



LIBRO RESUMEN

COMPETENCIA CIENTÍFICA 2022
COCEM VI

Casos clínicos

Cirugía adultos	5
CC01: Sarcoma escapular de partes blandas: Reporte de un caso	
CC02: Nervio laríngeo no recurrente, a propósito de un caso	
CC03: Hernia transmesocólica izquierda no complicada como causa de dolor abdominal agudo: reporte de un caso	
CC04: Obstrucción intestinal por hernia obturatrix complicada: Reporte de un caso	
CC05: GIST duodeno-yeeyunal como causa de hemorragia digestiva de origen oscuro. Reporte de un caso	
CC06: ¿Eczema o enfermedad de Paget de la mama?	
Urología	12
CC11: Carcinoma urotelial del tracto urinario superior metastásico: Reporte de un caso	
CC12: Hidroureteronefrosis gigante como causa de dolor abdominal de larga data, a propósito de un caso	
CC13: Pielonefritis xantogranulomatosa, forma atípica de pielonefritis crónica: Reporte de un caso	
Ginecología y obstetricia	16
CC21: Qué sospechar ante una mastitis de difícil resolución: Mastitis granulomatosa idiopática	
CC22: ¿Qué es el síndrome en espejo? A propósito de un caso	
CC23: Consecuencias del síndrome de insuficiencia placentaria, a propósito de un caso	
CC24: Embarazo molar completo: reporte de un caso	
Medicina interna	21
CC31: Hiperaldosteronismo primario como causa de hipertensión arterial secundaria, a propósito de un caso	
CC32: Porfiria aguda intermitente: manifestaciones y manejo de sus crisis a propósito de un caso	
CC33: Síndrome de Evans con requerimientos transfusionales de emergencia: reporte de un caso	
CC34: Linfoma de Hodgkin clásico de presentación atípica: Reporte de un caso	
CC35: Poliserositis como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: a propósito de un caso	
CC36: Encefalopatía hiperamonémica no cirrótica en adulto, a propósito de un caso	
CC37: Insuficiencia cardíaca aguda severa en paciente joven, reporte de un caso	
CC38: Diagnóstico de infarto de miocardio en paciente con bloqueo de rama izquierda y criterios de Sgarbossa negativos: a propósito de un caso	
CC39: Hiponatremia severa secundaria a consumo de MDMA, a propósito de un caso	
CC40: Abordaje y enfoque diagnóstico del síndrome malabsortivo de causa multifactorial: a propósito de un caso	
CC41: Púrpura trombocitopénico trombótica en debut de VIH: reporte de un caso	
CC42: Síndrome diabético agudo mixto como debut de diabetes mellitus II, a propósito de un caso	
Neurología	34
CC51: Foramen oval permeable y embolía paradojal, reporte de un caso	
CC52: Neuro-Sjogren: una paradoja clínico radiológica con afectación del sistema nervioso central	
CC53: Epilepsia de inicio tardío secundaria a malformación arteriovenosa en paciente adulto	
CC54: Encefalopatía hipóxico-isquémica en contexto de hemodiálisis	
CC55: Enfermedad de Moya-Moya como causa atípica de compromiso neurológico en urgencias: a propósito de un caso	

CC56: Displasia fibromuscular intimal focal “Web Carotídeo” como causa infrecuente de accidente cerebrovascular isquémico agudo

CC57: Hemorragia subaracnoidea por probable angiopatía amiloide cerebral: a propósito de un caso

Pediatria

42

CC61: Síndrome febril prolongado como presentación de osteomielitis tuberculosa en paciente pediátrico

CC62: Litiasis biliar como complicación de esferocitosis congénita: a propósito de un caso

CC63: La importancia del diagnóstico precoz de la atresia de vías biliares

CC64: Hemorragia digestiva baja exanguinante en paciente pediátrico: un caso desafiante

CC65: Angioedema hereditario, un diagnóstico a considerar en edema recurrente pediátrico

Ganadores

48

QR y link:



<https://drive.google.com/drive/folders/1WoJwkIkXMe98b1tNgoLX6kki82uGciHQ?usp=sharing>



Cirugía adultos





CC01: Sarcoma escapular de partes blandas: Reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Sarcoma escapular de partes blandas: Reporte de un caso

Autores: T. Avayú¹, S. Arroyo¹, I. Orchard²

¹ Interno/a Medicina Universidad de Chile, Independencia, Chile; ² Alumno Universidad de Chile, Independencia, Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas son un grupo raro y heterogéneo de tumores malignos de origen mesenquimatoso. La mayoría surgen de novo, sin etiología definida. Se presentan como masa indolora, frecuentemente en extremidades, que pueden alcanzar tamaños importantes. En el siguiente caso llama la atención la vía por la cual consulta el paciente, dando importancia al conocimiento transversal de esta patología en toda especialidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 67 años, masculino, antecedente de gota y glioblastoma cerebral. Refiere cuadro de dos años de evolución de aumento de volumen escapular derecho redondo con bordes delimitados y leve eritema, por lo que consulta en dermatología, recibiendo tratamiento con antibiótico tópico con respuesta parcial de la lesión. Dos años después, consulta nuevamente por aumento progresivo de tamaño de la misma lesión, sin otros síntomas. Se realiza ecografía que describe lesión sólida de 9x5x9cm ovalada, con múltiples áreas quísticas anecogénicas asociadas a moderada vascularización, por lo que consulta en policlínico de cirugía de cabeza y cuello.

Al examen físico se observa y palpa aumento de volumen escapular derecho, fijo e indoloro, de 11x7cm con eritema. Sin adenopatías en cuello ni axila derecha.

Se realiza biopsia Trucut tres días después, concordante con sarcoma indiferenciado de alto grado, y estudio de etapificación sin hallazgos.

Ingrera dos meses después para resección oncológica con colgajo Dufourmentel, con biopsia intraoperatoria con márgenes positivos y posterior ampliación con márgenes negativos, sin incidentes.

DISCUSIÓN

Es esencial tener alto índice de sospecha ante aumentos de volumen progresivos indoloros, ya que aunque infrecuente, pudieran ser sarcomas de partes blandas. Si bien pudieran tener algún grado de respuesta inicial al uso de antibióticos dada la reacción inflamatoria local, es importante estar atentos a los posibles diagnósticos diferenciales, educar al paciente en los signos de alarma y derivar inmediatamente ante la falta de respuesta total al tratamiento.

Correo autor correspondiente: taniaavayu@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC02: Nervio laríngeo no recurrente, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Nervio laríngeo no recurrente derecho, a propósito de un caso.

Autores: P. Cárdenas (¹), I. Urzua (¹), P. Leyton (¹), C. Jiménez (¹)

(¹) Interno Medicina Universidad O'Higgins, Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins

RESUMEN

Introducción

Es de suma importancia conocer la variante anatómica de nervio laríngeo no recurrente (NLNR) la cual tiene una frecuencia que oscila entre el 0,25 y el 0,99% aproximadamente. Corresponde principalmente a una consecuencia de un desarrollo embriológico anómalo del tronco epiaórtico. La incidencia en el lado derecho varía desde 0,3 a 4%.

Caso clínico

Presentamos una paciente de sexo femenino, 28 años con cuadro de 1 mes de evolución observa aumento de volumen en cuello, sin otros síntomas asociados. Se le solicitó ecografía tiroidea la que informa "Nódulo hipoeocogénico con microcalcificaciones internas en lóbulo tiroideo derecho, TIRADS 4B. Paaf tiroides: Bethesda VI, maligno. (Cáncer Papilar de tiroides) Se le realiza tiroidectomía total en donde se encuentra de manera incidental la presencia de un nervio laríngeo no recurrente derecho sin otros hallazgos anormales, ni complicaciones intraquirúrgicas ni postoperatorias. Evoluciona favorablemente en sala y se da de alta sin complicaciones. El estudio patológico definitivo reporta y confirma carcinoma papilar de tiroides T1b, N1b Mx.

Discusión

La alteración anatómica del NLNR se da debido a una anomalía en la formación del cuarto arco aórtico derecho, no desplazando el nervio laríngeo recurrente hacia abajo. La lesión del nervio laríngeo recurrente genera una alteración en la inervación de la musculatura de la laringe, y en algunos casos parálisis de las cuerdas vocales, lo que un incidente quirúrgico puede generar una falla en la fonación de los pacientes.

Conclusión

Conocer la existencia de variantes anatómicas como el NLNR previene que durante el acto quirúrgico se puedan generar lesiones accidentales, que puedan provocar complicaciones y/o secuelas a los pacientes. El cirujano debe estar preparado para reconocer las alteraciones anatómicas y poder así prever riesgos dentro de la cirugía.

Correo autor corresponsal: paz.cardenas@pregrado.uoh.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC03: Hernia transmesocólica izquierda no complicada como causa de dolor abdominal agudo: reporte de un caso

CASO CLÍNICO

HERNIA TRANSMESOCOLICA IZQUIERDA NO COMPLICADA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO: REPORTE DE CASO

Autores: L. Canales¹, D. Zamorano¹, M. Contreras¹, D. Muñoz²

¹.- Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca. ².- Médico Cirujano, Unidad de Emergencia Hospitalaria, Complejo Asistencial Padre las Casas.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las hernias transmesocólicas corresponden a protrusiones viscerales a través de un defecto del mesenterio, sea congénito o adquirido. Su incidencia corresponde a <1% de todas las hernias. Sus complicaciones pueden ir desde una obstrucción intestinal hasta una isquemia mesentérica, por tanto, es importante definir el manejo más adecuado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenina de 74 años, con antecedentes de DM2 NIR, HTA, sin antecedentes quirúrgicos. Consulta en el servicio de urgencia por cuadro de 4 días de evolución de dolor abdominal difuso, mal localizado, cólico, EVA 7/10, que inicia de manera brusca sin desencadenante aparente, asociado a náuseas y vómitos alimentarios en una ocasión.

Al examen físico destaca abdomen distendido, doloroso a la palpación de manera difusa, ruidos hidroaéreos presentes, sin signos de irritación peritoneal. Se toman exámenes de laboratorio en los que no se evidencia aumento de parámetros inflamatorios significativos ni otras alteraciones. Se realiza TC de Abdomen y Pelvis con contraste el cual evidencia dólito- colon sigma, con signos compatibles con hernia interna transmesocólica izquierda, asociado a leves cambios edematosos de asas de intestino delgado herniados.

Se presenta caso a equipo de cirugía, quienes diagnostican Hernia Transmesocólica izquierda sin signos de complicación aguda. Se administran antiespasmódicos y analgesia intravenosa, con buena respuesta. Por lo que se decide manejo conservador e ingreso a policlínico de cirugía adultos para evaluación, seguimiento y eventual cirugía correctiva.

DISCUSIÓN DEL CASO

Las hernias internas son una causa poco frecuente de dolor abdominal, las cuales aportan una clínica inespecífica, dificultando su diagnóstico en etapas no complicadas, elevando el riesgo de estrangulación y mortalidad. El caso clínico presentado evidencia la importancia de un buen estudio en los pacientes con dolor abdominal, en el que la Tomografía Computarizada (TC) se constituye como una de las mejores herramientas diagnósticas para las hernias internas y sus posibles complicaciones.

Correo autor corresponsal: lukascanalesguzman313@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC04: Obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada: Reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada: Reporte de caso

Autores: S. Abarzúa¹, J. Figueroa¹, L. Gamboa¹, F. Torrejón¹

¹ Alumna/o Universidad de Valparaíso

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hernia obturatriz es una patología de presentación infrecuente, correspondiendo a menos del 0.14% de las hernias de la pared abdominal. Es causa poco común de obstrucción intestinal, pero el retraso del diagnóstico se asocia a altas tasas de estrangulación con elevada mortalidad, siendo importante su sospecha y manejo oportuno.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 88 años consulta por cuadro compatible con obstrucción intestinal. Refiere antecedente de dos meses de deposiciones escasas y distensión abdominal intermitente. Al examen físico destaca abdomen distendido, sin signos peritoneales; tacto rectal con deposiciones escasas. Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que evidencia obstrucción intestinal por hernia obturatriz derecha atascada. Ingresa a pabellón de urgencia, se identifica hernia obturatriz estrangulada, liberación con maniobras de taxis, resección y anastomosis termino-terminal de íleon distal comprometido, corrección del defecto obturatriz con puntos de prolene separado y parche de peritoneo. Presenta recuperación paulatina con íleo prolongado en el post operatorio inmediato. Evolución favorable con alta al noveno día.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de hernia obturatriz puede ser desafiante debido a los signos y síntomas inespecíficos. Existen factores predisponentes para el desarrollo de hernia obturatriz y que se presentan en este caso, como sexo femenino, mayor de 70 años e historia de constipación. Debido a esto, la evaluación imagenológica cobra mayor importancia para el diagnóstico, siendo la TC el método más sensible y específico. El manejo debe ser precoz debido al alto riesgo de estrangulación, El abordaje mediante laparotomía resulta mandatorio para disminuir la morbimortalidad.

CONCLUSIÓN: Esta es una patología poco frecuente, pero debe sospecharse como etiología en cuadros de obstrucción intestinal para su rápido estudio y manejo oportuno, siendo la laparotomía el método más seguro y con mejor resultado en disminuir la morbimortalidad cuando se realiza dentro de las primeras horas de iniciado el cuadro.

Correo autor corresponsal: jorge.figueroac@alumnos.uv.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC05: GIST duodeno-yeyunal como causa de hemorragia digestiva de origen oscuro. Reporte de un caso

CASO CLÍNICO

GIST duodeno-yeyunal como causa de hemorragia digestiva de origen oscuro: Reporte de caso.

Autores: S. Abarzúa¹, J. Figueroa¹, L. Gamboa¹, F. Torrejón¹

¹ Alumna/o Universidad de Valparaíso

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son un grupo heterogéneos de tumores sólidos mesenquimatosos poco frecuentes. Corresponden al 1-2% de todas las neoplasias gastrointestinales, pero son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, siendo su localización más frecuente en el estómago. La localización duodenal tiene una prevalencia del 5%. La presentación clínica depende de su localización y tamaño, aunque la mayoría es asintomática.

DESCRIPCIÓN: Paciente masculino de 69 años con historia de múltiples hospitalizaciones por hemorragia digestiva y anemia severa. Se realiza estudio con angio-TAC, endoscopia y enteroscopia, identificándose lesión duodenal compatible con GIST sangrante. Se realiza estudio de etapificación que descarta signos de diseminación. Se realiza laparotomía media, sin signos de diseminación peritoneal ni metástasis hepática. Liberación ligamento de Treitz identificándose lesión en cuarta porción de duodeno, sección de la lesión tumoral con al menos 1cm de margen. Se realiza anastomosis termino-terminal manual con Vicryl 3/0. Paciente de alta sin complicaciones. Estudio histológico confirma el diagnóstico de GIST con márgenes libres y bajo índice mitótico. Se indica seguimiento.

DISCUSIÓN DEL CASO: Ocasionalmente los tumores GIST se presentan con hemorragia digestiva, por lo tanto en esta situación el estudio debería estar enfocado en tal patología, con estudio endoscópico e imagenológico. En caso de tratarse de un tumor GIST, el diagnóstico definitivo es histológico. Con este estudio debe establecerse el riesgo de malignidad, y definir el tipo de manejo, el cual dependerá además de la ubicación que tenga el tumor.

CONCLUSIÓN: La mayoría de las veces los tumores GIST tienen un curso asintomático y su presencia resulta un hallazgo, sin embargo la hemorragia digestiva es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes. El diagnóstico es complejo y requiere confirmación histopatológica. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica cuyo abordaje debe ser evaluado caso a caso.

Correo autor correspondiente: francisca.torrejon@alumnos.uv.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC06: ¿Eczema o enfermedad de Paget de la mama?

CASO CLÍNICO

¿Eczema o enfermedad de Paget de la mama?

Autores: S Jara¹ – P Jameux¹ – P Haristoy¹

¹. Interna medicina Universidad de Chile ². Cirujana oncoplástica de mama Hospital San Juan de Dios

RESUMEN

La Enfermedad de Paget (EP) de la mama corresponde a menos del 1% de los cánceres de mama. Se caracteriza por infiltración intraepidérmica de células epiteliales glandulares malignas y clínicamente se manifiesta como una lesión ulcerada con costra o descamación del pezón que puede extenderse hasta la areola, además de telorragia, retracción o hiperpigmentación del pezón, prurito y dolor. Como diagnóstico diferencial se encuentran múltiples cuadros dermatológicos como la dermatitis de contacto, psoriasis, melanoma cutáneo, entre otros, siendo fundamental el estudio con mamografía y ecografía mamaria en busca de imágenes sospechosas. El diagnóstico se confirma mediante biopsia de pezón y tejido areolar informada con carcinoma in situ de los conductos galactóforos que se extiende hasta epidermis con presencia de células de Paget y su tratamiento puede ser mastectomía parcial o escisión amplia del pezón y areola más radioterapia.

Se presenta el caso de una mujer de 66 años sin historia familiar ni personal de cáncer de mama con cuadro de 1 años de evolución de placa eritemato-escamosa areolar izquierda con retracción del pezón, prurito ocasional, sin nódulos palpables. Fue manejada inicialmente con corticoides y antibióticos tópicos sin respuesta, por lo que se solicitó mamografía que mostró asimetría focal de mama izquierda BIRADS 0 y ACR B, ecografía mamaria informada como BIRADS 1 y se derivó a nivel terciario donde se realizó biopsia incisional positiva para EP y estudio imagenológico complementario para definir manejo. Se manejó con centralectomía seguida de radioterapia.

La dermatitis eccematosa del pezón corresponde al principal diagnóstico diferencial: es en general bilateral, sin induración y responde a corticoides tópicos.

Es fundamental para el médico general conocer la EP de la mama para sospecharla y realizar la derivación pertinente con los exámenes complementarios adecuados.

Correo autor correspondiente: scarlettejaraug@uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

Urología





CC11: Carcinoma urotelial del tracto urinario superior metastásico: Reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Carcinoma urotelial del tracto urinario superior metastásico: Reporte de un caso

Autores: S. Arroyo¹; T. Avayú¹

¹ Interno/a de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma de urotelio es la neoplasia maligna más común que afecta el tracto urinario, la segunda causa de cáncer urológico y la décima entre todas las patologías oncológicas. Se ubica en el tracto urinario superior en menos del 10% de los casos. Vale la pena destacar el siguiente caso dada la ubicación infrecuente del tumor, la evolución del paciente y la vía por la cual se realizó el estudio.

CASO:

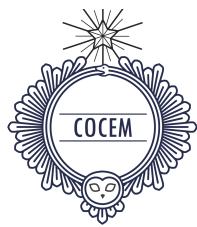
Paciente masculino, 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, valvulopatía aórtica operada y cáncer testicular seminoma operado. Hace cuatro años, en estudio por hematuria persistente se pesquisa en urografía por tomografía computada (UOTC) dilatación de uréter izquierdo proximal con defecto de llenado. Se indica ureteroscopia diagnóstica que no se realiza, perdiendo controles en contexto de pandemia.

Hace cinco meses paciente en estudio dermatológico por lesión cutánea a nivel de síntesis pélvica de 5,1x2,9cm. Se realiza resección completa y biopsia, informada como carcinoma indiferenciado, estudio inmunohistoquímico sugiere origen urotelial. Hace un mes paciente se compromete de conciencia, se realiza urocultivos y hemocultivos que resultan positivos para Escherichia coli multiresistente. Se inicia tratamiento antibiótico y estudio con tomografía computada de tórax y UOTC, pesquisando lesión hipercaptante en tercio medio del uréter izquierdo con adenopatías mediastínicas, y cistoscopia sin lesiones sospechosas. Se realiza ureteroscopia con hallazgo de lesión tumoral. La biopsia diferida informa carcinoma papilar de células uroteliales de alto grado, presentándose a comité oncológico para manejo paliativo.

DISCUSIÓN: Si bien la mayoría de los carcinomas uroteliales son vesicales, existe un porcentaje menor en uréter, por lo que una cistoscopia sin lesiones no es suficiente en el estudio de hematuria persistente. Además, dentro del contexto de crisis sanitaria, es importante tener un elevado índice de sospecha al enfrentar pacientes con estudios retrasados independiente de la especialidad médica.

Correo autor correspondiente: sebastianarroyo@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC12: Hidroureteronefrosis gigante como causa de dolor abdominal de larga data, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Hidroureteronefrosis Gigante como causa de dolor abdominal de larga data, a propósito de un caso

Autores: R. Cañas¹, A. Benítez¹, A. Bofill¹, R. Zilleruelo¹

¹. Interno Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

La hidroureteronefrosis gigante se define como una dilatación del sistema colector que contiene más de 1000 ml de orina en su interior. Es una enfermedad muy poco frecuente, habiendo menos de 500 casos reportados en la literatura. Presentamos el caso de un paciente de 38 años con único antecedente de hipertensión, que consulta por un cuadro de 6 años de evolución de dolor abdominal en flanco izquierdo asociado a aumento progresivo de volumen a nivel abdominal, sin otra sintomatología. Se realiza evaluación con TAC de abdomen y pelvis con contraste que evidencia gran hidroureteronefrosis unilateral izquierda de 30 por 20 cm de diámetro mayor que determina importante desplazamiento de las estructuras abdominales, asociado a múltiples cálculos ureterales siendo el mayor de 2.3 cm de diámetro. Se complementa estudio con parámetros inflamatorios y función renal, los cuales resultan sin alteraciones. Dado el gran compromiso renal, se realiza drenaje por vía endoscópica mediante la instalación de catéter doble J logrando diuresis de más de 5000 cc, evolucionando en forma favorable sin complicaciones posterior al procedimiento. El dolor abdominal de larga data es una presentación común de esta enfermedad, por lo que es relevante reconocerla para un diagnóstico y tratamiento precoz, con el fin de prevenir sus complicaciones a largo plazo, entre ellas, la muerte.

Correo autor corresponsal: rcanas1@uc.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC13: Pielonefritis xantogranulomatosa, forma atípica de pielonefritis crónica: Reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Pielonefritis xantogranulomatosa, forma atípica de pielonefritis crónica: Reporte de un caso

Autores: M Lagunas Pizarro¹, M Pereira Aguirre¹, P Tamayo Burgos¹, A Reyes Sánchez².

¹. Internos de medicina de la Universidad de Chile ². Residente de Urología Hospital San Borja Arriarán.

RESUMEN

Introducción:

La pielonefritis xantogranulomatosa (PNX) es una variante atípica de la pielonefritis crónica, que suele manifestarse en presencia de urolitiasis u obstrucción del tracto urinario. A nivel histológico, se observa destrucción progresiva del parénquima renal, siendo el tratamiento de elección la nefrectomía total o parcial según el grado de compromiso. El diagnóstico preoperatorio requiere complementar hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos. Dado su sintomatología inespecífica puede derivar en retrasos diagnósticos y errores terapéuticos, con altas tasas de morbimortalidad asociadas.

Caso clínico:

Mujer de 41 años, con antecedentes de ITU recurrente y múltiples litiasis renales bilaterales. Consulta por cuadro de dolor lumbar, fiebre y síntomas urinarios bajos. Al ingreso destaca urocultivo positivo para E. coli BLEE (+). Se diagnostica pielonefritis y se hospitaliza para tratamiento antibiótico. Reconsulta semanas después por cuadro de dolor lumbar, afebril. La ecografía renal muestra hidroureteronefrosis severa, gran dilatación urétero-pielica en riñón derecho, se instala catéter doble J bilateral con salida de piuria franca derecha. El escáner evidencia pielonefritis con colecciones corticales y colección en psoas. Se inicia ertapenem y se descarta tuberculosis renal. Al escáner de control, severa hidroureteronefrosis derecha, adelgazamiento cortical, contenido hipodenso homogéneo, cambios inflamatorios en grasa perirrenal y colección en psoas. Se concluye PNX y ante nula respuesta a manejo, se indica nefrectomía total derecha.

Discusión:

A pesar de los avances tecnológicos, la PNX sigue siendo un gran simulador tanto a nivel de imagen como histopatológico, imitando lesiones benignas y malignas, lo que conlleva problemas diagnósticos preoperatorios. Los hallazgos inespecíficos en la sintomatología, laboratorio e imagenología obligan a considerarla dentro del diagnóstico diferencial de otros procesos renales, como la tuberculosis renal, y el carcinoma de células claras. El reconocimiento de esta entidad y su manejo apropiado tienen un papel crucial en la disminución de las tasas de morbimortalidad asociadas.

Correo autor corresponsal: p.tamayoburgos@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

Ginecología y obstetricia





CC21: Qué sospechar ante una mastitis de difícil resolución: Mastitis granulomatosa idiopática

CASO CLÍNICO

Qué sospechar frente a una Mastitis de difícil resolución: Mastitis Granulomatosa Idiopática

Autores: Javiera Carstens Taub¹, Sofía Kaufmann Isensee¹, Javiera Cabello Cuéllar¹, Antonia Weibel Gallo¹

(¹) Alumnas de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

RESUMEN

Introducción: La Mastitis Granulomatosa Idiopática (MGI) es una enfermedad inflamatoria crónica benigna rara de la mama, que se caracteriza por una inflamación granulomatosa lobulocéntrica no caseificante. Presenta un curso prolongado y recurrente, principalmente en mujeres en edad reproductiva, con historia de lactancia o hiperprolactinemia. La incidencia es desconocida. Conocer su clínica e imágenes es fundamental para su diagnóstico diferencial.

Descripción del caso: Paciente femenino, 43 años, nulípara, con hiperprolactinemia por prolactinoma en tratamiento con cabergolina. Antecedentes de mastitis crónica granulomatosa de mama derecha desde hace 12 meses, tratada con prednisona 60 mg/día, sin respuesta significativa y metotrexato 15 mg una vez a la semana y ácido fólico por tres meses. Actualmente sólo en tratamiento con cabergolina. Hace 8 meses se agrega cuadro de eritema y mastalgia leve izquierda, asociado a aumento de volumen y consistencia focal. Síntomas y signos similares en mama derecha. Al examen físico, mama derecha aumentada de volumen con áreas eritematosas y una fistula cerrada. Mama izquierda presenta zona indurada eritematosa mal definida y fistula cerrada en piel. **Biopsia core:** concordante con MGI. Prolactinemia elevada. Ecografía mamaria: mama izquierda con dos colecciones líquidas y mama derecha con varias colecciones y dos trayectos fistulosos cutáneos. Se indica tratamiento con betametasona por 3 semanas. Vuelve al año con exacerbación del cuadro a izquierda, iniciándose tratamiento con prednisona, metotrexato, y drenajes semanales por punción de mama izquierda con guía ecográfica, lográndose remisión casi completa.

Discusión: El tratamiento de la MGI es controversial. Para casos refractarios se puede considerar el manejo quirúrgico, pero se asocia a recurrencias y necesidad de múltiples procedimientos. En el caso presentado, que es refractario, se utilizó drenaje percutáneo con aguja fina 19G con guía ecográfica en varias oportunidades, con una frecuencia semanal, lo que produjo mejora significativa, evitando la cirugía y sus complicaciones.

Correο autor corresponsal: jvcarstens@miuandes.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC22: ¿Qué es el síndrome en espejo? A propósito de un caso

CASO CLÍNICO

¿Qué es el síndrome en espejo? A propósito de un caso clínico

Autores: B. Zúñiga¹, J. Saavedra¹, D. Osorio¹, C. Almonacid¹

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

RESUMEN

Introducción al caso: El síndrome en espejo es infrecuente, pero grave. Es caracterizado por la triada de hidrops fetal, edema materno y placentario. Series internacionales reportan prevalencias de 5-29% en embarazos complicados con hidrops fetal. Sus etiologías son las del hidrops fetal inmune asociado a Rhesus y aquellas no-inmunes como malformaciones cardíacas (20%), aneuploidías e infecciones. Un 30% es idiopático. Su importancia clínica radica en su mortalidad, con 56% de mortalidad fetal y 90% de mortalidad neonatal. La morbilidad materna está asociada a complicaciones hipertensivas y hemorragia-postparto.

Descripción del caso y exámenes. Presentamos el caso de una primigesta de 26 años, cursando embarazo de 24 semanas. En control ecográfico rutinario se evidenciaba edema placentario, hidrops fetal con ascitis e hidrotórax severo, requiriendo 3 drenajes y una derivación toraco-amniótica. El estudio inicial con cariograma, serología infecciosa connatal y anemia fetal resultaron normales. Posteriormente, presentó crisis hipertensivas recurrentes asociadas a edema generalizado, y proteinuria sin otros criterios de severidad de preeclampsia, requiriendo manejo con antihipertensivos e interrupción del embarazo a las 31 semanas, con muerte del recién nacido.

Discusión del caso. El cuadro clínico materno se asemeja a la preeclampsia, dada la disfunción placentaria. Incluye edema (80-100%), hipertensión (57%-78%) y proteinuria (20-56%). Del laboratorio destaca la hemodilución, que permite diferenciarlo con la preeclampsia. El estudio está dirigido a la búsqueda de etiologías y complicaciones maternas susceptibles de tratar, siendo la ecografía clave en este proceso. Además de serologías para toxoplasma, citomegalovirus, parvovirus B19, estudio genético, y de anemia fetal. El tratamiento queda determinado por la causa del hidrops fetal, particularmente aquellas reversibles en estadios precoces. En nuestro caso no fue posible identificar etiología, probablemente por limitación de recursos.

Utilidad y conclusión El síndrome en espejo es una entidad compleja, requiriendo manejo en centros especializados y mayor estudio para su comprensión.

Correo autor corresponsal: benjaminzuniga@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC23: Consecuencias del síndrome de insuficiencia placentaria, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Consecuencias del síndrome de insuficiencia placentaria, a propósito de un caso

Autores: B. Araya¹, C. Cueto¹, C. Delgado¹, A. Gorigoitía¹.

¹ Licenciada en Medicina, Interna carrera de medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

RESUMEN

Introducción

La insuficiencia placentaria es la incapacidad de ésta para ejercer correctamente funciones de nutrición y protección, alterando la homeostasis fetal. El 5-12% de los embarazos tienen disfunción placentaria. Su causa se asocia a enfermedades maternas, fetales u ovulares que establecen un síndrome de deprivación fetal y en consecuencia, restricción del crecimiento fetal (RCF) o agotamiento de la reserva placentaria, aumentando la morbilidad perinatal.

Reporte de caso

Mujer de 45 años, multípara de 2 con cicatriz de cesárea por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y preeclampsia. Cursando embarazo de 28 semanas con síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) no proteinúrico. Derivada por RCF severo con doppler uteroplacentario y fetal alterado, artrogriposis, comunicación interventricular perimembranosa y vena cava superior izquierda persistente. Se hospitaliza para maduración corticoidal y vigilancia materno-fetal. Evoluciona a las 29 semanas con síntomas neurosensoriales, normotensa y movimientos fetales disminuidos, monitoreo fetal evidencia variabilidad mínima y desaceleraciones variables recurrentes. Se decide interrupción del embarazo vía alta, observando placenta y cordón friables. Recién nacido en cuidados UCI. Post parto sin complicaciones, paciente hemodinámicamente estable con evolución favorable.

Discusión

La insuficiencia placentaria es responsable del 80% de los casos de RCF. Otras etiologías corresponden al SHE en 40% y malformaciones congénitas en 30%. La insuficiencia placentaria además de ser la causa más frecuente de RCIU, también causa SHE, y se relaciona con la presencia de malformaciones congénitas, por lo que el factor común de estas es la patología placentaria. Lo anterior, enfatiza la gran diferencia respecto a embarazos sin insuficiencia placentaria que tienen menos riesgos de padecer estas complicaciones.

Conclusiones

El factor común de las complicaciones expuestas es la insuficiencia placentaria. Dado lo anterior, se requieren más investigaciones respecto a las causas y manejo de las placas anómalas y su implicancia en el desarrollo de complicaciones fetales con alta morbilidad para lograr mejores resultados obstétricos a futuro.

Correo autor corresponsal: barbaraarayagu@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC24: Embarazo molar completo: reporte de un caso

CASO CLÍNICO

EMBARAZO MOLAR COMPLETO: REPORTE DE UN CASO

Autores: V. Martínez¹, V. García¹, N. Morales¹, M. Escobar¹

¹: Internos de Medicina, Universidad de Talca, Hospital de Curicó

RESUMEN

El embarazo molar es parte de un grupo de enfermedades clasificadas como enfermedad trofoblástica gestacional (GTD), que se originan en la placenta y tienen el potencial de invadir localmente el útero y hacer metástasis. Se clasifica en completo y parcial originándose en el trofoblasto veloso y se caracterizan por vellosoidades coriónicas anormales con hiperplasia trofoblástica como consecuencia de la sobreexpresión de genes paternos. La presentación clínica de las molas completas es, niveles más altos de gonadotropina coriónica humana (hCG) acompañada de quistes de tecaluteínicos, hiperemesis gravídica, desarrollo temprano de preeclampsia e hipertiroidismo. Su diagnóstico es histológico. La importancia es su incidencia poco frecuente en nuestro país, descrita de 1 a 3 casos cada 1.000 embarazo.

CASO: Femenina de 30 años, multípara de 2, cursando embarazo de 9+2 semanas, consultó por cuadro de sangrado genital de aproximadamente 3 días de evolución, asociado a hipogastralgia con evacuación de coágulos. Al examen físico destacó metrorragia escasa y sensibilidad en hipogastrio. Ecografía en urgencias: útero ocupado por imagen en panal de abejas decidiéndose hospitalización con observación de mola completa para resolución quirúrgica. Dentro de exámenes preoperatorios destaca hCG de 29.487. Se decidió realizar aspiración manual endouterina, sin incidentes. En el postoperatorio evoluciona en condiciones estables, asintomática, con sangrado escaso, que posteriormente cesa. Dado evolución clínica favorable sin sangrados ni dolor, se decide egreso. Informe de biopsia mostró cisternas, con hiperplasia trofoblástica circunferencial extensa, con atipia citológica del trofoblasto. Hallazgos compatibles con Mola Hidatiforme, sugerente de tipo completa.

CONCLUSIÓN: Si bien la frecuencia de los embarazos molares es relativamente baja y son de carácter benignos, se consideran premalignas dado a su potencial de conversión siendo necesaria su diagnóstico y tratamiento oportuno. El reciente uso de hCG y ecografía transvaginal permiten facilitar su diagnóstico evitando complicaciones tardías.

Correo autor correspondiente: vickysmc.1995@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

Medicina interna





CC31: Hiperaldosteronismo primario como causa de hipertensión arterial secundaria, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Hiperaldosteronismo primario como causa de hipertensión arterial secundaria, a propósito de un caso.

Autores: S Loo Acosta¹, J Lyon Dubreuil¹, M Sandoval León¹, E Del Valle Hurtado¹

¹ Interno de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial (HTA), que se define como presiones mayores a 140/90 mmHg, es un problema de salud pública grave a nivel mundial. La HTA se clasifica en primaria y secundaria, siendo esta última a aquella que presenta una causa y es potencialmente reversible, corresponde al 10%. Se debe sospechar en pacientes jóvenes, con HTA refractaria, con síntomas como palpitaciones, diaforesis, entre otros. Una de las causas de HTA secundaria es el hiperaldosteronismo primario, siendo el adenoma productor de aldosterona una posible causa de este cuadro.

Presentación del caso: Paciente femenina de 37 años, con antecedente de (HTA) diagnosticada a los 19 años en tratamiento con espironolactona, amlodipino y carvedilol con mala respuesta con presiones sistólicas sobre 200 mmHg. Dado HTA severa refractaria, se realizan exámenes de causa secundaria en la que destaca un índice de actividad renina plasmática – aldosterona (ARP/PR) elevado. En este contexto se realiza scanner de abdomen en el que destaca imagen compatible con adenoma suprarrenal, por lo que se deriva a la paciente para suprarreñectomía izquierda.

Discusión: En este caso se observa la importancia de tener en cuenta las causas secundarias de hipertensión arterial, sobre todo si el debut es a una edad temprana o de difícil manejo. Se recomienda realizar tamizaje en pacientes seleccionados con índice de actividad renina plasmática – aldosterona. De confirmarse el diagnóstico el estudio inicial se realiza con una imagen de abdomen, para evaluar si es el paciente es candidato a cirugía. De no serlo, la primera línea de tratamiento médico es la espironolactona.

Conclusión: El hiperaldosteronismo primario es una causa importante de HTA secundaria. La utilidad del diagnóstico radica en que se disminuye el riesgo cardiovascular de los pacientes, se logra curar al 40% y el 60% restante logra disminuir la cantidad de fármacos hipotensores.

Correo autor corresponsal: jalyon@uc.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC32: Porfiria aguda intermitente: manifestaciones y manejo de sus crisis a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Porfiria aguda intermitente: manifestaciones y manejo de sus crisis a propósito de un caso.

Autores: P. Jameux Q.¹, M. Zamora M.¹

(¹) Interno(a) Medicina, Universidad de Chile. (²) Médico Internista, Hospital San Juan de Dios.

RESUMEN

La porfiria aguda intermitente (PAI) es una enfermedad genética poco prevalente, dada por una deficiencia parcial de función de la enzima porfobilinógeno deaminasa en el metabolismo del grupo hemo. Las crisis se dan principalmente en mujeres de edad fértil frente a estímulos que aumentan la producción hepática del grupo hemo. Sus manifestaciones principales son neurológicas, gastrointestinales e hiponatremia. Se diagnostica con elevación de porfirinas en orina y su manejo puede ser solo de soporte y carga de carbohidratos o con administración de hematina.

Presentamos el caso de una mujer joven con antecedente de PAI, que tras resfrío común consulta por dolor neuropático, alodinia y disminución de fuerza en extremidades inferiores asociado a dolor abdominal visceral. En exámenes sin trastornos hidroelectrolíticos, scanner de abdomen, pelvis y cerebro sin hallazgos patológicos además de porfirinas en orina elevadas.

Se manejó como crisis leve de PAI con analgesia, aporte de carbohidratos y vigilancia estricta de la natremia. Ante evolución con mala respuesta a opioides y extensión de neuropatía se decidió el uso de hematina logrando remisión de los síntomas.

Si bien la PAI es una enfermedad infrecuente, sus manifestaciones inespecíficas hacen que deba considerarse como diagnóstico diferencial de numerosos cuadros y que a su vez ante crisis deban descartarse siempre otros diagnósticos. Considerar los elementos gatillantes como estrés físico o psicológico y fármacos porfobilinógenos para prevenirlos es clave. El tratamiento con mayor evidencia es la hematina indicado en todo evento agudo pero que por su disponibilidad se reserva para pacientes con hiponatremia, gran necesidad de opioides y neuropatía persistente como en el caso de nuestra paciente.

La PAI es una enfermedad infrecuente con la que todo médico debería familiarizarse debido a su clínica inespecífica y variedad de diagnósticos diferenciales a considerar. Las crisis pueden prevenirse teniendo en cuenta factores estresores y medicamentos administrados.

Correo autor corresponsal: paulajameux@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC33: Síndrome de Evans con requerimientos transfusionales de emergencia: reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Síndrome de Evans con requerimientos transfusionales de emergencia: reporte de un caso

Autores: T Correa Madariaga¹, L Garcés González¹, J González Rivera¹, D Henríquez Bobadilla¹. C Madrid Oros²

¹: Interno/a de Medicina Universidad de Chile. ²: Médico Internista Hospital San Borja Arriarán.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Evans corresponde a las manifestaciones derivadas de la coexistencia de dos o más citopenias inmunitarias, con mayor frecuencia anemia hemolítica autoinmune (AHAI) por anticuerpos calientes y trombocitopenia inmunitaria primaria (TIP), pudiendo asociarse también a neutropenia. La administración de hematíes compatibles en AHAI es uno de los problemas más difíciles de la medicina transfusional, siendo relevante en la práctica médica sopesar el riesgo beneficio en casos donde la anemia atente contra la vida de estos pacientes.

Presentación: Comunicamos el caso de un hombre de 39 años, con un cuadro de una semana de evolución de hematuria macroscópica, ictericia y astenia progresiva, compatible con anemia hemolítica leve, manejado con corticoterapia ambulatoria y seguimiento por hematología. Evoluciona con disminución de capacidad funcional, fiebre, taquicardia e hipotensión; con exámenes que destacan: Hb 2.7, LDH 739 e hiperbilirrubinemia indirecta. Requiriendo manejo con cristaloides, noradrenalina y 2 unidades de GR, para lograr estabilidad hemodinámica y mejores parámetros perfusionales. Estudio destaca Coombs directo (+), IgG (+), C3d (-) y mielograma que informa hiperplasia eritroide y megacariocítica; compatible con el diagnóstico de AHAI por anticuerpos calientes. Evoluciona con compromiso cualitativo de conciencia, taquipnea y mala perfusión distal; Hb 2.1, LDH 1035, Lactato 20 y trombocitopenia. Pese al contexto de emergencia transfusional, el centro inicialmente considera escaso beneficio terapéutico considerando crisis hemolítica activa, planteando adecuación de esfuerzo terapéutico. Finalmente, es trasladado al Hospital San Borja Arriarán para tratamiento transfusional y plasmaféresis, obteniendo buena respuesta e iniciando Rituximab posterior a la estabilización.

Discusión: Este caso muestra una enfermedad autoinmune de muy baja incidencia, que se manifiesta como una anemia severa de riesgo vital, que pese a presentar hemólisis activa, logra sobrevivir debido a una transfusión oportuna.

Correo autor corresponsal: luzgarces@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC34: Linfoma de Hodgkin clásico de presentación atípica: Reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Linfoma de Hodgkin clásico de presentación atípica: Reporte de un caso

Autores: T Correa Madariaga¹, L Garcés González¹, J Ignacia González Rivera¹, D Alejandra Henríquez Bobadilla¹. C Salvador Madrid Oros²

¹: Interno/a de Medicina Universidad de Chile. ²: Médico Internista Hospital San Borja Arriarán.

RESUMEN

Introducción: El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) es una neoplasia linfoide monoclonal de células B con clínica e histopatología característica, que representa aproximadamente el 95% de los casos de linfoma de Hodgkin (LH). Su relevancia en la práctica médica radica en que, al ser una patología altamente curable, es necesario conocer sus distintas presentaciones clínicas para lograr un diagnóstico precoz.

Si bien existe una presentación típica del LHC, caracterizada por linfadenopatía supradiafragmática indolora lentamente progresiva, asociada o no a síntomas B, efecto de masa y/o prurito persistente; también se describen en la literatura presentaciones atípicas. El siguiente caso clínico se presenta por ser un debut atípico de LHC, en contexto de una hemorragia digestiva alta.

Presentación del caso: Hombre de 22 años, con antecedente de hospitalización por úlcera péptica en 2017. Consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por CEG, baja de peso significativa y epigastralgia de moderada intensidad, asociada a melena de 6 semanas de evolución. Previo al ingreso, presenta episodio de hematemesis. Al examen físico destaca hemodinámicamente estable y con mucosas pálidas. Se hospitaliza para estudio, destacando en el laboratorio una hemoglobina de 3 g/dL, que requirió transfusión. La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis evidencia múltiples adenopatías mediastínicas y abdominales. La endoscopía digestiva alta muestra una úlcera en la curvatura mayor estomacal, sin sangrado activo, fistulizada a colon transverso.

En contexto de síndrome linfoproliferativo, se biopsia adenopatía axilar izquierda, con resultado anatopatológico concordante con LH, con infiltración gástrica; metástasis hepáticas, esplénicas y renales.

Discusión: El LHC de presentación atípica es un desafío diagnóstico para la práctica médica actual. Debe sospecharse en contexto de hallazgos incidentales imagenológicos, a pesar de comprometer sistemas distintos a los clásicamente descritos, ya que el diagnóstico precoz permite un tratamiento oportuno, aumentando así significativamente la sobrevida.

Correo autor corresponsal: luzgarces@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC35: Poliserositis como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico: a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

POLISEROSITIS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Valenzuela Pérez, N.¹, Santibáñez Rebolledo, J.¹, Sánchez Zamora, J.¹, Vargas Jordán, F.¹

¹ Interno de Medicina Universidad San Sebastián.

RESUMEN

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune de etiología desconocida. Es una patología que causa una discapacidad física y funcional importante, con manifestaciones clínicas multisistémicas, siendo una ellas la serositis que se presenta en el 12% de los casos.

Caso clínico: Mujer de 28 años, sin antecedentes mórbidos consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por dolor torácico de inicio insidioso, disnea de moderados esfuerzos y sensación febril, sin otros síntomas asociados. Al ingreso se encontraba taquicárdica y febril. Se solicitan exámenes de laboratorio, ECG y un AngioTC de tórax. Dentro de sus exámenes destacaba una PCR elevada, enzimas cardíacas negativas, un ECG sin signos de isquemia. El AngioTC de tórax no tenía hallazgos sugerentes de TEP pero se pesquisó un derrame pericárdico, atelectasias subsegmentarias bilaterales, derrame pleural bilateral y escaso líquido libre intraabdominal. Por lo que se hospitaliza en medicina para estudio y manejo. Como estudio complementario se solicitan exámenes hematológicos y reumatólogicos en donde destacan linfopenia más anemia normocítica normocrómica no hemolítica asociado a parámetros inflamatorios elevados (PCR: 216 mg/dL, VHS: 149) y marcadores inmunológicos positivos (ANA >1/640, ACS A-DNA 297 Ud OMS/ml, Anti-Ro 83, Anti Sm 136, Anti Sm RNP 144). Dándole un puntaje EULAR/ACR 2019 para LES de 15. Es diagnosticada con LES con actividad moderada y se inicia terapia inmunosupresora con buena respuesta.

Discusión: Este caso ilustra la importancia de plantearse diferentes diagnósticos diferenciales en el dolor torácico asociado a disnea y taquicardia en periodo de pandemia, destacando la importancia de una historia clínica detallada en complemento de exámenes de laboratorio e imagen para diagnosticar de manera temprana y eficaz enfermedades autoinmunes tales como el LES.

Correo autor corresponsal: Nicolasvalenzuela18@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC36: Encefalopatía hiperamonémica no cirrótica en adulto, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

ENCEFALOPATÍA HIPERAMONÉMICA NO CIRROTICA EN ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: C. Solís¹, D. Platoni¹, F. Forner¹, M. Rondanelli¹

(¹) Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, Chile

RESUMEN

La hiperamonemia no cirrótica (HNC) en adulto es una enfermedad metabólica poco conocida, caracterizada por niveles elevados de amonio en ausencia de alteraciones hepáticas. Su etiología forma parte de múltiples trastornos tanto congénitos como adquiridos, destacando las alteraciones metabólicas del ciclo de la urea. La sintomatología principal es neurológica debido al efecto neurotóxico del amonio.

El caso, masculino de 40 años con antecedente de enfermedad infiltrativa cardiaca, síndrome nefrótico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis trisemanal. Consulta por compromiso de conciencia, última diálisis hace una semana. Al examen, destacó apertura ocular espontánea, no sigue órdenes, localiza dolor, temblor de extremidades y asterixis. Laboratorio destaca falla renal e hiperamonemia (496 umol/L). Perfil bioquímico, electrolitos, cetonemia y punción lumbar normal. Tomografía de abdomen y serología descartaron causa hepática. Electroencefalograma informó lentitud continua y generalizada delta, descargas trifásicas de aspecto metabólico, sin actividad irritativa, patrón característico de encefalopatía metabólica. Resonancia cerebral normal. Se inició diálisis continua con buena respuesta, sin embargo, tras ajuste a terapia trisemanal presentó estatus epiléptico concordante con hiperamonemia. Estudio de trastorno genético de alteración del ciclo de la urea pendiente por falta de disponibilidad. Evoluciona favorablemente con terapia dialítica día por medio.

La hiperamonemia en adulto considera la cirrosis como etiología principal, dentro de las no cirróticas existen hematológicas, infecciosas y farmacológicas, que en este caso fueron descartadas. Sin embargo, es fundamental considerar el defecto de las enzimas del ciclo de la urea, afectación de tipo genética autosómica recesiva, a excepción de la deficiencia de la ornitina trasncarbamilasa que es ligada al cromosoma X, pudiendo ser responsable de presentación tardía en hombres con alguna función residual de la enzima, altamente probable en este caso.

Esta patología requiere alto índice de sospecha y descartar un amplio espectro de diferenciales, lo que se dificulta dada la poca disponibilidad de exámenes específicos.

Correo autor corresponsal: c.solis.end@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC37: Insuficiencia cardíaca aguda severa en paciente joven, reporte de un caso

CASO CLÍNICO

INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA SEVERA EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE UN CASO.

Autores: D. Picó^{1,2}, J.Rivera^{1,2}, R. Funes^{1,2}, C.Garib^{1,2}

¹- Interno/a 7mo año, Universidad de los Andes, Santiago, Chile ²- Council of Students American College of Physicians Chile Chapter.

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) aguda, se define como la presentación de signos y síntomas de disfunción ventricular. El diagnóstico es clínico. La IC aguda se puede presentar como una descompensación de una IC crónica, como primer episodio en un paciente sin disfunción cardiaca conocida y como IC avanzada refractaria. Se puede clasificar usando la escala de Killip-Kimball, validada en IC aguda de nueva presentación. Menos del 5% de los casos se presentan en pacientes jóvenes.

Objetivo: Discutir el enfrentamiento de la IC aguda a propósito de un caso clínico de un paciente joven con insuficiencia cardiaca aguda descompensada severa.

Caso clínico: Paciente masculino de 31 años con antecedentes de policonsumo. Consulta al Servicio de Urgencia por disnea de esfuerzo progresiva de dos semanas de evolución, disnea paroxística nocturna, ortopnea, síntomas vegetativos y disminución de capacidad funcional. Al examen físico de ingreso destacaba PA 158/58, FC: 52 lpm Sat 89%, yugulares ingurgitadas, soplo holosistólico, crepitaciones bilaterales, edema de extremidades inferiores. Al estudio inicial ECG: taquicardia sinusal, extrasístoles ventriculares. ProBNP 8885, troponinas: 87.3, Creatinina 0.76. Rx Tórax: con signos de congestión pulmonar. Ecoscopia: con FEVI de 15%, VI dilatado con hipocinesia difusa. Ecocardiograma transesofágico: válvula aórtica bicúspide sin raffe, reflujo excéntrico severo. Recibe terapia depleativa, inótropos, VMNI, y realizándose cirugía de reemplazo valvular, con alto riesgo de trasplante cardiaco futuro.

Discusiones y Conclusión: La insuficiencia cardíaca aguda, es una patología grave, con una mortalidad elevada. En un paciente joven o sin comorbilidad significa un desafío diagnóstico, siendo importante la anamnesis y examen físico para sospecharla. Las causas más frecuentes son: miocardiopatías, valvulopatías, infección por VIH y cocaína. La aorta bicúspide es una cardiopatía congénita presente en un 1-2% de la población. El 30% desarrolla alguna complicación, siendo extremadamente inusual qué se presente como una insuficiencia cardiaca aguda.

Correo autor corresponsal: dpico@miuandes.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC38: Diagnóstico de infarto de miocardio en paciente con bloqueo de rama izquierda y criterios de Sgarbossa negativos: a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Diagnóstico de infarto de miocardio en paciente con bloqueo de rama izquierda y criterios de Sgarbossa negativos: a propósito de un caso

Autores: G. Sandoval¹, I. Reyes¹, R. Manríquez¹, C. Schnettler¹, M. Sued²

(¹) Interno/a de Medicina de séptimo año, Universidad Diego Portales. (²) Médico Cirujano, Especialista en cardiología, Hospital Santiago Oriente

RESUMEN

Introducción: El infarto agudo al miocardio (IAM) es un diagnóstico frecuente e importante en los servicios de urgencias, que se presenta con distintas manifestaciones clínicas y electrocardiográficas. Para poder esclarecer este diagnóstico en casos especiales, como el bloqueo de rama izquierda (BCRI), se usan los criterios de Sgarbossa modificados, los cuales tienen una alta sensibilidad.

Presentación del caso clínico: En esta ocasión se presentará el caso de una mujer de 67 años con antecedente de HTA y dos IAM previos, quien es llevada al servicio de urgencias por cuadro súbito de mareos, presión arterial de 240/94 mmHg y episodio sincopal seguido por compromiso cualitativo de conciencia. Se realiza electrocardiograma que informa BCRI, sin signos de isquemia aguda, con criterios de Sgarbossa negativos. Ingresa a sala para manejo de crisis hipertensiva y estudio de sícope y compromiso de conciencia. Se completa estudio con ecocardiograma transtorácico con hallazgo de motilidad global disminuida e hipokinesia anteroapical (diferente a ecocardiograma previo tras IAM, que informaba akinesia inferobasal) y holter de ritmo que informó ritmo sinusal con extrasístoles ventriculares frecuentes aisladas. Evoluciona con resolución de crisis hipertensiva, sin nuevos episodios de sícope, y con estudio completo de compromiso de conciencia por lo que se decide alta hospitalaria con manejo médico de arritmia y HTA.

Discusión y conclusión: Ante todo caso en el que se sospeche o quiera descartar un IAM y exista un BCRI con criterios de Sgarbossa negativos se debe proceder a la toma de marcadores de daño miocárdico, idealmente troponinas, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Correo autor correspondiente: gustavo.sandoval@mail_udp.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC39: Hiponatremia severa secundaria a consumo de MDMA, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Hiponatremia severa secundaria a consumo de MDMA, a propósito de un caso

Autores: A.Bofill¹, R. Zilleruelo¹, R. Cañas¹, A. Benítez¹.

¹. Interno Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESUMEN

La Hiponatremia se define como un nivel de sodio plasmático < 135 mEq/L, que afecta a alrededor de 30% de los pacientes hospitalizados (¹). En la mayoría de los casos es ocasionada por un exceso de agua libre en el medio extracelular. Es causa de múltiples complicaciones siendo una de las más temidas la Encefalopatía Hiponatrémica la cual es causada por un influjo de agua libre hacia el interior de la célula, llevando a edema cerebral y encefalopatía. La Encefalopatía hiponatrémica generalmente se presenta como un efecto no deseado ante un exceso de administración de fluidos hipotónicos o el uso de algunos fármacos como Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) o Fármacos Anti-Epilepticos (FAE). Una causa emergente de esta patología es por el uso recreativo de la droga MDMA (3,4- Metilendioximetanfetamina), también conocida como “Éxtasis”. Si bien esta asociación es conocida, pocos casos de Encefalopatía Hiponatrémica secundaria al consumo de esta sustancia han sido reportados en la literatura. A continuación presentamos el caso de una paciente de 33 años, sin antecedentes mórbidos previos que se presenta al servicio de urgencias con compromiso de conciencia luego de primo consumo de MDMA con fines recreacionales. En los exámenes de ingreso destaca una Natremia de 115 mEq/L, con un TC de Cerebro normal. La paciente fue tratada con suero hipertónico, logrando normalizar la natremia y evolucionar con resolución del cuadro sin secuelas. Es importante conocer la existencia de esta complicación debido al aumento en la prevalencia del consumo de esta sustancia y las graves y potencialmente reversibles consecuencias que puede presentar.

Correo autor corresponsal: agbofil@uc.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC40: Abordaje y enfoque diagnóstico del síndrome malabsortivo de causa multifactorial: a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Abordaje y enfoque diagnóstico del Síndrome Malabsortivo de causa multifactorial: a propósito de un caso

Autores: M Lagunas Pizarro¹, M Pereira Aguirre¹, P Tamayo Burgos¹, F Matamala Gonzalez².

¹: Interno de Medicina, Universidad de Chile ²: Médico Internista, Universidad de Chile

RESUMEN

Introducción: El síndrome malabsortivo engloba varios trastornos, que involucran alteración en la digestión y/o absorción de nutrientes. La clínica depende de la superficie del intestino afectado y la fisiopatología involucrada, determinando déficits nutricionales junto a la clínica asociada. Si se presentan múltiples comorbilidades o ineficaz respuesta al tratamiento, se debe considerar la posibilidad de una etiología multifactorial.

Caso Clínico: Mujer de 70 años, con antecedentes de bypass gástrico y colecistectomía. Consulta por cuadro de dolor epigástrico urente, EVA 8/10, en relación a comidas, asociado a cuadro diarreico persistente, con heces voluminosas, esteatorrea, vómitos alimentarios, pirosis, distensión abdominal y baja de peso. El estudio impresiona con hallazgos de hernia hiatal, hipoalbuminemia, déficit de vitamina D, ferropenia e hipogammaglobulinemia. Se plantea Síndrome Malabsortivo, con manejo nutricional y sintomático sin respuesta.

Actualmente consulta por edema bilateral de extremidades inferiores secundario a radioterapia por cáncer endometrial, y desnutrición proteica severa. Se realiza estudio con colonoscopía, endoscopia digestiva alta, escáner de abdomen y pelvis con contraste, sin hallazgos. Anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomisio negativos, y elastasa fecal disminuida que sugiere insuficiencia pancreática exocrina, se maneja con enzimas pancreaticas exógenas con escasa respuesta, por lo que se plantea etiología multifactorial y se amplia estudio.

Correo autor corresponsal: maximilianolagunas@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC41: Púrpura trombocitopénico trombótica en debut de VIH: reporte de un caso

CASO CLÍNICO

Púrpura trombocitopénica trombótica en debut de VIH: reporte de caso

Autores: D. Chureo¹, I. Santelices¹, G. Palomino¹, C. Pozo¹

(¹) Interno/a de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN

Introducción: La Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una microangiopatía trombótica infrecuente pero grave. La infección por VIH es una causa secundaria de PTT con fisiopatología poco conocida. Es más común en pacientes con control virológico deficiente que en pacientes con supresión viral. La PTT clásica se asocia a una actividad reducida de ADAMTS 13 desde el nacimiento o posterior al desarrollo de anticuerpos, pero en la infección con VIH se propone como principal mecanismo la disfunción endotelial por inflamación crónica y activación del complemento. Este reporte de caso tiene como objetivo orientar la sospecha diagnóstica de un PTT asociado a VIH para optimizar su manejo.

Caso clínico: Paciente de 28 años inicia el ciclo menstrual con sangrado vaginal que aumenta de cuantía a los 3 días con coágulos abundantes asociándose posteriormente sangrado de encías, compromiso de conciencia cualicuantitativo y bradipsiquia, por lo que consulta. En el examen físico destaca somnolienta y taquicárdica. En exámenes de laboratorio iniciales destaca Hemoglobina 6.7 g/dL, leucocitos 8.930/mm³, plaquetas 7.000/mm³ y frotis de sangre con esquistocitos de regular cantidad. Se hospitaliza y es evaluada por hematología por anemia hemolítica microangiopática con test de Coombs (-) con trombocitopenia asociado a pruebas de coagulación normales. Se realiza el diagnóstico de PTT manejándose con Dexametasona y 6 sesiones de plasmaféresis. Se rescata serología VIH reactiva (CD4 89- carga viral 130.000 copias) y se inicia TARV en contexto de debut C3.

Discusión: La PTT asociada a VIH se asocia a morbilidad y mortalidad significativa cuando no se trata adecuadamente. Aunque la presentación clínica y de laboratorio es heterogénea, el diagnóstico correcto es esencial para otorgar un tratamiento adecuado. El inicio temprano de plasmaféresis es efectivo y el comienzo de la TARV es fundamental para prevenir la recaída de la PTT.

Correo autor corresponsal: daniela.chureo@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC42: Síndrome diabético agudo mixto como debut de diabetes mellitus II, a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Síndrome diabético agudo mixto como debut de diabetes mellitus II, a propósito de un caso.

Autores: I. Santelices¹, G. Palomino, C. Pozo¹, D. Chureo¹

(¹) Internos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) y el síndrome hiperglicémico hiperosmolar (SHH) corresponden a emergencias hiperglicémicas, siendo complicaciones graves en pacientes con diabetes mellitus o una forma de debut de esta enfermedad. Pese a que ambas condiciones son entidades clínicas distintas, pueden coexistir en aproximadamente un 30% de los pacientes, siendo de peor pronóstico.

Descripción: Paciente masculino de 69 años con antecedente de hipertensión arterial, insulino resistencia y obesidad. Refiere cuadro de un día de evolución de dolor abdominal difuso y mal caracterizado asociado a náuseas y vómitos, seguido de compromiso de conciencia cuantitativo por lo que es llevado a servicio de urgencias. Ingresa en regulares condiciones generales con Glasgow Score 13 puntos, bien perfundido, normotenso, taquicárdico y afebril. Al examen físico se describe con signos de deshidratación e hiperinsulinismo. En laboratorio destaca glicemia capilar 983 mg/dL, hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 13.9%, pH 7.26, bicarbonato 14 mEq/L, acidosis metabólica con anión gap elevado, cetonemia capilar >9.6 mmol/L y cetonuria, cálculo de osmolaridad plasmática de 374 mOsm/kg, creatinina 4.02 mg/dL y nitrógeno ureico 38 mg/dL. Se manejó como síndrome diabético agudo con injuria renal aguda asociada, con aporte de solución salina y corrección de hiperglicemia con insulina, con respuesta favorable.

Discusión: Este paciente presentó un estado mixto de CAD y SHH como debut de su enfermedad. Por un lado, glucosa elevada y osmolaridad plasmática elevada como criterios de SHH, y cetosis con pH y bicarbonato bajo como criterios de CAD, en contexto de insulinorresistencia y HbA1c elevada. La presentación simultánea de CAD y SHH se asocia a mayor gravedad dada la mayor profundidad de las alteraciones hidroelectrolíticas y mayor riesgo de edema cerebral, requiriendo una corrección cuidadosa.

Correo autor corresponsal: isabellasantelices@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

Neurología





CC51: Foramen oval permeable y embolia paradojal, reporte de un caso

CASO CLÍNICO

FORAMEN OVAL PERMEABLE Y EMBOLIA PARADOJAL REPORTE DE UN CASO

Autores: M Pincetti Sauterel¹, J Pincetti Sauterel², P Salvadores Viertel³, P García Figueroa⁴

¹ Interno Medicina Universidad de los Andes ² Alumna Medicina Universidad de los Andes ³ Alumna Medicina Universidad Mayor ⁴ Neuróloga Hospital Hernán Henríquez Aravena

RESUMEN

El foramen oval permeable (FOP) es una estructura de comunicación entre los atrios, que es normal durante el período fetal y suele cerrarse después del nacimiento en la mayoría de las personas. Sin embargo, en alrededor del 25% de la población adulta permanece patente. La mayoría de estos casos son asintomáticos y no tienen mayor riesgo de ictus isquémico, sin embargo hay algunos casos descritos con pacientes que presentan trombosis venosa extracraneal más FOP y posterior embolización sistémica; por lo tanto, la embolización paradójica (a través del FOP) podría ser una condición explicativa de la embolización en el sistema arterial. Ha habido una asociación plausible entre la presencia de FOP y eventos isquémicos cerebrales criptogénicos. Presentamos el caso de una mujer de 53 años sin patología previa que consultó en neurología por un cuadro de amnesia global transitoria. La búsqueda de la etiología demostró un FOP con abundante paso de burbujas en forma espontánea.

Correo autor corresponsal: mipincetti@miuandes.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC52: Neuro-Sjögren: una paradoja clínico radiológica con afectación del sistema nervioso central

CASO CLÍNICO

Neuro-Sjögren: una paradoja clínico-radiológica con afectación del sistema nervioso central.

Autores: E. Villa¹, C. Guevara²

¹ Interno de medicina. Facultad de medicina, Universidad de Chile. ² Departamento de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

RESUMEN

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la infiltración linfocítica crónica de glándulas exocrinas, con síntomas característicos como xeroftalmia y xerostomía. Entre los pacientes con SS primario, el 5% presenta compromiso del sistema nervioso central, también llamado síndrome de neuro-sjögren.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años que debutó con un cuadro neurológico de dolor urente en extremidades, seguido de pérdida visual derecha, que luego del estudio fue diagnosticada con fibromialgia y neuritis óptica, y tratada con inmunosupresores, logrando resolución clínica completa. Trece años después consulta por reaparición del dolor, asociado a pérdida severa de equilibrio, xeroftalmia y xerostomía. La resonancia magnética (RM) mostró anormalidades de los núcleos basales, el estudio inmunológico fue normal y se vieron leucocitos en el líquido cerebro-espinal de predominio mononuclear. La prueba de Schirmer resultó negativa, por lo que se tomó una biopsia de glándula salival, la cual mostró hallazgos consistentes con SS.

La paciente recibió inmunosupresores logrando mejoría clínica, pero las lesiones a la RM progresaron, por lo que fue tratada con rituximab, mostrando una buena evolución y estabilización de las lesiones en sustancia gris.

El SS es una enfermedad autoinmune sistémica que puede debutar con compromiso del SNC. El laboratorio sirve para orientar el diagnóstico, pero la ausencia de anti-SSA y anti-SSB no lo descartan. Si bien puede presentar una buena respuesta clínica a inmunosupresores, esta podría no correlacionarse con la progresión radiológica. La terapia biológica con rituximab podría ser una buena alternativa para el tratamiento de SNS severo.

Correo autor corresponsal: eduardo.villa.u@gmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC53: Epilepsia de inicio tardío secundaria a malformación arteriovenosa en paciente adulto

CASO CLÍNICO

Epilepsia de inicio tardío secundaria a malformación arteriovenosa en paciente adulto

Autores: M Pérez Rodríguez¹. P Ortiz Cea¹

¹. Interno/a de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

Se denomina epilepsia de inicio tardío (EIT) a aquella que inicia luego de los 15 años. Las malformaciones arteriovenosas (MAVs) comprenden entre el 1,5% al 4% de las lesiones intracraneales y presentan síntomas asociados a hemorragia, siendo la forma de presentación más común. Su segunda forma de manifestación más frecuente es la epilepsia.

Se trata de un paciente hombre de 30 años, con antecedente de obesidad y tabaquismo activo. Presenta cuadro de inicio ictal, caracterizado por dos episodios convulsivos tónico-clónicas generalizados, los cuales ceden de manera espontánea. Es llevado al Servicio de Urgencias, donde presenta nuevamente episodios convulsivos con post-ictal prolongado, por lo que se realiza carga de fenitoína, y una vez estabilizado TC de cerebro sin contraste. Frente a imagen hiperdensa parietal izquierda, se realiza AngioTC de cerebro que muestra imagen compatible con MAV cortico-glial frontoparietal Spetzler-Martin-1, sin signos de sangrado agudo. Evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios convulsivos, es dado de alta con controles ambulatorio, por neurología y neurocirugía.

Las MAVs son poco prevalentes, sin embargo, pueden desarrollar complicaciones que limiten la funcionalidad, y por ende la calidad de vida de los pacientes, como es el caso de la epilepsia. El tratamiento quirúrgico es controversial, dado que existe mayor riesgo de desarrollar epilepsia en comparación a aquellos manejados de manera conservadora, por lo que, la indicación de cirugía se evalúa caso a caso. Se ha observado que pacientes con MAV no operados, que presentaron epilepsia como primera manifestación clínica, tienen un menor riesgo de presentar hemorragia a futuro. Se debe considerar que el paciente presenta una clasificación Spetzler-Martin de 1 punto, lo cual predice un riesgo bajo de déficit neurológico postquirúrgico y poca tasa de complicaciones.

Correo autor correspondiente: Marcelaperez@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC54: Encefalopatía hipóxico-isquémica en contexto de hemodiálisis

CASO CLÍNICO

Encefalopatía hipóxico - isquémica en contexto de hemodiálisis

Autores: Antje Holz¹, Isabella Giovine¹, Matías Acevedo¹, José Ortuya²

(¹) Internos medicina, Universidad de Valparaíso, Sede San Felipe. (²) Neurólogo, Hospital San Camilo.

RESUMEN

Introducción La encefalopatía hipóxico isquémica es producida por la falta de oxígeno y de flujo sanguíneo en el encéfalo por diversas etiologías, generando finalmente una lesión selectiva de capas neuronales corticales o un daño generalizado de toda la corteza cerebral, núcleos profundos y cerebelo.

Presentación caso Paciente masculino de 51 años con antecedentes de Diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Durante hemodiálisis presenta cuadro súbito de plejia braquial derecha y paresia izquierda proximal M4. Ingresa a Urgencias con cuadro de 1 hora y 20 minutos de evolución, realizándose TC de cerebro sin hallazgos patológicos. En sospecha de Ictus Isquémico se realiza trombolisis endovenosa con Alteplase. Paciente evoluciona sin mejoría de focalidad. RM de cerebro a las 24 horas de evolución se informa como “Compromiso isquémico reciente prerrolándico bilateral y cerebeloso, con alteraciones de la perfusión cerebral periférica. Hallazgos que pudieran estar en contexto de encefalopatía hipóxico-isquémica”. Durante la hospitalización presenta 3 crisis motoras focales derechas, manejadas con antiepilepticos, obteniendo buena respuesta. Por cuadro clínico y RM se sospecha cuadro de encefalopatía hipóxica-isquémica secundaria a hipotensión durante hemodiálisis.

Discusión La encefalopatía hipóxico-isquémica se observa luego de largos períodos de hipoxia cerebral como cuadros de asfixia, envenenamiento por monóxido de carbono o paro cardiorespiratorio. Estudios correlacionan la hemodiálisis con isquemia cerebral, alteraciones en la sustancia blanca y déficit cognitivos a largo plazo, sin embargo no existen reportes de encefalopatía hipóxico isquémica como consecuencia de sesiones de hemodiálisis. Los hallazgos imagenológicos hacen plantear una etiología múltiple dentro de los que se debe incluir una posible hipotensión o disfunción vascular.

Conclusión Si bien la encefalopatía hipóxico-isquémica clásicamente se considera en pacientes sometidos a largos periodos de hipoxia, debe ser un diagnóstico a considerar en pacientes bajo hemodiálisis y focalidad neurológica aguda.

Correo autor corresponsal: antje.holz@alumnos.uv.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC55: Enfermedad de Moya-Moya como causa atípica de compromiso neurológico en urgencias: a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Enfermedad de Moya-Moya como causa atípica de compromiso neurológico en urgencias: a propósito de un caso

Autores: I. Cruz¹, C. Falcone¹, T. Torres¹, M. Lattes²

¹. Interno 7º año de medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile ². Estudiante de 5º año de medicina, Universidad de los Andes, Santiago de Chile

RESUMEN

La enfermedad de Moya-Moya (EMM) es una patología cerebrovascular crónica, de etiología desconocida¹, caracterizada por estenosis u oclusión progresiva en la porción terminal de la arteria carótida interna y sus ramas proximales, con la consiguiente formación anormal de vasos colaterales². Esta patología es más predominante en el este asiático, donde es la enfermedad cerebrovascular más común en pediatría. Su manifestación clínica puede darse al complicarse con accidentes cerebrovasculares (ACV) isquémicos (que pueden ser transitorios) y/o hemorrágicos, con síntomas dependiendo del territorio afectado. Se presenta el caso de una mujer de 43 años, sin antecedentes médicos, que consulta por cuadro de 24 horas de leve paresia en ambas extremidades superiores y disartria. Sin otros síntomas asociados. Y al examen neurológico sin alteraciones. Se toma una resonancia magnética con protocolo stroke que informa estenosis suboclusiva de M¹ derecha, falta de representación de arteria cerebral media izquierda, prominencia de arteria meníngea izquierda y arteria cerebral posterior izquierda, sin evidencia de lesiones hemorrágicas o isquémicas. Se complementa con Angiotomografía computada de cerebro y vasos de cuello. Hallazgos en ambas imágenes compatibles con vasculopatía de Moya-Moya. Se hospitaliza para observación, donde hace nuevos episodios autolimitados de disartria y luego de 72 horas es evaluada por neurología y dada de alta en buenas condiciones con terapia antiagregante y seguimiento por especialidad. Si bien la EMM es una patología poco frecuente en América. Es importante conocer cuándo sospecharla. El hallazgo característico a la angiografía es el patrón en “humo de cigarrillo” que es consecuencia de la formación anormal de arterias colaterales. Esta patología se debe considerar como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con bajo riesgo cardiovascular que presentan déficit neurológico agudo. El diagnóstico es principalmente imagenológico y el saber diagnosticarla permite hacer un seguimiento oportuno de estos pacientes para evitar complicaciones severas de esta enfermedad.

Correo autor corresponsal: itcruz@miuandes.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC56: Displasia fibromuscular intimal focal “Web Carotídeo” como causa infrecuente de accidente cerebrovascular isquémico agudo

CASO CLÍNICO

Displasia fibromuscular intimal focal “Web Carotídeo” como causa infrecuente de Accidente Cerebro Vascular isquémico agudo: Presentación de un caso.

Autores: L. Rojas¹ C. Hilcker¹ C. Reyes¹ C. Gorrini²

¹Interno de medicina, Universidad de Chile ²Interna de medicina, Universidad de Chile

RESUMEN

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) es un problema de salud pública relevante. El origen más frecuente es del tipo isquémico. Dentro de dicho grupo existen causas infrecuentes donde se encuentra la displasia fibromuscular (DFM), una arteriopatía no inflamatoria no aterosclerótica que afecta las arterias renales y carótidas internas, que se manifiesta como un defecto intraluminal favoreciendo la creación de trombos que pueden provocar ACV y accidentes isquémicos transitorios (TIA) recurrentes sobretodo en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular. Se expone el caso de un hombre de 37 años con antecedentes de ACV isquémico transitorio, que consulta por un cuadro de síndrome piramidal agudo en hemicuerpo izquierdo. En el estudio imagenológico con TC de cerebro se evidencia un infarto frontoparietal derecho y en el AngioTC de vasos cervicales se visualiza una membrana en el segmento proximal de la Arteria carótida interna (ACI) derecha, sugerente de “web carotídeo” por lo que se maneja con instalación de un Stent carotídeo y antiagregación.

Se discute la relevancia de considerar esta etiología dentro del diagnóstico diferencial de ACV isquémico en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular.

Correo autor corresponsal: luisrojas@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC57: Hemorragia subaracnoidea por probable angiopatía amiloide cerebral: a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA POR PROBABLE ANGIOPATÍA AMILOIDE CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: C. Gorrini¹, C. Hilker², C. Reyes², L. Rojas²

(¹) Interna de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile (²) Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

La hemorragia subaracnoidea (HSA) es el sangrado en el espacio entre la aracnoides y la piamadre, donde normalmente fluye el líquido cefalorraquídeo. El cuadro clínico se caracteriza por cefalea de inicio ictal, e incluso dependiendo de la etiología, manifestaciones sensitivas o motoras transitorias. Dentro de las causas no traumáticas y no aneurismáticas, se encuentra la angiopatía amiloide cerebral (AAC). Esta última se trata de una amiloidosis localizada específicamente en encéfalo, depositando péptido beta amiloide en la pared de vasos de pequeño a mediano calibre en cerebro y leptomeninges. La AAC en adultos de edad avanzada constituye una causa importante de hemorragia cerebral lobar y de HSA, siendo poco frecuente la cefalea y presentándose principalmente focalidades neurológicas transitorias. En cuanto a la HSA, su localización suele ser en los surcos corticales de la convexidad de los hemisferios cerebrales y el diagnóstico se basa en los criterios de Boston a partir de hallazgos imagenológicos o anatómopatológicos. Esto es relevante a la hora de definir pronóstico, ya que esta condición presenta alto riesgo de recurrencia y aún no existe tratamiento específico. A propósito, se presenta el caso de una mujer de 89 años, que consulta en el servicio de urgencias por historia de cinco días de episodios paroxísticos de parestesias faciobraquiales derechas autolimitadas, que evoluciona con hipoestesia en misma ubicación y compromiso de conciencia cualitativo. Como estudio inicial se solicita angiotomografía computada (AngioTC) de cerebro que muestra HSA de la convexidad frontal izquierda no traumática, sin malformaciones aneurismáticas. Se inician medidas neuroprotectoras y fármacos antiepilepticos, evolucionando sin nuevas focalidades neurológicas. Se amplía estudio con estudios de laboratorio reumáticos e inmunológicos negativos, y resonancia magnética (RM) de cerebro, impresionando probable AAC. Dado evolución favorable, se decide alta hospitalaria, medidas de neuroprotección y seguimiento por Neurología.

Correo autor corresponsal: carlagorrini@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.

Pediatria





CC61: Síndrome febril prolongado como presentación de osteomielitis tuberculosa en paciente pediátrico

CASO CLÍNICO

SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO COMO PRESENTACIÓN DE OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: J. Campos¹, M. Carrasco¹, C. Weldt¹

(¹) Interna Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile

RESUMEN

El síndrome febril prolongado (SFP) en niños constituye un desafío diagnóstico y una causa importante de ansiedad en los padres y equipo de salud tratante, necesitando muchas veces hospitalizaciones prolongadas y realización de múltiples exámenes complementarios ante la incertidumbre diagnóstica. Sus principales etiologías varían según la epidemiología local, sin embargo dentro de los estudios epidemiológicos destacan en prevalencia las causas infecciosas, seguidas de las neoplásicas y en tercer lugar las reumatológicas. Además, es frecuente que se trate de patologías comunes pero de presentación atípica.

Se presenta el caso de una paciente pediátrica de 5 años de edad, sin antecedentes médicos de relevancia, que consulta en el servicio de urgencias con un cuadro de una semana de evolución de dolor en zona lumbar y pierna derecha posterior a caída de altura, tras lo que posteriormente inicia con fiebre hasta 39 °C. Sin hallazgos en el examen físico. Al ingreso, destacan radiografías sin alteraciones y parámetros inflamatorios elevados (PCR: 270.2 mg/L y leucocitosis con neutrofilia). Se ingresa paciente para continuar estudio de SFP. Tras múltiples estudios complementarios sin resultados convincentes y persistencia de fiebre, se decide toma de resonancia nuclear magnética (RNM) contrastada con galodinio que informa: lesiones óseas de aspecto inflamatorio en T9, L5 y apófisis espinosas dorsales sin evidencias de compromiso osteolítico, sugiriendo origen granulomatoso, por lo que se decide posteriormente toma de biopsia ósea con resultado de osteomielitis granulomatosa tuberculosa.

Las formas óseas de tuberculosis, representan alrededor de un 12% de las formas extrapulmonares de la enfermedad y se originan generalmente por diseminación hematogena en el momento de la bacteriemia inicial. En la mayoría de los casos el foco primario es pulmonar.

Si bien los avances en la vacunación han disminuido notablemente las tasas de tuberculosis, la epidemiología muestra que estamos lejos de erradicar la enfermedad aún.

Correo autor corresponsal: catalina.weldt@ug.uchile.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC62: Litiasis biliar como complicación de esferocitosis congénita: a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Litiasis biliar como complicación de esferocitosis congénita: a propósito de un caso.

Autores: J.Lara¹; F. Neumann¹; A. Aburto¹; J. Fernandez¹

¹. Internos de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción:

La esferocitosis congénita es una patología hereditaria que se produce por la deficiencia en proteínas de membrana del glóbulo rojo, generando pérdida de la forma característica y disminución en la deformidad. Esto lleva a un aumento en la destrucción y secuestro a nivel esplénico de estas células, manifestándose clínicamente como anemia hemolítica. Una de las complicaciones de esta patología corresponde a la litiasis biliar.

Presentación del caso:

Paciente de 11 años, sexo femenino, nacionalidad Venezolana, con antecedentes de Esferocitosis Congénita, con múltiples hospitalizaciones y transfusiones por crisis hemolíticas. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho de un día de evolución asociado a tinte icterico progresivo. Sin otros síntomas ni episodios previos similares. En estudio destaca crisis hemolítica activa, sin criterios de transfusión e hiperbilirrubinemia directa con elevación de transaminasas, sugerente de patrón colestásico. Ecografía abdominal informa contenido ecogénico endoluminal en vesícula biliar, en contexto de barro biliar-Microlitiasis sin dilatación de la vía biliar y esplenomegalia de 13,3 cm. Se realiza diagnóstico de litiasis biliar, realizando colecistectomía con posterior normalización de pruebas hepáticas y resolución de ictericia. Se decide diferir esplenectomía, completando previamente estudio infeccioso y actualización de esquema de vacunación.

Discusión:

La esferocitosis congénita es una de las anemias hemolíticas hereditarias más frecuentes, cuya prevalencia se estima subdiagnosticada. Se asocia a complicaciones donde destacan las crisis hemolíticas con requerimientos de transfusiones y litiasis biliar en un 40% de los casos por lo que se sugiere control ecográfico anual y alta sospecha ante cuadro de dolor abdominal. Cabe destacar que el tratamiento definitivo que permite corregir la anemia y la hiperbilirrubinemia es la esplenectomía.

Correo autor correspondiente: ilara4@uc.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC63: La importancia del diagnóstico precoz de la atresia de vías biliares

CASO CLÍNICO

La importancia del diagnóstico precoz de la atresia de vías biliares, a propósito de un caso.

Autores: A. Aburto¹, J. Lara¹, F. Neumann¹, J. Fernández¹

¹. Internos de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

Introducción:

La atresia de vías biliares (AVB) es una colangiopatía obliterante y destructiva, consecuencia de la inflamación progresiva y fibrosis de los conductos biliares intra y extrahepáticos. Comienza en las primeras semanas de vida y se presenta clínicamente con un cuadro de ictericia colestásica.

El curso natural de la enfermedad lleva a la obstrucción biliar completa e irreversible, con cirrosis biliar secundaria y fallecimiento antes de los 24 meses de vida. La intervención de elección para restablecer el drenaje biliar es la hepatportoenterostomía, mediante la técnica de Kasai. Su éxito depende de la precocidad con la que se realiza, obteniendo mejores resultados antes de los 2 meses de vida.

Presentación del caso:

Paciente de 2 meses 16 días, sexo femenino, recién nacido de término de 37 semanas, pequeña para la edad gestacional. Presenta ictericia prolongada y deposiciones 1-2 en cartilla colorimétrica de deposiciones, con buen incremento ponderostatural. A los 48 días de vida se solicitan exámenes con bilirrubina total 9,3 y directa 1,6, se decide manejo expectante. A los 63 días de vida destaca bilirrubina total de 6,6 y bilirrubina directa 4,4, se deriva a gastroenterólogo quien deriva a servicio de urgencias. La ecografía abdominal de ingreso evidencia signos sugerentes de AVB. Se hospitaliza para estudio y manejo.

Discusión:

La AVB es una patología de baja incidencia, pero altamente relevante ya que constituye la principal causa de trasplante hepático en la población pediátrica. Se debe mantener un alto índice de sospecha ya que la realización de la cirugía de Kasai a menor edad mejora el éxito de la cirugía y por ende la sobrevida con hígado nativo, retrasando la necesidad del trasplante hepático. En el caso expuesto, la derivación y por consiguiente la intervención quirúrgica fueron tardías, teniendo un impacto directo en el pronóstico de la paciente.

Correο autor corresponsal: aaburto1@uc.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC64: Hemorragia digestiva baja exanguinante en paciente pediátrico: un caso desafiante

CASO CLÍNICO

Hemorragia digestiva baja exanguinante en paciente pediátrico: un caso desafiante.

Autores: Ricardo Amir Kouro Vásquez¹, Fernanda Elena Carrasco Puga¹, Valentina Belén Burgos Bustos¹, Mauricio Tomás Lira Varela¹

(¹) Interno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Valdivia, Chile.

RESUMEN

Introducción

El Divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, presente en 2% de la población. Corresponde a la primera causa de hemorragia digestiva baja (HDB) en población pediátrica. El diagnóstico se realiza mediante Cintígrama con Tc-99m pertecnetato y su resolución es quirúrgica.

Caso

Paciente masculino de 7 años, con antecedente de hemorragia digestiva exanguinante de origen no precisado. Se estudió con Cintígrama para Divertículo de Meckel (CDM), Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Colonoscopia y cápsula endoscópica, sin lograr precisar el foco hemorrágico. Se otorgó alta y permaneció asintomático en domicilio. Consulta nuevamente seis meses después por episodio de HDB. Al examen físico en buenas condiciones generales, bien perfundido e hidratado. Con hemoglobina (HB) en 11.5 g/dL. Se hospitaliza para estudio. Al cuarto día disminuye HB hasta 6.5 g/dL, con pruebas de coagulación normal. Se transfunde con 400 mL de glóbulos rojos (GR). Se realiza nuevo estudio con EDA y colonoscopia, sin lograr precisar foco de sangrado. Se realiza Cintígrama con GR marcados, que informa acumulación de GR en cuadrante inferior derecho (CID) del abdomen, por lo que, se sospecha que etiología del sangrado podría corresponder a DM no identificado en cintígrama previo. Se realiza nuevo CDM, que informa la presencia de mucosa gástrica ectópica funcionante en CID del abdomen, sugerente de DM. Mediante técnica laparoscópica asistida se observa presencia de DM. Se realiza en exterior diverticulectomía en cuña, sin incidentes. Evoluciona con buena tolerancia oral y tránsito intestinal, sin nuevos episodios de sangrado.

Discusión

El presente caso clínico deja en manifiesto la magnitud del compromiso hemodinámico que puede llegar a presentar el DM. Además, destaca la importancia de una alta sospecha diagnóstica a pesar de un CDM negativo debido a la presencia de falsos negativos y la importancia de una pronta interconsulta a cirugía infantil.

Correo autor corresponsal: ricarkova@hotmail.com

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



CC65: Angioedema hereditario, un diagnóstico a considerar en edema recurrente pediátrico

CASO CLÍNICO

ANGIOEDEMA HEREDITARIO, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN EDEMA RECURRENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO

Autores: S. Bonani¹; F. Lamas¹; R. Pizarro¹; F. Sáez¹; C. Rojas²

¹Interno/a de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo. ²Médica Pediatra, Hospital San Pablo, Coquimbo.

RESUMEN

Introducción: El angioedema hereditario (AEH) es una enfermedad genética de baja frecuencia, con escasos datos en Chile. Clínicamente presenta edemas recurrentes y autolimitados desde la infancia, desencadenados por trauma, estrés o infecciones. Su localización variable (extremidades, gastrointestinal, cara, laringe y genitales) lleva a confusión diagnóstica con cuadros alérgicos y abdomen agudo, o incluso a muerte por asfixia.

Caso Clínico: Escolar masculino de 9 años que desde los 2 años presenta episodios recurrentes de angioedema facial y genital concomitante con dolor abdominal. Ha manifestado 10 eventos en total, algunos han cedido espontáneamente, otros controlados con antihistamínicos y corticoides. Los episodios más graves han requerido hospitalización. Se han identificado desencadenantes como estrés y post inoculación. Se realizaron exámenes de C4 total, C1q, C1-INH funcional y antigénico en dos oportunidades separados por tres meses, compatibles con AEH, confirmando el diagnóstico e ingresando a “Ley Ricarte Soto” para inicio de tratamiento.

Discusión: La clínica del paciente se condice con la literatura, que asociada a la medición de C1-INH permitió el diagnóstico. Debido al desconocimiento de la patología, existe un subdiagnóstico importante con una demora diagnóstica de 10-22 años desde el debut. Si bien, en este caso el retraso fue de 9 años, es un tiempo considerablemente menor a lo descrito. Además, 34% de los pacientes son sometidos a tratamientos inadecuados, que en éste caso significó el desarrollo de un Síndrome de Cushing producto de múltiples dosis de corticoides administradas. En Chile, debido al alto costo del tratamiento de elección con concentrado plasmático de C1 inhibidor, los pacientes son ingresados a “Ley Ricarte Soto”. Destacar que el paciente corresponde al único caso confirmado y en tratamiento en la cuarta región.

Conclusión: El AEH presenta una importante morbimortalidad por su desconocimiento, resultando fundamental la sospecha precoz en pacientes infanto-juveniles que presentan dolor abdominal y/o edema recurrente.

Correo autor correspondiente: stefano.bonani@alumnos.ucn.cl

Los autores declaran no percibir financiamiento externo ni poseer conflicto de interés para la realización de este trabajo. El presente es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional.



Ganadores

Los ganadores de la actual competencia científica COCEM 2022 fueron:

Primer Lugar: CC56: Displasia fibromuscular intimal focal “Web Carotídeo” como causa infrecuente de accidente cerebrovascular isquémico agudo.

Segundo lugar: CC32: Porfiria aguda intermitente: manifestaciones y manejo de sus crisis a propósito de un caso.

Tercer lugar: CC05: GIST duodeno-yeyunal como causa de hemorragia digestiva de origen oscuro. Reporte de un caso.

Felicitamos a los ganadores por sus exposiciones.

