificándose en Valsalva y durante las noches, asociado a despertares por dolor. Además, refiere pérdida de peso de 7kg en dos meses.

Se solicita tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis que evidencia dos lesiones retroperitoneales de 40 y 22 mm, que obstruyen uréter izquierdo, y múltiples lesiones sólido-quísticas en mesenterio. Se realiza laparotomía exploratoria, mostrando incontables nódulos peritoneales en mesenterio y retracción del peritoneo secundaria a lesión de consistencia pétreo cercana al riñón izquierdo.

El estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma tubular con células en anillo de sello, proveniente de neoplasia gástrica.

### DISCUSIÓN

En etapas avanzadas, hasta un 30% de los cánceres gástricos presenta carcinomatosis peritoneal. Sin embargo, el retroperitoneo, por su ubicación, raramente se encuentra comprometido(2). Los tumores retroperitoneales son infrecuentes y de ellos, lo más común es que se trate de un sarcoma. Pueden presentarse de manera asintomática, como masa abdominal y en algunos casos, como dolor lumbar por contigüidad(4).

### CONCLUSIÓN

Las metástasis retroperitoneales, pese a su baja frecuencia, pero alta letalidad asociada, es importante considerarlas como diagnóstico diferencial de dolor lumbar(5)

**PALABRAS CLAVE:** *Dolor lumbar, Neoplasias Gástricas, Neoplasias Retroperitoneales.*

**AUTOR CORRESPONSAL:** Gabriela Bofill Brito. Interna 7mo año Universidad de los Andes. Mail: [mgbofill@miuandes.cl](mailto:mgbofill@miuandes.cl) Teléfono: +569 76673462

### REFERENCIAS:

1. Ajani JA, Lee J, Sano T, Janjigian YY, Fan D, Song S. Gastric adenocarcinoma. Nature Reviews Disease Primers. 1 de junio de 2017;3(1):1–19.



2. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGE Cáncer Gástrico 2014. Santiago: Ministerio de Salud; 2014.
3. Nakazawa S, Okumi M, Yoneda S, Takezawa K, Tanigawa G, Fujita K, et al. [Retroperitoneal tumor diagnosed as metastatic lymph node from gastric adenocarcinoma following laparoscopic resection]. Hinyokika Kyo. diciembre de 2012;58(12):683–6.
4. Stauss DC, Hayes AJ, Thomas JM. Retroperitoneal tumours: review of management. Annals of the Royal College of Surgeons in Great Britain and Ireland. mayo de 2011;93(4):275–80.
5. Wheeler MD. Evaluation of low back pain in adults. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2020. <https://www.uptodate.com.uandes.idm.oclc.org> (Accessed on June 22, 2020).

## FASCITIS NECROTIZANTE POR INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE DICLOFENACO. REPORTE DE UN CASO.

Rocío A. Castillo L.<sup>1</sup>, Jaime I. Rivera O.<sup>1</sup>, Axel J. Michelena V.<sup>1</sup>, Romina D'Alessandri D.<sup>1</sup>,  
Carlos Domínguez C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interno de Medicina, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup> Cirujano General, Becado de Cirugía Plástica, Universidad de Chile.

Autor correspondal:

Rocío Castillo Larios

Teléfono: +56956287446

Mail: [racastillo@miuandes.cl](mailto:racastillo@miuandes.cl)

PALABRAS CLAVE: *Fascitis Necrotizante, Diclofenaco, Choque Séptico.*

### INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva y potencialmente mortal que produce una necrosis extensa del tejido subcutáneo y de la fascia. Su incidencia es de 0.3-15 en 100.000. La mayoría son infecciones polimicrobianas y de las monomicrobianas el germen más frecuente es el *Streptococcus pyogenes*. Las manifestaciones clínicas iniciales incluyen dolor localizado intenso, edema, eritema y aumento del calor local. Algunos factores predisponentes son diabetes mellitus, malnutrición o inmunosupresión. Sin embargo, se han reportado casos que podrían asociar el uso simultáneo de anti inflamatorios no esteroidales (AINES) con el desarrollo de FN. Este trabajo presenta un caso clínico de FN asociada a AINES que evolucionó con shock séptico, con el objetivo de elevar el nivel de sospecha diagnóstica.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 23 años, sin antecedentes, consultó al servicio de urgencia del Hospital Militar por cuadro de 48 horas de evolución de dolor, eritema y aumento de volumen en zona glútea izquierda tras haber recibido inyección de diclofenaco intramuscular en la zona. Al examen físico destaca hipotenso y taquicárdico con parámetros inflamatorios elevados. Se realizó tomografía de pelvis que mostró aumento de volumen en musculatura glútea y tejido celular subcutáneo. Se decidió hospitalizar con el diagnóstico de shock séptico de foco cutáneo e iniciar tratamiento con ceftriaxona y clindamicina endovenoso. Se realizaron múltiples aseos quirúrgicos evidenciando fascitis necrotizante y una vez estabilizado con cultivos negativos, se decidió reconstrucción con injertos de piel parcial, evolucionando de manera favorable.

### DISCUSIÓN

Existe la teoría que los AINES pueden causar depresión del sistema inmune favoreciendo el desarrollo de una FN y pueden dificultar el reconocimiento temprano de la misma contribuyendo al retraso de su tratamiento.

### CONCLUSIÓN

La importancia de este caso radica en que los AINES pueden enmascarar los síntomas de una FN, retrasando su diagnóstico y elevando la mortalidad.

## REFERENCIAS

1. Aronoff D, Bloch K. Assessing the Relationship Between the Use of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs and Necrotizing Fasciitis Caused by Group A Streptococcus [Internet]. PubMed. 2003 [cited 25 June 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12861100/>
2. Bosshardt, T., Henderson, V., Organ, C. Necrotizing Soft-Tissue Infections [Internet] NCBI. 2001 [cited 25 June 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6876/>
3. Forbes N, Rankin A. Necrotizing Fasciitis and Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: A Case Series and Review of the Literature [Internet] PubMed. 2001 [cited 25 June 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11243676/>
4. Puvanendran, R., Meng Huey, J., Pasupathy, S. Necrotizing Fasciitis [Internet] PubMed. 2009 [cited 25 June 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762295/>
5. Stevens, D., Baddour, L. Necrotizing soft tissue infections. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on June 25, 2020)

## MANEJO QUIRÚRGICO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA: REPORTE DE UN CASO.

Jaime I. Rivera O.<sup>1</sup> Axel J. Michelena V.<sup>1</sup>, Romina D'Alessandri D.<sup>1</sup>, Rocío A. Castillo L.<sup>1</sup>,  
Carlos I. Dominguez C.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Interno de Medicina, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup> Cirujano General, Becado de Cirugía Plástica, Universidad de Chile.

Autor corresponsal:

Jaime Ignacio Rivera Ortiz.

Email: [jrivera@miuandes.cl](mailto:jrivera@miuandes.cl)

Teléfono: +56966078757

**PALABRAS CLAVE:** *Hidrosadenitis supurativa, morbilidad, cirugía plástica.*

### INTRODUCCIÓN

La hidrosadenitis supurativa (HS) o acné inverso, es una enfermedad crónica cutánea donde aparecen nódulos profundos en zonas con glándulas apocrinas. Su causa es desconocida y la prevalencia ha aumentado de 1% a 4%, principalmente en mujeres entre 15 y 40 años.

Son lesiones inflamatorias recurrentes que pueden llevar a fístulas y fibrosis, y según la presencia de tractos sinuosos, recurrencia de abscesos y extensión, se clasifica en etapa I (68% de los casos), II (28%) y III (4%) según Hurley. El tratamiento varía según etapa, requiriendo cirugía el 32% de los pacientes.

Este trabajo presenta un caso de HS, con el objetivo de abordar la sospecha y manejo quirúrgico oportuno ante casos severos.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 26 años con Síndrome de Marfán y HS Hurley III multifocal. Consulta por 3 semanas de dolor y supuración axilar y perineal sero-purulenta con tumefacción y dificultad para mover la extremidad superior derecha. Ingresa hemodinámicamente estable para antibioterapia y analgesia por HS III activa. La zona perineal mejora, pero persiste con dolor axilar requiriendo opiáceos. Se decide resección del compromiso axilar, aseos quirúrgicos y cierre asistido por vacío (VAC) del defecto. Se considera reconstrucción con colgajo paraescapular, pero debido al tamaño, se decide colgajo dorsal ancho e injerto de piel parcial. Luego de la reconstrucción no presenta complicaciones, requiere menos analgesia y recupera funcionalidad casi total del segmento decidiéndose el alta. Se tomaron cultivos de tejido removido en aseos quirúrgicos demostrando la presencia de *S.Aureus* y *S.Pyogenes*.

### DISCUSIÓN

La recurrencia de las lesiones, el dudoso rol bacteriano, el compromiso funcional por las áreas afectadas y la necesidad de analgésicos potentes, indican que la escisión quirúrgica y reconstrucción posterior sería el manejo definitivo para disminuir la morbilidad y repercusión funcional en la HS severa.

## REFERENCIAS

1. Coelho SG, Almeida AG. Marfan syndrome revisited: From genetics to the clinic. *Rev Port Cardiol*. 2020;39(4): pp215-226.
2. Dagnino BL, Salisbury MC et al. Uso de colgajos perforantes para el tratamiento de hidradenitis supurativa axilar y esternal graves. *Revista Chilena de Cirugía*. 2017;69(5); pp 397–403.
3. García-Martínez F, Pascual J et al. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2017;43(1); pp 34–42.
4. Ingram R. Hidradenitis suppurativa: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hidradenitis-suppurativa-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis> (Accessed on April 28, 2020).
5. Marroel A, García F et al. Update on Hidradenitis Suppurative (Part II): Treatment. *Actas Derm-Sifilicógraficas*. 2015;106(9); pp 716–72.



## RENDEZ-VOUS TRANSGÁSTRICO COMO RESOLUCIÓN DE COLÉDOCOLITIASIS EN PACIENTE CON BY-PASS EN Y DE ROUX.

S. Pavanati<sup>1</sup>, C. Fuchs<sup>1</sup>, M. Meza<sup>1</sup>, W. Zegers<sup>2</sup>

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

2: Becado Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Autor corresponsal: Sebastián Pavanati Cortés ([slpavanati@miuandes.cl](mailto:slpavanati@miuandes.cl)).

### INTRODUCCIÓN:

En el desarrollo de patología biliar, un importante factor de riesgo corresponde a la disminución rápida de peso, característica de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Para la resolución de colédocolitis suele realizarse Rendez-vous, que corresponde a colecistectomía por vía laparoscópica asociado a ERCP. Se dificulta en estos pacientes la realización de ERCP endoscópico por vía oral, debido a que el By-pass en Y de Roux une esófago a yeyuno, dificultando el acceso a la vía biliar. Por esto se prefiere su realización por vía transgástrica.

### CASO CLÍNICO:

Paciente femenino, 54 años de edad, con antecedente de by-pass gástrico en Y de Roux, consulta por cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal epigástrico irradiado a dorso, asociado a 2 episodios de deposiciones diarreas. Niega fiebre, náuseas, vómitos y transgresión alimentaria. Al ingreso se observa bien perfundida, anictérica, con abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo. En los exámenes destaca elevación de parámetros inflamatorios, leucocitosis y patrón mixto en perfil hepático. Lipasa y amilasa normales. En las imágenes se evidencia colecistitis enfisematosa asociado a coledocolitis distal no obstructiva.

Se decide hospitalizar, mantener régimen cero, hidratación, analgesia y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Metronidazol. Se realiza exploración laparoscópica con colecistostomía parcial, se pasa contraste con defecto de llenado a nivel de colédoco distal sugerente de coledocolitis. Por tanto, en un segundo tiempo se realiza exploración transgástrica de vía biliar con papilotomía, dando salida a barro biliar espeso. Se continúa por vía laparoscópica, completando resección retrograda de vesícula con lecho indurado y fibrosado con absceso en su porción distal.

### DISCUSIÓN:

Varios estudios han demostrado riesgo aumentado (22-52.8%) de presentar colelitiasis a 12 meses de seguimiento postoperatorio. Esto se atribuye a la hipersaturación de colesterol de la bilis e hipomotilidad de la vesícula.

El caso de esta paciente sin embargo, no es el cuadro más frecuente de colecistitis enfisematosa debido a que en general se observa en pacientes de sexo masculino en que el desencadenante no es enfermedad litiásica, sino isquemia provocada por aterosclerosis de la arteria cística.

### CONCLUSIÓN:

Debido a la alta prevalencia de patología biliar en Chile y sobre todo en pacientes con antecedente de cirugía bariátrica es crucial la sospecha diagnóstica y oportuno tratamiento, por la gravedad de las posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** *Colédocolitis, by-pass en Y de Roux, colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada.*

**REFERENCIAS:**

1. Lim, R. (2020, 20 mayo). Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. UptoDate. [https://www-uptodate-com.uanDES.idm.oclc.org/contents/laparoscopic-roux-en-y-gastric-bypass](https://www.uptodate.com.uanDES.idm.oclc.org/contents/laparoscopic-roux-en-y-gastric-bypass)
2. R. L. J. P. (2017, 2 diciembre). Colelitiasis en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica. Estudio y seguimiento postoperatorio a 12 meses. Scielo. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262017000100011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000100011)





## COLGAJO DIGITAL DE ATASOY: UNA ALTERNATIVA EFECTIVA Y SIMPLE PARA LAS LESIONES TRAUMATICAS DE DEDOS. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martín Cariola B. (1), Camila Bolados A. (1), Cristóbal Calvo S. (2, 3)

- (1) Interno 7mo año Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.  
(2) Traumatólogo, Hospital Militar de Santiago, Chile  
(3) Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

### INTRODUCCIÓN:

Las amputaciones del pulpejo, definidas como las distales a la inserción del flexor y extensor profundo de los dedos, corresponden a un 50% de las lesiones en mano, representando 4.8 millones de consultas en el servicio de urgencias en Estados Unidos. Estas lesiones conllevan una incapacidad laboral y funcional importante, ya que afectan la sensibilidad táctil, destrezas motoras finas y agarre de la persona. Por lo que su reconstrucción precoz resulta esencial para los pacientes. Existen varios métodos de cobertura para este tipo de herida, entre ellos el colgajo V-Y o Atasoy, el cual está indicado para amputaciones distales transversas u oblicuas dorsales, y permite preservar sensibilidad, longitud y función del dedo. Resulta importante que sea de manejo de médico general, para la óptima recuperación del paciente.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de un hombre de 61 años, sin antecedentes relevantes, sufre un accidente traumático con sierra eléctrica en pulpejos de dedos índice y medio de la mano izquierda. Consulta en servicio de urgencias del Hospital Militar de Santiago, constatándose herida en colgajo y herida transversa en los pulpejos de dedos índice y medio respectivamente. Se realizan radiografías que confirman fractura expuesta en falange distal del dedo medio. Se realiza profilaxis antibiótica y reparación de colgajo con técnica de V-Y (Atasoy), logrando buena cobertura. Al control médico a los 2 meses, paciente sin dolor y funcionalidad conservada de pulpejo reparado.

### DISCUSIÓN

Existen diversas técnicas para reparar lesiones en pulpejos de dedos, todas enfocándose en mantener la perfusión del tejido dañado para preservar la funcionalidad. Es necesario que este tipo de lesiones sean manejadas por médicos generales, dada la prevalencia de estas en los servicios de urgencia, obteniendo así un resultado clínico favorable en cuanto a la funcionalidad del tejido dañado.

**PALABRAS CLAVE:** *Amputación, Colgajo Atasoy, Heridas y lesiones.*

**AUTOR CORRESPONSAL:** Martín Cariola B. Mail: micariola@miuandes.cl

### REFERENCIAS:

1. Mehling I, Hessmann M, Hofmann A, Rommens P. Colgajo en V-Y para la reconstrucción de defectos del pulpejo. *Técnicas Quirúrgicas en Ortopedia y Traumatología*. 2008;18(3):1-8.
2. Sindhu K, DeFroda S, Harris A, Gil J. Management of partial fingertip amputation in adults: Operative and non operative treatment. *Injury*. 2017;48(12):2643-2649.
3. Sprock G, Lombardi D, Hauser R, Eisen E, Herrick R, Mittleman M. Acute Traumatic Occupational Hand Injuries: Type, Location, and Severity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2002;44(4):345-351.

## ROTURA TRAUMÁTICA DEL MANGUITO ROTADOR POSTERIOR A LUXACIÓN GLENOHUMERAL: UNA LECCIÓN QUE APRENDER A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martín Cariola B. (1), Camila Bolados A. (1), Cristóbal Calvo S. (2, 3), Miguel Pinedo V. (4)

(1) Interno 7mo año Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

(2) Traumatólogo, Hospital Militar de Santiago, Chile

(3) Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(4) Traumatólogo Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN:

La luxación traumática de hombro puede presentar distintas complicaciones, una de ellas es la rotura traumática del manguito rotador (MR), más frecuente en pacientes de edad avanzada. El objetivo del tratamiento en estos pacientes se enfoca en prevenir la morbilidad asociada a la disfunción del MR.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una mujer de 74 años, sin antecedentes relevantes, sufre caída de nivel apoyando su mano izquierda, evolucionando con dolor e impotencia funcional del hombro ipsilateral. Consulta al servicio de urgencias donde al evaluarla se evidencian hallazgos característicos de una luxación glenohumeral anterior, que se confirma con radiografías. Se reduce y se da el alta con inmovilizador. Al control médico a las 3 semanas, paciente está con escaso dolor pero presenta pseudoparálisis del hombro izquierdo, con un examen neurológico normal. El estudio con resonancia magnética demuestra una rotura masiva del MR aguda, por lo que se planifica y realiza cirugía de reparación del MR. En su seguimiento a los 6 meses postoperada y cursando su rehabilitación kinésica, presenta movilidad completa de la articulación y un puntaje de Constant normalizado de 74,4.

### DISCUSIÓN:

Las luxaciones de hombro en pacientes de edad avanzada pueden producir roturas traumáticas del MR. La constatación de un hombro pseudoparalítico que persiste a 3 semanas de un trauma en el hombro debe hacer sospechar esta condición. La pesquisa y tratamiento oportunos de estos pacientes es esencial para obtener un resultado clínico favorable.

**PALABRAS CLAVE:** Pseudoparálisis, Luxación glenohumeral, Rotura traumática de manguito rotador.

**AUTOR CORRESPONSAL:** Martín Cariola B. Mail: [micariola@miuandes.cl](mailto:micariola@miuandes.cl)

REFERENCIAS:

1. Gumina S, Postacchini F: Anterior dislocation of the shoulder in elderly patients. *J Bone Joint Surg Br* 1997; 79(4):540-543.
2. Murthi A, Ramirez M. Shoulder Dislocation in the Older Patient. *Journal American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2012;20:615-622.
3. Porschke F, Schlegel S, Schnetzke M, Studier-Fischer S, Gruetzner P, Guehring T. Functional outcome and tendon integrity of rotator cuff reconstruction after primary traumatic glenohumeral dislocation. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2020;.
4. Şimank H, Dauer G, Schneider S, Loew M. Incidence of rotator cuff tears in shoulder dislocations and results of therapy in older patients. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2005;126(4):235-240.

### ECLAMPSIA NORMOTENSIVA: REPORTE DE UN CASO.

Catalina Villalobos A<sup>1</sup>, José Tomás Berríos W<sup>1</sup>, María Josefina Razazi F<sup>1</sup>, Fabiola Olgún F<sup>1</sup>, Max Monckeberg Z<sup>2</sup>, Andrés Lambert N<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Interno Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Ginecólogo Obstetra Hospital Parroquial San Bernardo. Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Becado Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Correspondencia a: Catalina Villalobos Andueza

Correo electrónico: cbvillalobos@miuandes.cl

**PALABRAS CLAVES:** *convulsiones, embarazo, normotensión*

### INTRODUCCIÓN

Las convulsiones son la principal complicación neurológica durante el embarazo. Etiológicamente pueden corresponder a: exacerbación de un desorden previo (epilepsia) o debut. En este último contexto, el diagnóstico principal a considerar es eclampsia, no obstante, hay causas poco frecuentes que deben ser consideradas: síndrome de encefalopatía posterior reversible, síndrome hemolítico urémico, púrpura trombocitopénico trombótico o infección del sistema nervioso central, entre otros. No obstante, ante un primer episodio convulsivo durante el embarazo, siempre se debe pensar en eclampsia hasta demostrar lo contrario.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años, sin antecedentes mórbidos, primigesta cursando embarazo 33+1 semanas.

Consulta al Servicio de Urgencias por cuadro de lipotimia asociado a pérdida de líquido por los genitales. Al examen físico cuello uterino sin modificaciones, con pérdida de líquido claro por orificio cervical externo. En ecografía gesta única viva, con líquido amniótico normal, cervicometría 33 milímetros sin modificaciones en valsalva, funnel ni sludge.

Se hospitaliza en sala alto riesgo obstétrico con sospecha de rotura prematura de pretérmino de membranas (RPPM). Durante la hospitalización no se logra evidenciar pérdida de líquido y en ecografías seriadas se demuestra líquido amniótico normal, con test de cristalización negativo, por lo que se descarta RPPM y se decide manejo ambulatorio.

Luego de 15 días, llega en ambulancia por aparente crisis convulsiva. Es recibida en estado post ictal, normotensa, normocárdica, afebril, con compromiso cuantitativo/cualitativo de consciencia y área reflexógena aumentada. Se realiza proteinuria cualitativa que resulta masiva. Se realizan exámenes de severidad y ante el diagnóstico de eclampsia se decide la interrupción del embarazo.

Posterior a cesárea de urgencia, ingresa a Unidad de Tratamiento Intensivo, donde evoluciona favorablemente, normotensa, sin recurrencia de crisis convulsivas o sintomatología neurológica y exámenes de laboratorio sin evidencia de deterioro.

### CONCLUSIÓN

La eclampsia se define como el debut de convulsiones tónico-clónicas generalizadas o coma en pacientes con preeclampsia. En la mayoría de los casos, se manifiesta con hipertensión gestacional y proteinuria, después de las 20 semanas de embarazo, sin embargo, en otros casos aparece de manera atípica (con ausencia de hipertensión hasta en el 16% de los casos o sin proteinuria hasta en un 20%) y existen pocos reportes en la

literatura sobre este tipo de presentaciones, las cuales siempre deben tenerse presentes dentro la hipótesis diagnóstica.

#### REFERENCIAS:

1. George JN, McIntosh JJ. Thrombocytopenia in pregnancy. En: UpToDate [Internet]. Ted. W. Post. Waltham, MA: UpToDate; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/thrombocytopenia-in-pregnancy>
2. Martin JN, Bailey AP, Rehberg JF, Owens MT, Keiser SD, May WL. Thrombotic thrombocytopenic purpura in 166 pregnancies: 1955-2006. Am J Obstet Gynecol. agosto de 2008;199(2):98-104.
3. Norwitz ER. Eclampsia. En: UpToDate [Internet]. Ted. W. Post. Waltham, MA: UpToDate; 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/eclampsia>
4. Rojas-Atas JL, Ortiz-López LD, Orduña-Aparicio WJ, Quintero-Loaiza CA, Acuña-Osorio E, Franco-Hernández A, et al. Characterization of Atypical Preeclampsia. Fetal Diagn Ther. 2015;38(2):111-25.
5. Sipai BM, Stella CL. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. Am J Obstet Gynecol. mayo de 2009;200(5):481.e1-7.

### TERATOMA INMADURO IA G1: REPORTE DE UN CASO.

Catalina Villalobos A<sup>1</sup>, José Tomás Berríos W<sup>1</sup>, Fabiola Olguín F<sup>1</sup>, Micaela Fasani M<sup>1</sup>,  
Roberto Altamirano A<sup>2</sup>, Valeria Bawarshi Y<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Interno Medicina Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Ginecólogo Oncólogo Clínica Dávila. Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Correspondencia a: Catalina Villalobos Andueza, Mail: cbvillalobos@miuandes.cl

PALABRAS CLAVES: *teratoma, glía, pronóstico*

#### INTRODUCCIÓN

Los teratomas inmaduros corresponden a menos del 1% de los teratomas. Histológicamente se componen de las 3 capas del epitelio germinal: endodermo, mesodermo y ectodermo, pero deben presentar elementos neurales inmaduros, es decir células de la glía.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por cuadro de aumento de volumen abdominal de 3 meses de evolución. Al examen físico destaca una importante masa abdominal, resto sin alteraciones. Se estudia con TAC y RNM donde se describe una masa sólido-quística peritoneal que ocupa hipocondrio, flanco y fosa iliaca derecha, de origen abdomino pelviana de 22,6 x 8,5 x 15,5 cm, multiloculada, con paredes y septos gruesos que realzan con el contraste, con componente sólido central de 4,1 x 5,7 x 4,6 cm, presenta múltiples quistes y algunas áreas de grasa microscópica en su espesor y una lesión nodular exofítica dependiente de su pared anterosuperior que realza con contraste. No hay adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales. No hay ascitis ni neumoperitoneo. Se sospecha teratoma maduro.

Marcadores tumorales: CA 19-9 1.3 u/ml, CA 125 37.3 u/ml, Alfa feto proteína 1.9 ng/ml, LH 194 U/L.

Se realiza anexectomía derecha con muestreo peritoneal y omentectomía. Resultado de la biopsia anexo derecho teratoma inmaduro (G1, bajo grado), trompa conservada, epiplón sin alteraciones histológicas. La citología es negativa para células neoplásicas. Se presenta a Comité Oncológico donde se indica linfadenectomía pélvica paraaórtica. Se obtienen 27 ganglios pélvicos y 13 para aórticos sin presencia de metástasis.

Dado el resultado de la etapificación quirúrgica se diagnostica un teratoma inmaduro IA G1, por lo que se decide seguimiento.

#### DISCUSIÓN

El teratoma inmaduro corresponde a un tipo muy infrecuente de tumor anexial, cuya clínica y estudio preoperatorio es indistinguible del teratoma maduro, sin embargo éste tiene mayor agresividad tumoral y características malignas a nivel sistémico. El pronóstico y manejo está determinado por el grado que corresponde al porcentaje de células glias por campo y por la presencia de metástasis. Frente a la opción de implementar una posible terapia sistémica posterior a la cirugía, resulta definitorio tener la información mencionada anteriormente, ya que, en un teratoma inmaduro IA G1, como en este caso, no está indicada la quimioterapia, pudiendo seguir al paciente con controles y exámenes seriados, lo cual no es usual.



REFERENCIAS:

1. Lu KH, Gershenson DM. Uptodate on the management of ovarian germ cell tumors. J Reprod Med. 2005; 50(6): 417-425.
2. Murugaesu N, Schmid P, Dancey Gm, Agarwal R, Holden L, McNeish I, Savage PM, Newlands ES, Rustin GJ, Seckl MJ. Malignant ovarian germ cell tumors: identification of novel prognosis markers and long-term outcome after multimodality treatment. J Clin Oncol. 2006; 24(30): 4862-4866.
3. Norris H, Zinkin H, Benson W. Immature (malignant) teratoma of the ovary: a clinical and pathological study of 58 cases. Cancer. 1976; 37(5): 2359-2372.
4. Shaaban AM, Rezvani M, Elsayes KM, Baskin H, Mourad A, Foster BR, et al. Ovarian Malignant Germ Cell Tumors: Cellular Classification and Clinical and Imaging Features. RadioGraphics. 2014; 34(3):777-801.
5. Tewari K, Calabuccini F, Disaia PJ, Berman ML, Manetta A, Kohler MF. Malignant germ cell tumors of the ovary. Obstet Gynecol. 2000; 95(1): 128-133.

## CISTOADENOMA MUCINOSO BORDERLINE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN ANEXIAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Carolina Maldonado F.<sup>1</sup>, Gonzalo Salinas A.<sup>1</sup>, Ignacio Salinas A.<sup>2</sup>, Claudia Stephan C.<sup>3</sup>

- (1) Interna/o de Medicina, Universidad de los Andes.
- (2) Interno de Medicina, Universidad Diego Portales.
- (3) Ginecobstetra, Residente del Hospital Parroquial de San Bernardo.

### INTRODUCCIÓN

La patología anexial es un frecuente motivo de consulta ginecológico. Responde a diversas causas, siendo generalmente de curso benigno, sin embargo, el mal pronóstico de las lesiones malignas hace importante el correcto diagnóstico y diferenciación del tipo de lesiones. Para esto se debe considerar el contexto clínico del paciente, marcadores tumorales y estudio imagenológico.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 30 años, con sospecha de tumor ovárico, presenta cuadro clínico progresivo de 3 meses de evolución de dolor intermitente en hemiabdomen inferior, asociado a masa abdominal en cuadrante inferior derecho, acompañado de astenia y baja de peso. Al examen físico destaca gran masa abdominal, dolorosa, sin signos de irritación peritoneal, edema de extremidades inferiores, sin adenopatías, especuloscopia normal, tacto vaginal dificultoso, sensible en anexo izquierdo. En exámenes destaca: ecografía ginecológica que describe masa abdominopelviciana de 20 cm aproximadamente, mal delimitada, de predominio quístico con tabiques finos y polo sólido de 10 cm, impresiona origen ovárico; TAC abdomen y pelvis, impresiona masa compleja predominantemente quística del anexo derecho, probable adenocarcinoma ovárico con carcinomatosis peritoneal. Marcadores tumorales negativos. Se realiza laparotomía exploratoria para etapificación, extrayéndose masa anexial izquierda, de superficie lisa, cavidad abdominal sin lesiones ni implantes evidentes. Biopsia rápida sugiere tumor mucinoso proliferativo atípico de 28x20x11 cms, sin evidencias de invasión estromal ni linfovascular. Se completa procedimiento con omentectomía infracólica. Paciente completa hospitalización. Se rescata biopsia definitiva que informa cistoadenoma mucinoso borderline. Paciente se mantiene en controles sin evidencia de recidiva.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los cistoadenomas mucinosos borderline son lesiones con un comportamiento biológico intermedio, con una mayor proliferación epitelial, aunque sin hallazgos de invasión estromal. En el caso expuesto, se aprecian elementos que orientan tanto a benignidad como malignidad. Si bien el diagnóstico de certeza es histológico, es fundamental, ante la sospecha, considerar el contexto clínico, marcadores tumorales e imágenes.

**PALABRAS CLAVE:** Tumor ovárico, cistoadenoma mucinoso borderline, ginecología.

**AUTORA CORRESPONSAL:** Carolina Maldonado Fuentes

Mail: [carolmaldonado1@miuandes.cl](mailto:carolmaldonado1@miuandes.cl).

### REFERENCIAS:

1. Cisterna P, Orellana R, Freire A. Tumor ovárico de bajo potencial maligno (borderline): patrón seroso micropapilar. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72(4): 241-246.

2. Cuello M, Merino P, Etchegaray A, Ortega J, Pomés C, Barrena N, Gejman R. Distribución de la patología anexial en mujer chilena: experiencia de la Universidad Católica de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69(6): 429-440.
3. Hidalgo J, Rams N, Ros F, Alcázar J. Sistemas de clasificación y predicción de riesgo de malignidad de las lesiones anexiales. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2018; 45(1): 24-31.
4. Timmerman D, Testa A, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, Paladini D, Van Calster B, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L. Simple Ultrasound-Based Rules for the Diagnosis of Ovarian Cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. 2008; 31(6): 681-90.
5. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, Collins WP, Verrelst H, Vergote I. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumora Analysis (IOTA) group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2000; 16: 500-505.

## ENDOMETRIOSIS ASOCIADA A HIDROCELE DEL CANAL DE NUCK. REPORTE DE UN CASO.

*C. Fuchs<sup>1</sup>, M. Meza<sup>1</sup>, S. Pavanati<sup>1</sup>, P. Gutiérrez<sup>2</sup>.*

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

2: Residente de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Autor corresposnal: Carolina Fuchs de Castro, +569 61211118, [cfuchs@miuandes.cl](mailto:cfuchs@miuandes.cl)

### INTRODUCCIÓN:

El ligamento redondo recorre el conducto inguinal con una evaginación de peritoneo parietal, que en el primer año de vida se oblitera fisiológicamente. Cuando no se cierra, se denomina canal de Nuck, donde pueden formarse quistes, e infrecuentemente, sembrarse endometriosis.

Son quistes poco prevalentes, que generalmente se presentan entre la tercera y cuarta década de vida. Aparecen como una masa irreductible, asintomática o con dolor leve, sensación de pesadez y abultamiento. El diagnóstico clínico puede revestir dificultades, por lo que el ultrasonido es el estudio de elección.

Presentamos un caso de quiste de Nuck con sospecha de endometriosis asociada, el cual destaca pues generalmente se diagnostican erróneamente como hernias inguinales irreductibles.

### CASO CLÍNICO:

Mujer de 36 años, con antecedente de ooforectomía derecha laparoscópica por teratoma (2007). Consulta por aumento de volumen gradual en región inguinal izquierda, que incrementa su tamaño y sensibilidad con la menstruación. Se palpa masa blanda en conducto inguinal izquierdo, no reductible, que no aumenta con Valsalva. Ultrasonido muestra imagen sólido-quística de 17mm sugerente de quiste de Nuck, asociado a probable hernia inguinal indirecta. RNM identifica nódulo de 27x16mm que impresiona ser una prolongación del ligamento redondo hacia el orificio inguinal, mostrando señal heterogénea en T1-T2 y alta señal en T1.

El manejo de elección es quirúrgico, el cual permite realizar el diagnóstico definitivo. No obstante, producto del embarazo de la paciente, se difirió para luego del parto.

### DISCUSIÓN:

Estos quistes son inusuales, y muchas otras patologías cursan con tumoración inguinal, por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial, sobre todo con hernias inguinales irreductibles. Para esto, realizar maniobra de Valsalva durante la ecografía permite diferenciar ambas entidades.

La endometriosis inguinal representa el 0,8% de la endometriosis total<sup>1</sup>. Debemos considerarla frente a la variabilidad menstrual en el tamaño y sensibilidad de la masa, y es muy sugerente alta señal en T1 en RNM. Existen diferentes reportes de hidrocele asociado a endometriosis del canal de Nuck, donde el diagnóstico diferencial se realiza con anatomopatología, siendo la inmunohistoquímica positiva para receptores de podoplanina y estrógeno<sup>2</sup>.

#### CONCLUSIÓN:

Debido a su baja incidencia, ante una paciente joven con tumoración inguinal, debemos sospechar esta patología y realizar una ecografía para el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: *Quiste de Nuck, endometriosis, patología inguinal.*

#### REFERENCIAS:

- 1) Crespí A, Lozano L, Sánchez A, Muñoz J, de la Llave A, Pallisera A, et al. Quiste de Nuck en el diagnóstico diferencial de la hernia inguinocrural. *Cirugía Española* [Internet] 2014. [Consultado en 31 mayo 2020]; 92:882. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-congresos-30-congreso-nacional-cirugia-14-sesion-pared-abdominal-y-suturas-1281-comunicacion-quiste-de-nuck-en-el-13916-pdf>
- 2) Okoshi K, Mizumoto M, Kinoshita K. Endometriosis-associated hidrocele of the canal of Nuck with immunohistochemical confirmation: a case report. *JMCR* [Internet] 2017. [Consultado en 31 mayo 2020]; 11:354. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13256-017-1522-x>
- 3) Uno Y, Nakajima S, Yano F, Eto K, Mura N, Yanaga K. Mesothelial cyst endometriosis mimicking a Nuck cyst. *JSCR* [Internet] 2014. [Consultado el 30 de mayo 2020]; 6. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jscr/rju067>
- 4) Vargas A, Gómez L, Guidos J, Ávila J, Huerta Ó, Medina M. Quiste de ligamento redondo que simula hernia inguinal encarcelada. Reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos* [Internet] 2017. [Consultado en 30 mayo 2020]; 85(4):334-338. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.03.008>

## EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD CHARCOT MARIE TOOTH EN EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO.

M. Meza<sup>1</sup>, C. Fuchs<sup>1</sup>, S. Pavanati<sup>1</sup>, P. Gutiérrez<sup>2</sup>.

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

2: Residente de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Autor correspondiente: María José Meza Salgado, +56977086435, mjmeza@miuandes.cl

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es una polineuropatía periférica hereditaria. La presentación clínica inicial más común es debilidad distal y atrofia muscular progresiva en extremidades inferiores (EEII). Además, puede existir alteración de sensibilidad, propiocepción y de reflejos osteotendíneos; deformidad de articulaciones, función respiratoria restrictiva y más tardíamente, afectar extremidades superiores. Durante el embarazo, tiene un comportamiento muy variable, donde la mayoría cursa sin empeoramiento clínico. Aunque, existen casos de exacerbación grave y lento regreso a su condición basal.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, multípara de 1 parto vaginal, con antecedente de CMT hace 6 años y 2 abortos retenidos, cursando embarazo de 37+6 semanas. Consulta por aumento progresivo de sintomatología basal hacia finales del embarazo, manifestado por dolor muscular de EEII que aumenta en frecuencia y alcanza intensidad 8/10, y debilidad muscular que se hace invalidante y genera 7 caídas. Además, refiere no sentir movimientos fetales. Sin contracciones, sangrado ni pérdida de líquido por genitales.

Ingresó hemodinámicamente estable, afebril, EEII fuerza 2-3, tono uterino normal, registro basal no estresante reactivo.

Se inicia manejo con paracetamol endovenoso, magnesio oral y kinesioterapia motora. Tras no hallar causas reversibles, se decide interrupción de embarazo a las 38 semanas. Luego de evaluación por anestesia, se inicia inducción y se atiende parto vaginal sin incidentes. Tras el parto, presenta resolución de síntomas.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se ha visto que 1/3 de embarazadas con CMT presenta empeoramiento clínico. Las complicaciones obstétricas son similares a población general, pero podría haber mayor riesgo de distocias de presentación y atonía uterina post parto. Además, es fundamental una buena evaluación preanestésica, debido al riesgo de liberación de potasio con el uso de succinilcolina. Finalmente, CMT no contraindica el parto vaginal, pero debe tener una evaluación cuidadosa del trabajo de parto y pre-anestésica.

**PALABRAS CLAVES:** *Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, embarazo, enfermedad progresiva*

### REFERENCIAS:

1. Itani R, Elmallahi N, Abdullah Al. Charcot-Marie-Tooth (CMT) disease and pregnancy: a case report and literature review. Journal of Obstetrics and Gynaecology [Internet] 2019. [Consultado en 31 mayo 2020]; 40(2): 275-276. Disponible en:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2019.1624948>

2. Kang MD. Charcot-Marie-Tooth disease: Genetics, clinical features, and diagnosis. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 1 de junio de 2020).
3. Miller C, Yacsich M, Valenzuela P, Jans J. Manejo anestésico en enfermedad de charcot-marie-tooth. A propósito de un caso. Rev. Chil. Anestesia [internet] 2006 [Consultado en 31 mayo 2020]. 35(3): 187-190. Disponible en: [http://www.scielo.cl/upfiles/revistas/492d5f58829f1\\_07\\_caso\\_clinico\\_Vol\\_35\\_3\\_2006.pdf](http://www.scielo.cl/upfiles/revistas/492d5f58829f1_07_caso_clinico_Vol_35_3_2006.pdf)



## PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LAS CAUSAS DE DISFUNCIÓN OVULATORIA EN MUJERES ENTRE LOS 22 A 38 AÑOS: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.

Plaza A<sup>1</sup>, Rebolledo V<sup>1</sup>, Canahuate A<sup>1</sup>, Díaz J<sup>1</sup>, Dabed F<sup>1</sup>, Vigil P<sup>2,3</sup>, Del Río J P<sup>2,4,5</sup>.

<sup>1</sup> Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Reproductive Health Research Institute, Santiago, Chile.

<sup>3</sup> Vicerrectoría de comunicaciones y extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup> Imhay Núcleo Milenio para mejorar la salud mental de jóvenes y adolescentes, Santiago, Chile.

<sup>5</sup> Psiquislab Laboratorio de Psiquiatría Traslacional, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

AUTOR CORRESPONSAL: Alejandra Plaza - afplaza@miuandes.cl

### INTRODUCCIÓN:

La ovulación es el principal evento del ciclo menstrual y para que ésta se lleve a cabo, requiere de una correcta actividad del eje hipotálamo-hipófisis-gónada. La causa más común de disfunción ovulatoria (DO) son las endocrinopatías, sin embargo, la evidencia es escasa respecto a la caracterización de las causas y síntomas en mujeres adultas.

### MÉTODOS:

Estudio de corte transversal analítico en una cohorte de mujeres entre 22-38 años que consultaron en un centro ginecológico privado del Reproductive Health Research Institute (RHRI) entre los años 2017-2019.

Se realizó evaluación clínica y ecográfica, con medición de FSH, TSH, Prolactina, Cortisol, DHEA-S, Androstenediona, Testosterona total y libre, SHBG, 17-OH-Progesterona, Test de tolerancia oral a glucosa, Estradiol y Progesterona como parte del diagnóstico.

Se consideró DO si existía: ciclos irregulares (<24 o >36 días), fase lútea menor a 9 días, progesterona sérica < 5ng/ml en el día 21 o anovulación ecográfica. El diagnóstico sindromático se ajustó a guías actualizadas. Para el análisis de datos se utilizaron métodos descriptivos.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética del RHRI.

### RESULTADOS:

De 86 mujeres, 16% (74) presentaron los datos de laboratorio de mayor interés. La mediana de edad fue 26 años y un IMC promedio 23,2 (Kg/talla<sup>2</sup>).

Los motivos de consulta fueron: Irregularidad menstrual (67%), Aumento de peso (40%), Acné (30%), Dismenorrea (22%), Hirsutismo (19%) y Metrorragia (16%).

Las causas de DO fueron: síndrome de ovario poliquístico (83,1%), Desórdenes tiroideos (24,1%) e Hiperprolactinemia (10,8%). Además, un 56,8% presentó resistencia a la insulina concomitantemente.

### CONCLUSIONES:

Los principales motivos de consulta fueron irregularidad menstrual, aumento de peso y acné. La principal causa de DO fue SOP. Existe una alta prevalencia de pacientes con resistencia a la insulina concomitante.

Estos resultados invitan a realizar una mejor evaluación y estudio de causas subyacentes en mujeres con DO.

PALABRAS CLAVES: *Disfunción ovulatoria, Síndrome ovario poliquístico.*

REFERENCIAS:

1. Kalra BN. Impaired fertility caused by endocrine dysfunction in women. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. Septiembre de 2003;32(3):573-92. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0889-8529\(03\)00041-0](https://doi.org/10.1016/S0889-8529(03)00041-0)
2. Vigil P, Lyon C, Flores B, Rioseco H, Serrano F. Ovulation, A Sign of Health. *The Linacre Quarterly*. Noviembre de 2017;84(4):343-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00243639.2017.1394053>



# I JORNADA CIENTÍFICA ONLINE DE TRABAJOS Y CASOS CLÍNICOS

29 y 30 de junio de 2020

LIBRO RESUMEN

