XIV | CCTEM: TRAUMATOLOGÍA Y MEDICINA DEPORTIVA

Universidad de los Andes, Santiago, Chile
5 – 8 de Octubre de 2016

Libro de Resúmenes

Suplemento Revista ANACEM – Noviembre 2016

ANACEM CHILE

Universidad de los Andes

ACEM UANDES

Organizadores y Patrocinadores

Organiza

ACEM UANDES

ANACEM CHILE

Patrocina

Clínica Universidad de los Andes

SCHOT Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología

SOCHMEDEP Sociedad Chilena de Medicina del Deporte

Universidad de los Andes

Auspiciadores

ANACEM Chile

Directorio

Diego Pinto
Presidente

Camila Sandoval
Vicepresidente

Valentina Yáñez
Tesorera

Nicole Guillen
Secretaria General

Norman Aguilera
Fiscal

Equipo de Gestión

Pilar Navarrete
Relaciones públicas

Francisco Carrasco
Secretario de Comunicaciones

Carlos Hott
Director REM

Felipe Arriagada
Secretario de Educación Médica

Sergio Soto
Secretario de actas

Jaime Vásquez
Secretario de Investigación

Esteban Parra
Editor general revista ANACEM

ACEM UANDES 2016

Directiva

Alejandra Queirolo
Presidente

Daniela Náray
Vicepresidente interno

Sebastián Rodríguez
Tesorero

Carolina Muñoz
Pro- Tesorero

Josefina Razazi
Secretaria

Marisol Martí
Pro- Secretaria

Josefina Razazi
Vicepresidente externo

Paula Aedo
Delegada ANACEM

Isabel Maldonado
Past- President

Claudia Rojas
Directora de Difusión

María José Arteaga
Directora Científica

Christine Müller
Pro- Directora Científica

Miembros Activos

Rodrigo Barrera M.
Estefanía Campusano B.
Pierina Cicali T.
M. Josefina Claude G.
Gabriela Godoy S.
Catalina González R.
Javiera González P.
Ignacio Gutierrez M.
Daniela Harbst T.

Paula Henriquez P
Isadora Hurtado C.
Bernardita Ljubetic V.
Sofía Lopez C.
Gabriel Lorca O.
Camila Marfull P.
Andrea Messen K
Guillermo Narbona Y.

Valentina Opazo M.
Karin Oyarce G.
Mariana Salas O.
Ximena Sazo A.
Makarena Sepúlveda V.
María Ignacia Traub G.
José Miguel Valdés V.
Martina Vallejos V.

.

ACEM UANDES 2016

Saludo de Bienvenida Organización XIV CCTEM 2016

Estimados:

En nombre de la Comisión Organizadora y de la Academia Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes, tengo el agrado y el honor de invitarlos a participar del XIV Congreso Científico Temático de Estudiantes de Medicina ANACEM Chile, que se realizará entre los días 5 y 8 de octubre de 2016 en el campus San Carlos de Apoquindo de la Universidad de los Andes, dirigido a todos los estudiantes e internos del país, y también a médicos generales, residentes y especialistas.

En el pasado, nuestra Academia ha aceptado el desafío de organizar tanto congresos nacionales como temáticos y siempre se ha caracterizado por trabajar con la mejor motivación, tiempo y esfuerzo para ofrecer un evento de primera calidad; y esta ocasión no será la excepción.

Como país hemos sido testigos de una transición epidemiológica, desde un predominio de morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas y desnutrición infantil hacia un modelo con predominio de enfermedades crónicas. Esto ha transformado lentamente nuestro desafío como futuros profesionales de la salud, y por ello es que la temática elegida para este congreso es Traumatología y Medicina Deportiva, como apoyo a los deportistas y personas que toman el desafío de asumir una vida activa y saludable, que tanto contribuye a la prevención de estas enfermedades.

Como comisión organizadora, estamos muy contentos por asumir este desafío y contamos con su participación para que este Congreso Temático esté a la altura de los eventos que solo ANACEM Chile sabe liderar, por lo que les reiteramos la invitación a ser partícipes activos de este evento, que busca promover una formación de primer nivel, la ciencia y la investigación, en búsqueda del desarrollo de mejores herramientas para la prevención y el cuidado integral de nuestros pacientes.

Un saludo afectuoso,

Paula Aedo Rojas
Directora General
XIV CCTEM ANACEM Chile 2016
Universidad de los Andes

Sede Universidad de los Andes

Nuestra casa de estudios

La Universidad de los Andes se funda el 8 de septiembre de 1989. El campus de San Carlos de Apoquindo, está situado en las faldas de la cordillera de los Andes, en Monseñor Álvaro del Portillo 12.455, Las Condes Santiago.
La Facultad de Medicina lleva más de 20 años de funcionamiento. El campus cuenta actualmente con 5 edificios: Humanidades, Ciencias, Biblioteca, Escuela de Negocios (ESE), Reloj, además de la Clínica antes mencionada. Todos estos edificios cuentan con casinos y comedores, además de áreas de esparcimiento.
El Congreso se realizará en los edificios de Biblioteca, Ciencias, del Reloj y Humanidades siendo el primero donde se desarrollarán la mayoría de las actividades. La Biblioteca es un moderno edificio de inspiración Wrightiana de 12.400 metros cuadrados construidos, con una gran colección de más de 104.000 volúmenes y equipada con tecnología de vanguardia. Este edificio cuenta con un Aula Magna, con capacidad para 330 personas donde se llevarán a cabo las plenarias. También, se realizará la exposición y evaluación de los posters de casos clínicos.

Directorio XIV CCTEM 2016

Paula Aedo
Presidente

Josefina Razazi
Vicepresidente

Josefina Razazi
Secretaria

Sebastián Rodríguez
Tesorero

M. Josefina Claude
Enrique Narbona
Alessandra Garbin
Dirección de Logística

Claudia Rojas
Directora de Difusión

Marisol Martí
Directora de Extensión

Alejandra Queirolo
María Paz Piquer
Dirección Académica

María José Arteaga
Christine Müller
Dirección Científica

Isabella Crocco
Directora de RRPP

Colaboradores XIV CCTEM 2016

Científico
Natalia Mesías Cabañas
Fernando Chicao Carmona
Manuel Barrera Oñate
Rodrigo IBarrera Morelli
Josefa González Videla
Valeria Ojeda Contreras
Marcelo Concha Infante
Tomas Cherres Argomedo
Alejandra Plaza Rasjido
Martín Cariola Barros
Georgina Vega Tapia
Valeria Matus Mora
Tomás Yunge Soruco

Logística
Diego Paredes Jalil
María Ignacia Traub
José Miguel Valdés
Isidora Burgos
Constanza Encina
Catalina Alarcon
Bernardita Ljubetic
Carolina Antunez
Claudio Barahona Flores
Paula Henríquez Pino
Emilia Jobet
Rosario Araneda
Ricardo Jimenez
Gabriel Lorca Osorio
Ignacio Henriquez
Victoria Gamé

Difusión
Claudio Barahona Flores
Paula Henríquez Pino
Sebastián Jiménez Gatica
Francisca Greco Agnello
Caterina Foradori Montero
Carolina Paz Muñoz Salazar
Francisca Poblete Contreras
Marisol Martí

Extensión
Consuelo Román
Josefa Phillips Olivares
Isadora Hurtado
Natalia Salazar
Camila Correa

Académico
Vicente Phillips Olivares
Regina Marambio
Giordano Nobizelli
Tomás Kroneberg Carrasco
Camila Pipino Romero
Cristóbal Yáñez Rojo
Sebastián Yáñez Rojo
Felipe Bustos Rivero
Camila Pincheira Rey
Victoria Toro Silva
Camila Bolados Arroyo
Enrique Cari Gormaz
Sebastián Spichiger Reyes
Valentina Opazo Márquez

Tesorería
Martín Eichhorn Bustos
Milan Pleticosic Bonacic
Gustavo Molina Beheran
Yasmín Hirmas Olivares
Mauricio Rivera Parra
Joaquín Mella Stoma
Camila Montoya Figari

Registro Académico
Agustín Guerra
Dominique Stuijt
Gabriel Lorca
Javiera González
Ignacia Traub
Estefanía Campusano
Ximena Sazo
Fabiola Olguin
Josefina Montero Varas
Valeria Matus Mora
Fernanda Pérez Munita
Antonia López
Andrea Messen Koch
Gabriela Godoy Suazo
Sebastián Cabello
Antonia López
Fernanda Salinas Pérez
Isidora Briones
María José Jiménez Gómez
Regina Borchert Billik
Víctor Ramírez

PROGRAMA

XIV CCTEM Medicina Deportiva y Traumatología

MIÉRCOLES 05

LUGAR: Aula Magna Edificio Humanidades

12.00- 16.00	Inscripción y entrega de Materiales (Patio edificio central)
16.00- 16.10	Discurso Directora del Congreso
16.10- 16.20	Discurso Decano
16.20- 16.30	Discurso SOCHMEDEP
16.30- 18.00	**Modulo introductorio**
16.30	Introducción a la traumatología
	Dr. Mario Orrego
17.15	Medicina deportiva hoy en día, importancia del deporte.
	Dr. Fernando González
18.00- 19.00	Vino de honor (Patio Edificio central)

JUEVES 06

LUGAR: Aula Magna Edificio Biblioteca

08.00- 08.30	Inscripciones
08.30- 10.30	**Modulo ejercicio por grupos poblacionales**
08.30	Ejercicio en diabéticos
	Dra. Cherie Gutierrez
09.10	Ejercicio en adulto mayor
	Dr. Juan Carlos Molina
09.50	Deporte Paralímpico
	Kn. Rafael Rossi
10.30- 10.50	Coffee (Hall Central de Biblioteca)
10.50- 13.20	Presentación de Trabajos y Casos Clínicos
13.20- 14.20	**Talleres**
14.20- 15.15	Almuerzo
15.15- 16.45	Presentaciones Trabajos a Premiación
16.45- 18.50	**Módulo Traumatología de Deportes**
16.45	Lesiones atletismo
	Dr. Fernando Radice
17.10	Lesiones futbol
	Dr. Roberto Yáñez
17.35	Lesiones rugby
	Dr. Michael Marsalli
18.00	Lesiones tenis
	Dr. Alejandro Orizola
18.25	Lesiones running
	Dr. José Matas
18.50- 19:05	Coffee (Hall Central de Biblioteca)
19.05- 20.05	Módulo rehabilitación
19.05	Kinesioterapia
	Kn. Andrés Flores
19.35	Reintegración al deporte
	Kn. Ricardo Stipo

VIERNES 07

LUGAR: Aula Magna Edificio Biblioteca

08.00- 08.30	Inscripciones
08.30- 10.30	**Módulo de radiología**
08.30	Radiología traumatológica 1
	Dr. Cristóbal Varela
09.10	Radiología traumatológica 2
	Dr. Cristóbal Varela
09.50	Casos clínicos
	Dr. Cristóbal Varela
10.30- 10.50	Coffee (Hall Central de Biblioteca)
10.50- 13.20	Presentación de Trabajos y Casos Clínicos
13.20- 14.20	**Talleres**
14.20- 15.15	Almuerzo
15.15- 16.45	Presentaciones Trabajos a Premiación
16.45- 18.50	**Módulo Generalidades**
16.45	Deporte y ciencias básicas: Fisiología deportiva
	Dr. Oscar Araneda
17.25	Deporte y felicidad
	Dr. Hugo Marambio
18.05	Nutrición deportiva y suplementación
	Dr. Luis Maya
18.45- 21.50	Asado en Quincho UANDES
22.00	Salida de buses

SÁBADO 08

LUGAR: Aula Magna Edificio Biblioteca

08.00- 08.30	Inscripciones
09.00- 11.00	**Módulo Final Misceláneos**
09.00	Traumatología infantil
	Dr. Juan Fuenzalida
09.40	Psicología deportiva
	Ps. Juan Fernández
10.20	Muerte súbita y deportes
	Dr. José Pardo
11.00- 12.30	Coffee (Hall Central de Biblioteca)
12.30- 13.00	Finalistas Presentaciones Orales
13.00- 13.30	Premiación
13.30- 14.30	Cocktail de Clausura

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

TI-01 ACTIVIDAD ANTI-HELICOBACTER PYLORI DEL ACEITE ESENCIAL DE DRIMYS WINTERI Y SU COMPUESTO B-CARIOFILENO.

Sebastian Espinoza L (1) Matias Contreras E (1) Felipe Urrejola A (1) Jorge Touma L (3) Jessica Bravo G (2) Alejandro Venegas E (3)

(1) Facultad de medicina, Universidad Diego Portales, Santiago.
(2) Laboratorio de productos naturales con actividad antimicrobiana, Centro de Investigación Biomédica, Universidad Diego Portales, Santiago.
(3) Laboratorio de patogénesis microbiana, Centro de Investigación Biomédica, Universidad Diego Portales, Santiago.

Introducción: Helicobacter pylori (Hp) es una bacteria gram negativa, que coloniza el estómago humano. Hp puede causar desde gastritis hasta cáncer gástrico. Hp tiene una prevalencia a nivel mundial sobre el 50% y en Chile sobre un 70%. Se ha descrito la resistencia de HP a los antibióticos y este problema ha centrado la búsqueda en nuevas terapias alternativas al tratamiento existente. El canelo o Drimys winteri (Dw), es un árbol del sur de Chile, con actividad contra hongos fitopatógenos como Penicillium spp.
Objetivos: Evaluar la actividad anti-Hp del aceite esencial (AE) de Dw y de su compuesto β-cariofileno.
Metodología: Investigación in vitro. Se extrajo el AE desde hojas frescas de Dw en floración, mediante un equipo clevenger. Se analizó la composición mediante Espectrometria Cromatografica de Masa-Gas. Se utilizaron cepas ATCC de Hp (JP16, 43504, HPK5). La actividad de los compuestos y sus diluciones fueron evaluadas a través del método de dilución en agar, utilizando como control ampicilina y etanol. El análisis estadístico se realizó con el programa Prism 5.0.
Resultados: La actividad anti-Hp del AE y β-cariofileno fue muy similar a la ampicilina, no se observaron diferencias significativas, sí se observaron al comparar estas muestras con el etanol en las diferentes cepas.
Discusión: Posiblemente debido a un efecto sinérgico la actividad del AE fue mayor a la del β-cariofileno, y en las diluciones evaluadas, el AE demostró tener la misma actividad que la ampicilina, logrando inhibir el crecimiento de Hp por lo cual esta esencia podría ser una alternativa al tratamiento utilizado actualmente.

Palabras clave:
Cáncer gástrico, Espectrometria Cromatografica de Masa-Gas, Helicobacter pylori.

TI-02 BIOIMPEDANCIA PREOPERATORIA EN MUESTRA DE PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PRIMERA Y SEGUNDA INTERVENCIÓN.

Guillermo Narbona Y.(1), Ma Ignacia Traub G.(2) Dr. Alex Escalona P. (3).

(1) Alumno de 5to año de medicina. Escuela de medicina. Universidad de Los Andes, Santiago
(2) Alumna de 4to año de medicina. Escuela de medicina. Universidad de Los Andes, Santiago
(3) Especialista en Cirugía Digestiva. Clínica Universidad de Los Andes, Santiago.

Introducción: Según la encuesta nacional de salud (2010), 67% de chilenos sufría de sobrepeso u obesidad. Actualmente, se sabe que es aún mayor, lo que conlleva una alta tasa de morbilidad. La cirugía bariátrica ha probado ser el tratamiento más efectivo para reducir el exceso de peso. No obstante se han reportado pacientes con reganancia de peso desde un 20 a 87% en diversas series.
Objetivos: Comparar datos de bioimpedancia en los pacientes que han sido operados de cirugía bariátrica por primera y segunda vez.
Hipótesis: Los pacientes que fueron sometidos a dos intervenciones quirúrgicas tendrán un porcentaje de masa musculo esquelética más bajo que los operados una sola vez.
Metodología: Se utilizó un diseño de corte transversal, incluyendo los datos de 66 pacientes operados de balón, manga y bypass gástrico en la Clínica Universidad de los Andes, tanto por primera como por segunda vez durante enero 2015 hasta abril 2016. Se excluyó todo paciente que no tuviera datos de bioimpedancia. Se construyó una base de datos con lo compilado para la comparación.
Resultados: El grupo de pacientes operados por segunda vez mostró un 0,68% menos de masa muscular esquelética, en comparación a los operaros por primera vez.
Discusión: Los pacientes sometidos a dos cirugías tienden a perder más masa muscular esquelética, lo que se podría representar una pérdida de peso más difícil y lenta. En conclusión, se obtuvo una leve diferencia entre la composición de masa muscular de los pacientes.

Palabras clave:
Sobrepeso, obesidad, cirugía bariátrica.

TI-03 CÁNCER EPITELIAL OVÁRICO Y TUMOR BORDERLINE DE OVARIO: MOTIVO D E CONSULTA Y EDAD DE PRESENTACIÓN.

Mauricio Villarroel C.(1) Sebastián Haro G. (1) Camilo Saldías J. (1) Rodrigo Sandoval C. (1) Fernando Heredia M. (2)

(1) Alumno Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Ginecólogo Oncólogo, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción: Los tumores ováricos representan un desafío diagnóstico dada su variada e inespecífica presentación clínica. Debido a su incidencia creciente, resulta imperativo estudiar posibles vínculos entre la presentación y el tipo de neoplasia ovárica para diferenciar, de manera no invasiva, aquellas de distinto pronóstico como son el cáncer ovárico epitelial (CEO) y el tumor borderline de ovario (TB).
Objetivos: Detallar las variables motivo de consulta (MC) y rango etario de presentación en las pacientes diagnosticadas de CEO y TB en el Hospital Las Higueras de Talcahuano (HH)
Hipótesis: El MC más frecuente es el hallazgo imagenológico, presentándose, en el grupo de las pacientes con CEO, a edades más avanzadas.
Metodología: Estudio observacional descriptivo. Se recopilaron datos del libro de seguimiento de cáncer ovárico del policlínico de ginecología del HH, incluyéndose a todas las pacientes con diagnóstico histológico de CEO o TB realizado en los años 1994-2016.
Resultados: De un total de 116 pacientes, 74 (63,8%) correspondieron a CEO y 42 (36,2%) a TB. El MC más frecuente fue un hallazgo imagenológico incidental (35,34%) seguido por dolor abdominal agudo o crónico (30,17%). El rango etario fue de 29-81 años para el CEO y 17-84 para el TB.
Discusión: La diferenciación clínica entre el CEO y TB permitiría facilitar un diagnóstico adecuado y precoz, subsanando el ominoso pronóstico del diagnóstico tardío del CEO. El presente estudio revela que la clínica de ambos es mayoritariamente asintomática o inespecífica. Sería recomendable realizar estudios más profundos en esta área.

Palabras claves:
Cáncer epitelial de ovario, Ginecología, Neoplasias ováricas.

TI-04 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA-TERAPÉUTICA DE ADENOMA DE PRÓSTATA EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN.

Claudia Constanzo V(1) Roberto Alarcón V(1) Loreto Contreras E(1) Claudia Lagos V(1) Pablo Bezama U(2)

(1) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Residente de Urología. Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción.

Introducción: La hiperplasia benigna prostática (HBP) afecta 60% de hombres ≥60 años. La resolución quirúrgica depende del peso estimado del adenoma, experiencia del cirujano, características del paciente, entre otros. Se presenta la conducta quirúrgica en HBP de nuestra localidad.
Objetivos: Caracterizar pacientes del Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC) con HBP e indicación quirúrgica, comparando Antígeno Prostático Específico (APE) pre y postquirúrgico, peso estimado ecográfico y real, y tipo de cirugía.
Hipótesis: La ecografía es buen examen para estimar peso prostático, prefiriendo Adenomectomía Suprapúbica Transvesical (ASPTV) para próstata >60g. Con APE postoperatorio reducido.
Metodología: Estudio descriptivo transversal de 252 pacientes con HBP e indicación quirúrgica en HCRC durante año 2015. Se comparó APE pre y postoperatorio, peso estimado ecográfico y real, y tipo de cirugía. Registro analítico de datos en planilla Excel. Resuelto por comité de ética, no aplica consentimiento informado.
Resultados: 252 varones, edad promedio 67,2 años, rango 43-88 años. 235 ASPTV y 17 Resecciones Transuretrales (RTU). En ASPTV 62,98% adenomas <60g, y 100% de RTU <20g. Peso ecográfico estimado y real en 202 pacientes, sobrestimado en 88,61%, correlación de Pearson 0,72. APE pre y postoperatorio en 42 pacientes, promedio preoperatorio 5,01mg/dL (DE: 3,36mg/dL), postoperatorio 0,77mg/dL (DE: 0,69mg/dL) con reducción >48,21% en todos ellos, siendo todos <4 mg/dL.
Discusión: En HCRC predomina ASPTV, independiente del peso prostático, evidenciándose peso ecográfico mayor al real, aún con correlación positiva, y APE postoperatorio reducido. Se acepta parcialmente hipótesis inicial. Se sugiere búsqueda de patología concomitante en APE mantenido o disminución no significativa.

Palabras clave:
Prostatectomía suprapúbica, Resección transuretral de la próstata, Antígeno prostático específico.

TI-05 CARACTERIZACIÓN DE CONSULTAS TRAUMATOLÓGICAS EN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS GARÍN, QUINTA NORMAL.

Jose Miguel Castellón V (1) Alan Vigones A (1) Fernanda Torres G (2)

(1) Licenciado en Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago.
(2) Médico Cirujano. Centro de Salud Familiar Garín, Santiago.

Introducción: Los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) pretenden resolver urgencias médicas, situándose en comunas de alta demanda. En estudios previos, se vio que las consultas traumatológicas en un SAPU fue de 7% y las osteomusculares de un 6%.
Objetivos: Caracterizar perfil de consultas traumatológicas de un SAPU en la comuna de Quinta Normal.
Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal para el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de Julio de 2016. Caracterización de la población por edad, sexo, diagnósticos sindromaticos más prevalentes y traslados realizados. La información fue extraída del registro mensual de Atención de Urgencia del SAPU GARIN. Los datos se almacenaron y analizaron en Excel 2011.
Resultados: Se obtuvo un N= 4565 consultas al SAPU. De estas, 308 (6,74%) eran relacionadas con traumatología. Edad entre 3 a 97 años (promedio 44,8 años); 57% mujeres y 43% hombres. De los diagnósticos destacan: tipos de lumbago (36%), contracturas musculares (9,1%), contusiones (5,2%), esguinces (3,9%), fracturas (3,9%), hombro doloroso (3,9%) entre otros. Hubieron 19 traslados, 10 de ellos (52%) por fracturas, 3 (15,7%) por trauma de cadera o rodilla, entre otros.
Discusión: A pesar de ser un porcentaje bajo del total de consultas en SAPU, los cuadros osteomusculares y traumatológicos son importantes ya que disminuyen la calidad de vida y la productividad laboral. Es importante que el medico general conozca el manejo de primera línea y sepa reconocer los cuadros que necesitan traslado a centros de mayor complejidad.

Palabras clave:
Atención Primaria de Salud, Servicios Médicos de Urgencia, Traumatología

TI-06 CARACTERIZACIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN EDAD EN HOSPITAL DE LONCOCHE ENTRE 2012 Y 2014.

José Arroyo H. (1) Macarena Henríquez B. (1) Francisca Salazar Q. (2) Francisco Torrez H. (1) Treicy Jaramillo Fonseca (3)

(1) Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco.
(2) Alumna de Medicina, 5to año Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco
(3) Tecnólogo Médico. Escuela de Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco

Introducción: Los egresos hospitalarios son un elemento para identificar las necesidades de la población por los servicios de hospitalización. El Hospital de Lautaro es un establecimiento de baja complejidad perteneciente al Servicio de Salud Araucanía Sur. Se encuentra a 20 km de Temuco, siendo el hospital de referencia de Vilcún, Galvarino, Perquenco, Pillanlelbún y Lautaro.
Objetivos: Identificar los grupos de patologías más frecuentes de egresos hospitalarios en la población del Hospital de Lautaro, según días de estancia hospitalaria entre los años 2012 y 2014.
Hipótesis: La media nacional se correlaciona con los resultados de hospitales periféricos validando así su utilidad.
Metodología: Corresponde a un estudio descriptivo de corte transversal. Los datos fueron obtenidos desde base de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Se consideró días estadía, promedio de días por hospitalización y grupos de enfermedades clasificadas por CIE-10.
Resultados: El total de 14.387 días de estadía, presenta un promedio de 4,3 días por hospitalización. Los grupos de patologías más frecuentes fueron “Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas” (17,27%), “Embarazo, parto y puerperio” (16,19%) y “Enfermedades del sistema circulatorio” (15,36%), con un promedio de días de estadía de 17,3, 3,3 y 3,9 días respectivamente.
Discusión: La media de estadía hospitalaria se encuentra bajo la media nacional (5,7 días). La estancia prolongada tiene efectos negativos en el sistema de salud, por ejemplo: aumento en los costos, deficiente accesibilidad a servicios de hospitalización y saturación de urgencias. Los diagnósticos de egreso evidencian que los grupos de patologías más frecuentes corresponden al grupo de patologías respiratorias.

Palabras clave:
Encuesta de atención de la Salud, Estudio transversal, Descriptivo.

TI-07 CARACTERIZACIÓN DE HIDATIDOSIS INFANTIL EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE DESDE 2010 A 2015.

Yoselin Burgos M (1) Javiera Araneda C (1) Carolina Sánchez V (1) Nicolás Aguayo R (1) Andrea Poblete M. (2)

(1) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
(2) Cirujano Infantil. Servicio de Cirurgia Infantil, Hospital Clínico Herminda Martin Chillán.

Introducción: Hidatidosis es la infección parasitaria zoonótica producida por el estado larval de cestodos del género Echinococcus. En Chile, es una zoonosis endémica con alta incidencia en zonas rurales, siendo la provincia de Ñuble una de ellas.
Objetivos: Obtener las características epidemiológicas de la población menor de 15 años con diagnóstico de Hidatidosis egresados del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán (HCHM).
Metodología: Análisis retrospectivo y descriptivo de egresos de menores de 15 años con diagnóstico de Hidatidosis del HCHM entre Enero del 2010 a Diciembre del 2015, previa autorización de comité de bioética, Incluyendo: sexo del paciente, edad, sector, motivo de consulta, número de quistes, localización de quistes, técnica quirúrgica y realización segundo tiempo operatorio.
Resultados: Se encontraron 22 pacientes, edad promedio de 8,6 años, predominio del sexo masculino (77%) y de sectores rurales (68%). Principal motivo consulta fue causa respiratoria (59%), que muestra predominio de ubicación pulmonar (57%), hallazgo de quiste único (64%). Se realizó en todos quistectomia, 36% requirió segundo tiempo quirúrgico.
Discusión: Hidatidosis es una posibilidad diagnóstica a considerar en pacientes con factores de riesgo o procedentes de áreas rurales, como el caso de la mayoría de los centros de Salud de la Provincia Ñuble.
La mayoría de los pacientes pertenecen a escolares , mediana de 8 años, predominio sexo masculino y ruralidad coincidiendo con otras series nacionales.
Destaca la ubicación predominantemente pulmonar, a diferencia de la descripción clásica hepática coincidiendo con un estudio previo de similares características que ya mostraba esta tendencia.

Palabras Clave:
Hidatidosis, Equinococosis Pulmonar, Zoonosis.

TI-08 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ELECTROCARDIOGRAMA SOLICITADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITAL TOLTÉN.

(1) Estudiante de Medicina 5to Universidad Mayor Temuco.
(2) Medico General de Zona, Hospital De Toltén.

Introducción: En el último reporte del Ministerio de Salud, en Chile la primera causa de muerte en adulto son las enfermedades cardiovasculares. La incorporación de herramientas en los servicios de urgencia ha sido vital en la obtención de diagnósticos certeros, resolviendo de manera más eficaz estas patologías.
Objetivos: Caracterizar las consultas cardiovasculares en el servicio de urgencias que se le solicita electrocardiograma.
Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre pacientes consultantes en el Servicio de Urgencias del Hospital de Toltén, utilizando los datos de ficha electrónica analizados en planilla Excel. Se consideró a toda la población consultante en el servicio de urgencias hombre, mujeres y niños.
Resultados: De los 9705 pacientes atendidos entre Enero y Diciembre del 2015, 384 correspondían a consultas en las que se les solicitó electrocardiograma. La mayor frecuencia corresponden a varones con un total 57%. Con una moda de 62 años. El principal motivo de consulta fue dolor precordial (60,15 %) seguido por disnea, 16,14% seguido por 8,07% de dolor epigástrico. 42% fue informado como un trazado que no presentaba alteración. 15% diagnosticado con síndrome coronario agudo. 48 % de los trazados presentaron alteración del ritmo. La distribución según grupo etario: 7.1% > 18 años. 33.4% entre [18 – 65] años. 59.5% < 65 años.
Discusión: Los datos obtenidos en la muestra, se correlacionan con la literatura.
Conclusión: Concuerda con la literatura; Destaca el porcentaje de patologías resueltos en el servicio de urgencias del mismo establecimiento de salud.

Palabras clave:
Dolor precordial, Angina, Cardiovascular.

TI-09 CATEGORIZACIÓN DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA EN LA URGENCIA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS, TALCAHUANO, AÑO 2015.

Christian Simpson V. (1) Tania Matus S. (2) Jaime Muñoz P. (3)

(1) Alumno de quinto año de Medicina de la Universidad de Concepción.
(2) Interna de séptimo año de Medicina de la Universidad San Sebastián, sede Concepción.
(3) Pediatra. Nefrólogo Infantil, profesor asistente.

Introducción: Los servicios de urgencia (SU) en Chile atienden según la gravedad del cuadro que presentan los usuarios. Mediante el selector de demanda es que se categoriza el nivel de urgencia del paciente para determinar la prontitud de la atención. Se utiliza la escala de triaje Manchester, que incluye: C1 (emergencia vital), C2 (emergencia evidente), C3 (urgencia médica relativa), C4 (leve) y C5 (no urgente).
Objetivos: Conocer el comportamiento de la población consultante en el SU del Hospital Las Higueras (HH) para determinar la gravedad de los consultantes en la urgencia pediátrica según su categorización.
Hipótesis: Más del 50% de las consultas en el SU pediátrica son de baja complejidad, por tanto, impertinentes al HH.
Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron los informes estadísticos del SU del HH del año 2015 y los datos se tabularon según categorización y tramos etarios.
Resultados: Durante el año 2015 hubo 37.231 consultas pediátricas en el SU. De ellas, 20.847 (56%) corresponde al grupo etario de 0 a 4 años, 9.125 (24,7%) corresponde al grupo etario entre 5 a 9 años y 7.189 (19,3%) al grupo etario de los 10 a los 14 años. El 62.9% de los consultantes se categorizó como C3 y, el 36,1%, como C4.
Discusión: Del total de pacientes, la mayoría de los casos fueron categorizados como C3, lo que demuestra la pertinencia de la consulta pediátrica en este hospital. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis planteada.

Palabras clave:
Servicio de urgencia, triaje, pediatría.

TI-10 COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA OBSTÉTRICA EN SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS, AÑO 2015.

Christian Simpson V. (1) Tania Matus S. (2) Jaime Muñoz P. (3)

(1) Alumno de quinto año. Escuela de Medicina, Universidad de Concepción
(2) Interna de séptimo año. Escuela de Medicina, Universidad San Sebastián, sede Concepción Pediatra.
(3) Nefrólogo Infantil, profesor asistente.

Introducción: La mujer embarazada dedica especial atención en la salud del país. Tanto así, que se han implementado políticas públicas para lograr un buen control obstétrico con el fin de disminuir la mortalidad materna, fetal y neonatal. Sin embargo, la consulta obstétrica en los servicios de urgencia (SU) es un suceso frecuente que puede estar dada por procesos patológicos, con riesgo real para la madre y/o el feto, o por la activación de procesos fisiológicos, como el inicio del trabajo de parto.
Objetivos: Conocer el comportamiento y la distribución de los diferentes motivos de consulta de las pacientes embarazadas que acuden al SU.
Hipótesis: El número de consultas de pacientes con trabajo de parto sin patología asociada, es mayor al de pacientes con morbilidad obstétrica.
Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se utilizó la fuente de datos del resumen estadístico mensual (REM) del SU del Hospital Las Higueras (HH), del año 2015.
Resultados: Durante el año 2015 hubo un total de 2.118 consultas obstétricas en el SU del HH. De ellas 800 (37,7%) corresponden a trabajo de parto sin patología, 430 (20,3%) hemorragia del primer trimestre, 330 (15,5%) síndrome hipertensivo del embarazo, 212 (10%) rotura prematura de membrana y 153 (7,2%) parto prematuro. Estas corresponderían a más del 90% de las consultas obstétricas el año 2015.
Discusión: Se observó que, tal como esperábamos, la mayor parte de las consultas de embarazadas al SU corresponden a mujeres sin comorbilidades que acuden en trabajo de parto, por lo tanto, se confirma la hipótesis planteada.

Palabras clave:
Trabajo de parto, servicio de urgencia, morbilidad obstétrica.

TI-11 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL-METABÓLICO DE MUJERES QUE CONSULTAN POR INFERTILIDAD EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN.

Julio Orrego A. (1) Pablo Rojas S. (1) Rodrigo San Martín F. (1) Diego Delpin N. (1) Cristian Campos V. (2)

(1) Interno de Medicina. Facultad de medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Profesor asociado, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de medicina. Universidad de Concepción, Concepción

Introducción: Infertilidad es la incapacidad de lograr embarazo después de 12 meses o más de coito no protegido. Su prevalencia alcanza un 10-15%. Índices de masa corporal (IMC) elevados sumados a otras alteraciones nutricional-metabólicas aumentan considerablemente el riesgo.
Objetivos: Describir la prevalencia de alteraciones nutricional-metabólicas en mujeres en tratamiento o estudio de infertilidad del Hospital Regional de Concepción.
Hipótesis: Las pacientes que consultan por infertilidad presentan alteraciones nutricional-metabólicas
Metodología: Estudio descriptivo transversal-retrospectivo. Se revisó fichas clínicas de pacientes que consultaron entre enero a junio de 2014. Se tabuló en planilla Excel.
Resultados: Total 178 pacientes, edad promedio 33,2±6,3 años, mediana 33,5 (rango 20-48). Al 72,5% se les estudio al menos una variable. De ellos, al 55,1% se solicitó glicemia, 44,9% insulina basal, 19,7% IMC y 17,4% perfil lipídico. El promedio de IMC observado fue de 32,6 kg/m2, glicemia 90,9 mg/dl, HDL 49,2 mg/dl, LDL 133,6 mg/dl, TAG 159,0 mg/dl y colesterol total 199,2 mg/dl. En cuanto a parámetros alterados, se observó en el 91,4% del IMC, 41,9% de TAG, 61,3% de HDL, 67,7% de LDL, 54,8% de colesterol total y 14,3% de glicemia.
Discusión: Cuatro quintos de los pacientes estudiados evidenciaron sobrepeso u obesidad según IMC. La mayoría presentó alguna alteración en el perfil lipídico. Cerca un sexto de los pacientes tenía glicemia de ayuno alterada o diabetes lo que se acerca al 9,8% de la población general. Como sesgo, solo a las personas con evidente sobrepeso se estudió, y no en todas como se recomienda.

Palabras clave:
Infertilidad femenina, diagnóstico nutricional, índice de masa corporal

TI-12 EXPERIENCIA DE PACIENTES CON FRACTURA DE PLATILLO TIBIAL EN HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO DE CONCEPCIÓN.

Claudia Constanzo V(1) Bryan Rogers S(1) Loreto Contreras E(1) Claudia Lagos V(1) Eduardo Mercado E(2) Eduardo Díaz A(3)

(1) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Traumatólogo de Hospital Traumatológico de Concepción.
(3) Residente de Traumatología en Hospital Traumatológico de Concepción.

Introducción: La Fractura de Platillo Tibial (FPT) representa el 1% de las fracturas asociándose a lesiones ligamentosas en 20-30%, y lesiones meniscales hasta 47%. No existe caracterización clínico-terapéutica en nuestra realidad local.
Objetivos: Caracterizar los pacientes con FPT según sexo, edad, tipo de fractura, manejo y compromiso articular.
Hipótesis: Las FPT son más frecuentes en hombres, siendo Schatzker I más frecuente en jóvenes y Schatzker II en >40 años. Compromiso articular en 40-50%.
Metodología: Estudio descriptivo transversal de 35 pacientes con FPT en Hospital Traumatológico de Concepción durante año 2015. Se comparó según sexo, edad, tipo de fractura (clasificación de Schatzker), manejo y compromiso articular. Registro y análisis de datos en planilla Excel. Resuelto por comité de ética, no aplica uso de consentimiento informado.
Resultados: De 35 pacientes, 68.6% hombres y 31.4% mujeres. Edad media 44.2 años, rango 16 a 81 años. El 25.7% Schatzker IV y 20% Schatzker I, con 15-30 años. El 20% Schatzker II y 14.3% Schatzker VI, con 46-60 años. El 74.3% se manejó quirúrgicamente, de ellos 53.8% con osteosíntesis con placa o doble placa bloqueada, y 19.2% con tornillos canulados. Dos pacientes presentaron compromiso articular: lesión meniscal y en ligamento cruzado anterior por Resonancia Nuclear Magnética.
Discusión: La FPT es más frecuente en hombres, Schatzker I-IV se encuentran más frecuentemente en jóvenes, y Schatzker II-VI en edades mayores. Existe alta asociación con lesiones articulares no evidenciada en este estudio, aceptándose la hipótesis de forma parcial. Es necesario estandarizar la búsqueda de compromiso articular en FPT.

Palabras clave:
Articulación de la rodilla, Fracturas de la tibia, Traumatología.

TI-13 MANEJO DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO BASADO EN ETAPAS. EXPERIENCIA DE HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

Manuel Mundaca C (1) Dr. Fernando Ferrer M (2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
(2) Gineco-Obstetra, Medicina Materno-Fetal, Centro de Innovación e Investigación Materno Fetal, Hospital Sotero del Rio. Centro de Innovación e Investigación Materno Fetal (CIMAF), Hospital Sotero del Rio, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

Introducción: La restricción de crecimiento uterino (RCIU) de causa placentaria se asocia a muerte fetal y daño orgánico. El manejo actual consiste en la evaluación seriada de la unidad feto-placentaria. El método utilizado es el doppler de arteria umbilical, cerebral media y ductus venoso. Dado la heterogeneidad en el manejo de estos pacientes, se ha planteado el manejo estandarizado basado en etapas.
Objetivos: Evaluar el impacto en prematuros tardíos y de termino utilizando un manejo basado en etapas.
Hipótesis: El uso de la clasificación basada en etapas aumentará el número de interrupciones de termino.
Metodología: Revisión y seguimientos de los recién nacidos con diagnóstico de RCIU en ecografías de policlínico de alto riesgo, CIMAF y con diagnóstico al alta entre Noviembre 2014 y Junio 2016. Se utilizó de control los pacientes nueve meses previo al uso de la clasificación. Se excluyeron del análisis los con interrupción por causa materna.
Resultados: Se obtuvieron 107 registros previos a clasificación y 125 luego de la clasificación. En el grupo de PEG se observó una disminución significativa de prematuros tardíos al comparar manejo antes de clasificación vs luego de clasificación (19% vs 4% p=0.039) y un aumento de los de termino (78,1% vs 95,8% p=0.014). Mientras que en los IA se observó una tendencia al aumento de los prematuros tardíos no significativa (12% vs 18%, p=0.352).
Discusión: El uso estandarizado por etapa mejora por lo menos el manejo en PEG, sin poder concluir en IA. En pacientes IA se podría utilizar la latencia a la interrupción como mejor indicador.

Palabras claves:
Retardo del crecimiento fetal, ultrasonografía de doppler, prematuro

TI-14 MIASTENIA GRAVIS: TIMECTOMÍA EN CONCEPCIÓN.

Manuel Rivera J(1)., Jorge Canales Z(1)., Alberto Fuentes E(1)., Claudio Toloza A(2). Roberto González L(3).

(1) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Alumno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(3) Cirujano Cardiotorácico, Profesor Asistente. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción: La timectomía es reconocida como tratamiento potencialmente efectivo en Miastenia Gravis (MG), sin embargo, sus criterios de selección quirúrgica y seguimiento son controversiales.
Objetivos: Describir las características de los pacientes con MG tratados con timectomía y resultados inmediatos y alejados.
Metodología: Estudio descriptivo transversal, período enero-1990-2015 en Hospital Regional de Concepción. Revisión protocolos quirúrgicos, fichas clínicas y registros anatopatológicos, seguimiento clínico y telefónico, previó consentimiento informado y aprobación comité de ética. Se describen características clínicas, resultados inmediatos y alejados. Se utilizó planilla Excel®. Se realizó seguimiento postoperatorio a 1 año al 79,6% y a 3 años al 62,9% de los pacientes. Se realizó seguimiento con diversas escalas entre ellas: Masaoka, Zielinski, Myasthenia gravis foundation of America postintervention status (MGFA-PIS).
Resultados: 54 pacientes; 39 (72,2%) mujeres, edad promedio 35,1±13,8 años. Síntomas: ptosis 38 (70,4%), diplopía 26 (48,2%). 16 (29,6%) presentaron crisis miasténica.
Clasificaron preoperatoria (Osserman) grados : I 8 (14,8%), IIA 7 (13,0%), IIB 38 (70,4%). Tratamiento: Timectomía transesternal extendida 100%, anticolinesterásicos 45 (83,3%). Estudio anatopatológico: hiperplasia tímica 36 (66,7%), timoma 10 (18,5%). Morbilidad postoperatoria 3 (5,6%). No se observó mortalidad en nuestra serie. Seguimiento a 1 año y a 3 años respectivamente: Masaoka: tasa paliación 72,1%/76,5%, tasa de remisión 11,6%/14,7%; Zielinski: resultados positivos 81,3%/88,2%; MGFA-PIS: mejoría 67,4%/76,5%.
Discusión: La timectomía en MG, en pacientes seleccionados, tiene adecuados resultados inmediatos y alejados según las diferentes escalas de evaluación.

Palabras clave:
Hiperplasia del timo, miastenia gravis, timectomía

TI-15 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO DE PACIENTES INTERVENIDAS POR ENDOMETRIOSIS EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN.

Diego Delpin N. (1) Joaquin Galarce L. (1) Ignacio Gajardo J. (1) Rodrigo San Martin F. (1) Emilio Diaz M. (2)

(1) Interno de medicina, facultad de medicina, universidad de concepción, concepción, Chile.
(2) Gineco-obstetra, facultad de medicina, universidad de concepción, concepción, Chile.

Introducción: La endometriosis es la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina. Puede ubicarse en múltiples sitios, siendo más frecuente en ovarios. Puede presentarse más comúnmente con infertilidad, dolor pélvico crónico. Su diagnóstico es quirúrgico.
Objetivos: Describir características clínicas, síntomas y ubicación de la endometriosis.
Hipótesis: La endometriosis es frecuente en casos de dolor pélvico crónico y su ubicación más frecuente es en ovarios.
Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo, período enero 2010- marzo 2015. Revisión base de datos de endometriosis, y fichas clínicas. Descripción de características clínicas, sintomatología, ubicación, etapa, tratamiento.
Resultados: Total 67 pacientes, edad promedio 37,1 ± 8,7, mediana 38 (rango 17-58), 20 (29,9%) presentaron comorbilidades: Tabaquismo 6 (9%), Hipotiroidismo 4 (6%). 24 (35,8%) presentaron paridad. Síntomas: Dolor pélvico crónico 25 (37,3%) pacientes, infertilidad 23 (34,3%), dismenorrea 21 (31,3%), dolor abdominal agudo 5 (7,5%), dispareunia 4 (6%); 31 (46,3%) correspondieron al lado derecho, 34 (50,8%) implante único. Ubicación: 59 (88%) ovárico, 15 (22,4%) peritoneal, 7 (10,4%) fondo de saco posterior, 4 (6%) ligamento uterosacro. Etapa: 1 (1,5%) mínimo, 6 leve (9%), 14 (20,9%) moderado, 46 (68,7%) severo. Tratamiento: Cirugía laparoscópica en 42 (62,7%) pacientes, laparotomía en 25 (37,3%). De los pacientes operados, resección de endometrioma en 26 (38,8%), anexectomía 21 (31,4%), ablación 10 (14,9%), Histerectomía y salpingooferectomía bilateral 10 (14,9%).
Discusión: En nuestra serie, la endometriosis tuvo como síntoma más común el dolor pélvico crónico, seguido de la infertilidad. La mayoría se ubicó en ovarios y con etapa severa. La cirugía de elección más frecuente fue la laparoscopía.

Palabras clave:
Endometriosis, laparoscopia, dolor pélvico.

TI-16 PIE DE ATLETA Y CONDUCTAS DE RIESGO EN DEPORTISTAS UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Giordanno Nobizelli A. (1) Polentze Ballesteros P.(1) Valentina Caballero G.(1) Amaia Paz S.(1) Roberto Cullen A. (2) Katherine Ellsworth C. (2)

(1) Estudiante de Medicina. Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago.
(2) Médico Cirujano. Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago.

Introducción: El pie de Atleta (Tinea Pedis) es una micosis superficial frecuente en deportistas, debido a factores de riesgo como uso de calzado cerrado o exposición a superficies contaminadas. Su importancia radica en que aún siendo una patología de curso benigno, es desestimada por los deportistas, llevando al subdiagnóstico y dermatosis de mayor complejidad, como queratodermia o derivadas de la sobreinfección (erisipela y celulitis).
Objetivos: Estimar la frecuencia de Pie de atleta y exposición a factores de riesgo en deportistas seleccionados en Universidad de Los Andes, durante el año 2016.
Hipótesis: El pie de atleta es una patología frecuente, subestimada por los deportistas.
Metodología: Se elaboró una encuesta virtual orientada a identificar pie de atleta en estudiantes deportistas seleccionados, que fue enviada a un total de 301 deportistas.
Resultados: 98 deportistas respondieron la encuesta. De estos, un 24,5% refirió haber padecido pie de atleta en el último año, sin embargo, sólo un 4,1% consultó para su diagnóstico. Un 17,9% utilizó tratamiento anti fúngico. También destaca un alto porcentaje (19,2%) que no cambia su calzado tras realizar actividad física, y un 18,2% que camina descalzo en los camarines de la universidad, entre los factores de riesgo.
Discusión: La epidemología en Chile de esta enfermedad no está disponible, sin embargo, consideramos que la frecuencia obtenida es significativa, y constatamos que en los deportistas seleccionados, no existe una conducta de prevención de factores de riesgo para esta enfermedad que eventualmente podría llevar al sufrimiento de complicaciones tales como la celulitis.

Palabras clave:
"Tinea pedis", "atletas", "factores de riesgo"

TI-17 PREVALENCIA DEL CONSUMO RIESGOSO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE CONCEPCIÓN.

Rocío Alegría T (1) Nicolás Silva V (1) Paulina López B (2) Ignacia Bordeu I (2) Ana María Moraga P (3)

(1) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(3) Médico epidemiólogo. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.

Introducción: El consumo de alcohol es un importante problema de salud pública. Los estudiantes universitarios están expuestos a múltiples situaciones que favorecen el consumo y son vulnerables a los riesgos asociados.
Objetivos: Determinar la prevalencia del consumo riesgoso de alcohol en los estudiantes de medicina de Concepción. Comparar los resultados entre las distintas universidades de la zona.
Hipótesis: El consumo riesgoso de alcohol en estudiantes de medicina es mayor que el de la población universitaria de Concepción. Existen diferencias en la prevalencia de consumo riesgoso de alcohol entre los estudiantes de medicina de las distintas universidades de Concepción.
Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se encuestó a una muestra representativa de 422 estudiantes de las 3 universidades que imparten la carrera de medicina en Concepción entre mayo y agosto de 2016. Se utilizaron los programas EpiInfo 7.0 para la determinación del tamaño muestral y Microsoft Excel 2010 para la interpretación de los resultados.
Resultados: La edad promedio fue 21,65 años, 50,71% mujeres y 49,29% hombres. El 22,04% de los encuestados presentaron consumo riesgoso de alcohol: del total de consumidores, 6,30% se ha visto afectado en el ámbito social, académico y/o laboral; 14,05% ha puesto en peligro su integridad física y 15,41% ha tenido problemas de tipo cívico.
Discusión: El consumo riesgoso de alcohol en estudiantes de medicina de Concepción alcanzó una prevalencia mayor a la encontrada en un estudio realizado a universitarios de Concepción en 2011. Las diferencias porcentuales entre las distintas universidades no fueron relevantes.

Palabras clave:
Estudiantes de Medicina, Consumo de Bebidas Alcohólicas, Prevalencia.

TI-18 REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO MÍNIMAMENTE INVASIVO.

Paulina Aguirre P. (1), Nicolás Drolett SF. (1), Alexander Cárter D. (2) Javier Labbé Z. (3)

(1) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
(2) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Pedro de Valdivia, Santiago, Chile.
(3) Cirujano Cardiovascular. Jefe de unidad de Cirugía Cardiaca.Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán. Antofagasta, Chile

Introducción: El reemplazo valvular con técnica mínimamente invasiva se comenzó a aplicar en el mundo hace aproximadamente 20 años, se han presentado escasas experiencias en el medio nacional.
Objetivos: Presentar nuestra experiencia inicial con esta técnica en un hospital regional.
Hipótesis: Hallar resultados quirúrgicos comparables con la técnica convencional.
Metodología: estudio descriptivo de una base de datos prospectiva realizado entre noviembre de 2014 a marzo de 2016. Se incluyó pacientes intervenidos para recambio valvular aórtico por técnica mínimamente invasiva, en todos se realizó la misma técnica esternotomía media parcial superior en J hasta el cuarto espacio intercostal derecho, canulación de aurícula derecha y aorta ascendente, protección miocárdica con cardioplegia anterógrada intermitente. Se registraron variables demográficas y clínicas, protocolos operatorios y evolución.
Resultados: Se intervino 13 pacientes, 11 hombres, la edad promedio fue 65 años (46 – 79), la indicación fue estenosis aórtica 85% e insuficiencia aortica severa 15%. La clínica fue disnea de esfuerzo en 85% y síncope en el 15%, la fracción de eyección preoperatoria fue 68% y el EUROSCORE promedio fue 2.29%. Se utilizó válvulas biológicas en 12 casos y mecánica en uno, el tiempo de pinzamiento promedio fue 72 minutos y el tiempo de circulación extra corpórea de 111 minutos. Ningún paciente requirió conversión, se registró un caso de insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis. No se registró mortalidad. La estadía hospitalaria total fue 10 días.
Discusión: el abordaje mínimamente invasivo es una técnica segura, en nuestra serie presentó bajas complicaciones y no presentamos mortalidad.

Palabras claves:
Cirugía, cardiovascular, válvula aórtica.

TI-19 RELACIÓN ENTRE EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN Y PRESENCIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL.

Mauricio Villarroel C. (1) Vania Molina P. (1) Sebastián Haro G. (1) Camila Sandoval S. (1) Diego Arévalo V. (2)

(1) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Residente de Obstetricia y Ginecología. Hospital las Higueras, Talcahuano.

Introducción: El embarazo en vías de prolongación (EVP) es una condición frecuente en obstetricia, actualmente en disminución. La presencia de líquido amniótico meconial (LAM), cuya incidencia aparentemente aumenta desde las 41 semanas de gestación, es una condición vinculada a aumento de la morbimortalidad perinatal y materna.
Objetivos: Estimar si existe relación estadísticamente significativa entre EVP y la presencia de LAM en el parto.
Hipótesis: El EVP se asocia significativamente a LAM ($p<0,05$).
Metodología: Estudio observacional analítico. La población estudio fueron mujeres que tuvieron su parto en el Hospital Higueras de Talcahuano entre junio/2015 y mayo/2016, excluyéndose los partos prematuros. Los datos se recopilaron en Microsoft Excel® y analizaron mediante estadística inferencial. Aprobado por comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
Resultados: De un total de 2073 partos, con edad media de la madre de 26,8 años con desviación estándar de ±6,6, un 90,3% (1871) fueron embarazos de término (ET) mientras un 9,7% (202) EVP. La incidencia de LAM en ambos grupos fue de 15,4% (288) en ET y 27,8% (56) en EVP, con una asociación estadísticamente significativa entre EVP y LAM ($p<0,05$).
Discusión: A la fecha no existen estudios categóricos respecto a la relación existente entre la presencia de LAM y EVP. Si bien los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa, son necesarios análisis más profundos en la materia a futuro para obtener correlaciones concluyentes que permitan intervenciones en esferas tales como prevención.

Palabras clave:
Líquido amniótico, meconio, parto.

TI-20 TRABAJOS DE MEDICINA DEPORTIVA EN CONGRESO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA ENTRE 2009 Y 2015.

Jose Miguel Castellón V (1) Alan Vigones A (1) Fernanda Torres G (2)

(1) Licenciado en Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago.
(2) Médico-Cirujano. Centro de Salud Familiar Garín, Santiago

Introducción: La Sociedad Chilena de Medicina del Deporte se fundó en 1955, constituida actualmente por aproximadamente 400 profesionales. A pesar de llevar 61 años en Chile, la Medicina deportiva es una especialidad poco abarcada en pregrado, generalmente incluida dentro de Traumatología o Fisiatría. Además, existe disminución del interés de los estudiantes por la investigación, resultando en que existan escasos trabajos desarrollados por alumnos respecto a esta especialidad.
Objetivos: Cuantificar los trabajos científicos relacionados a la medicina deportiva presentados en Congreso Científico Nacional de Estudiantes de Medicina (CCNEM) entre los años 2009 y 2015.
Metodología: Estudio bibliometrico descriptivo. Se revisaron los libros resúmenes de los CCNEM obtenidos de la pagina web oficial, incluyendo todos los trabajos científicos, siendo excluidos los casos clínicos. Los datos fueron almacenados y analizados con Excel 2011.
Resultados: Se obtuvo un N= 1027 de trabajos de investigación. Del total, solo 10 (0,97%) se relacionaban a medicina del deporte, siendo en promedio 1,42 por año. En el periodo 2009-2012 había un promedio de 2,25 por año, y entre el 2013-2015 solo 0,33 por año.
Discusión: Los trabajos presentados en CCNEM en relación a Medicina del Deporte son mínimos. En el periodo 2009-2015 se ha visto una reducción anual del numero global de trabajos presentados; disminución que ha sido paralela a la reducción de trabajos de Medicina del Ejercicio en los últimos años. Es fundamental incentivar la investigación en esta especialidad en los alumnos, considerando el aumento de patologías crónicas y el beneficio de la actividad física sobre estas.

Palabras claves:
Medicina deportiva; Estudiantes de medicina; Actividad física

TI-21 TRAUMATISMO TORÁCICO CONTUSO.

Alberto Fuentes E.(1), Manuel Rivera J.(1), Jorge Canales Z.(1), Matías Ávalos T.(2) Roberto González L.(3)

(1) Interno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
(2) Alumno de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
(3) Cirujano Cardiotorácico, Profesor Asistente. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: El traumatismo torácico (TT) es una causa importante de morbimortalidad, presente en el 25-50% de la mortalidad por trauma. El TT contuso (TTC) es el tipo más frecuente de TT a nivel internacional.
Objetivos: Describir características, índices de gravedad del traumatismo (IGT), morbimortalidad en hospitalizados por TTC.
Hipótesis: Los TTC son principalmente causados por accidentes de tráfico y su mortalidad es semejante a lo esperado según IGT.
Metodología: Estudio descriptivo transversal. Período enero-1981 a diciembre-2015, Hospital Regional de Concepción. Revisión base de datos de TT, protocolos quirúrgicos de todos los TTC, previo consentimiento informado y aprobación comité de ética. Se utilizó planilla Excel®. Se calculó IGT: Injury Severity Score (ISS), Revised Trauma Score (RTS-T), Trauma Injury Severity Score (TRISS).
Resultados: Total 3839 TT, 1562 (40,7%) TTC. Hombres 1257 (80,5%), edad promedio 45,8+19,1 años. Se consideró TT aislado 918 (58,8%), asociado a lesiones extratorácica 644 (41,2%), con 236 (15,1%) politraumatizados. Mecanismo: accidente de tráfico 731 (46,8%), caída de altura 253 (16,2%). Lesiones y hallazgos intratorácicos: fractura costal 1146 (73,4%), neumotórax 649 (41,6%). Tratamiento: médico 808 (51,7%), pleurotomía 622 (39,8%), cirugía torácica 132 (8,5%): 60 (45,5%) urgentes (1-4hrs). Hospitalización promedio 9,1+9,7 días. Según IGT: ISS promedio 13,2+10,4, mediana 9, RTS-T promedio 11,6+1,1, mediana 12, TRISS promedio 4,7+12,0, mediana 1,1. Morbilidad 272 (17,4%), mortalidad 55 (3,5%).
Discusión: El TTC se atribuyó principalmente al accidente de tráfico. La fractura costal fue la lesión torácica más frecuente. La mayoría requirió solo tratamiento médico. La mortalidad fue menor a la esperada según IGT.

Palabras claves:
Puntaje de gravedad del traumatismo, traumatismos contundentes, traumatismos torácicos.

TI-22 UNIDAD DE DOLOR AGUDO (UDA), EXPERIENCIA CLINICA HOSPITAL DE CARABINEROS, SANTIAGO DE CHILE.

Sebastián Merino V (1) José Miguel Castellón V (1) Sergio Alegría M (2)

(1) Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago.
(2) Servicio de Anestesiologia, Hospital de Carabineros, Santiago.

Introducción: Un adecuado manejo y alivio del dolor postquirúrgico disminuye la morbilidad y mejora la experiencia del usuario. Por ello, el año 2014 en el Hospital de Carabineros, se planifica y pone en marcha la UDA.
Hipótesis: Creación de UDA es efectiva para manejar el dolor postquirúrgico.
Objetivos: Evaluar la experiencia obtenida durante los 24 meses de funcionamiento de la UDA.
Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo; revisión de libros UDA (entre Junio 2014 y Julio 2016), muestreo aleatorio de 50 pacientes con registro según norma de la unidad, para obtener protocolos UDA, operatorio y de anestesia. Se recopila información incluyendo valoración del dolor, variables demográficas, patologías, cirugías realizadas, analgesia recibida, complicaciones y efectos adversos, entre otros; se analiza usando descripción de frecuencias con medidas de tendencia central.
Resultados: En 24 meses de funcionamiento ingresaron 586 pacientes; 205 poseían registro adecuado. Se logra incluir 43 fichas clínicas. La edad promedio fue 42,9 años (DE + 27.6) y 53.5% eran mujeres. 34.9% de las cirugías fueron traumatológicas, 23.2% ginecológicas; el 34.8% recibió analgesia controlada por paciente (PCA) endovenosa, 65.1% PCA peridural, con permanencia promedio 2.1 días (DE + 0.7); 13.9% presenta nauseas, 11.6% paresias y 9.3% estesias. Escasa falla de bomba (7%); 72% completo protocolo de alta. Solo 11,6% presentó escala visual análoga (EVA) sobre 3.
Discusión: El manejo estandarizado logró 90% de control adecuado del dolor, efectos adversos infrecuentes y ausencia de complicación severa. Por lo tanto la UDA ha sido altamente efectiva en el manejo del dolor postquirurgico.

Palabras Claves:
Analgesia, Dimensión del dolor, Dolor postoperatorio.

CASOS CLÍNICOS

CC-001 ESPONDILODISCITIS EN UN LACTANTE, REPORTE DE UN CASO.

Claudio Ñanco M. (1) Manuel Barrera O. (1) Florencia Correa G. (1) Raimundo Saavedra C. (1) Verónica Cerda F. (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago
(2) Clínica Universidad de Los Andes, Santiago

Introducción: La espondilodiscitis es un proceso infeccioso diseminado vía hematógena que afecta vertebras y discos intervertebrales. Es facilitado por la gran vascularización ósea presente en niños.
Presentación del caso: Lactante masculino de 1 año 9 días de edad con antecedente de faringitis hace 1 semana. Consulta en Servicio de Urgencia de la Clínica Universidad de los Andes por cuadro de 2 semanas de evolución de llanto vigoroso desencadenado en sedestación, cediendo al decúbito supino y asociado a disminución del gateo. Madre no refiere fiebre, trauma u otras alteraciones.
Se sospecha cuadro infeccioso solicitándose hemograma y 2 hemocultivos, resultando sin hallazgos. Se realiza radiografía de sacro coxis y columna lumbar Antero posterior y Lateral, donde se aprecia disminución del espacio intervertebral L1-L2. Se prosigue con Resonancia Nuclear Magnética de columna lumbar, donde se evidencia proceso inflamatorio - infeccioso centrado en disco intervertebral L1-L2 asociado a adenopatías retroperitoneales adyacentes y sin presencia de complicaciones. En base a antecedentes, clínica y hallazgos imagenológicos, se decide hospitalizar con diagnóstico de espondilodiscitis L1-L2.
Se administra cefotaxima endovenosa y cloxacilina endovenosa por 14 días, con lo cual evoluciona con disminución del dolor y mejoría en desarrollo motor grueso. Una vez completado paciente presenta buenas condiciones generales. Prosigue ambulatoriamente con indicaciones de reposo total por un mes, cefadroxilo vía oral y paracetamol en caso de dolor.
Discusión: La clínica de esta patología es característica, pero inespecífica, requiriendo un gran índice de sospecha. Las imágenes resultan fundamentales ante exámenes de laboratorio negativos.

Palabras Clave:
Lactante, Disco Intervertebral, Discitis.

CC-002 ISQUEMIA MESENTÉRICA, ALTAMENTE LETAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Aldo Rocha C (1) Camila Sáez Ch (1) Esteban Parra V (1) Cristóbal Pérez S (2) Ángela Venegas F (3)

(1) Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
(2) Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Los Ángeles.
(3) Hospital Clínico Herminda Martin Chillan.

Introducción: Isquemia mesentérica (IM) es la obstrucción de los vasos mesentéricos, generando una inadecuada perfusión intestinal que genera desde isquemia hasta necrosis. Esta entidad patológica correspondiente al 2% de los abdómenes agudos, y tiene una mortalidad del 60%. La etiología más común es la embolia mesentérica con un 50% del total, le siguen IM no oclusiva, trombosis arterial mesentérica y trombosis venosa mesentérica. De los factores de riesgo los principales son las enfermedades cardiovasculares.
Presentación del caso: Paciente de 58 años, sexo masculino, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infarto agudo al miocardio (IAM) hace 15 días no tratado, consulta por epigastralgía intensidad 10/10 Eva sin irradiación, que no sede con morfina, asociado a vómitos. Sin alteraciones nuevas en electrocardiograma y leve elevación de enzimas cardiacas, se ingresa como IAM sin supra desnivel ST. Paciente persiste con dolor y vómitos, sospechándose pancreatitis se solicita tomografía computacional de abdomen con contraste, la que diagnostica isquemia mesentérica aguda. Evaluado por cirujano quien indica fuera de alcance quirúrgico por extensión de la lesión, se decide tratamiento médico, pese a eso paciente fallece.
Discusión: La IM en una entidad patológica con sintomatología poco especifica pero altamente letal, que requiere tratamiento quirúrgico y medico urgente el que puede salvar la vida, siempre que sea pesquisada a tiempo, por tanto se debe tener una alta sospecha más aun en pacientes que tienen antecedentes de cuadros coronarios reciente lo que aumenta el riesgo de padecerla.

Palabras clave:
Isquemia mesentérica, Abdomen.

CC-003 LABERINTITIS OSIFICANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Aldo Rocha C (1) Camila Sáez Ch (1) Esteban Parra V (1) Cristóbal Pérez S (2) Ángela Venegas F (3)

(1) Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
(2) Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Los Ángeles.
(3) Hospital Clínico Herminda Martin Chillan.

Introducción: Laberintitis osificante (LO) es la formación patológica de hueso nuevo dentro de la cápsula ótica, asociado a hipoacusia y a pérdida de la función vestibular. Ocurre como posible secuela de la inflamación del oído interno resultante de meningitis bacteriana y de laberintitis purulenta.
Presentación del caso: Escolar de 7 años, sexo femenino con antecedentes de meningitis meningocócica a los 6 meses de edad, sin secuelas auditivas según potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC) e historia de otitis a repetición, consulta por nuevo cuadro de 3 días de evolución de otalgia y otorrea, asociada a hipoacusia progresiva bilateral, el cual se manejó con ceftazidima y corticoides. Se decidió estudiar con audiometría, la cual mostró hipoacusia neurosensorial bilateral, por lo que se continuó el estudio con tomografía computada (TC) de oído sin contraste, donde se pesquisó osificación de canales semicirculares bilateral de predominio izquierdo, compatible con laberintitis osificante. Paciente actualmente en estudio preoperatorio para implante coclear.
Discusión: Se presenta un cuadro típico de LO, en el cual el antecedente de infección por neisseria meningitidis y la lesión crónica por otitis a repetición, conforman la historia natural de la inflamación progresiva de las estructuras que componen el laberinto óseo y membranoso. Caso importante de reconocer para el clínico de atención primaria considerando las alteraciones auditivas que genera a largo plazo.

Palabras Clave:
Laberintitis osificante, hipoacusia, laberintitis purulenta.

CC-005 MOLA HIDATIFORME PARCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Víctor Eduardo Guiñez V.(1) Juan Alfonso Umaña R.(1)Alexander Giovanni Roa B. (1) Javier Andrés Licanqueo J.(1) Paulina Renne Salgado U. (2)

(1) Escuela de medicina - Universidad Mayor de Temuco.
(2) Médico General – Cesfam El Carmen, Temuco.

Introducción: Clásicamente la mola hidatiforme se ha dividido en dos grupos principales: la mola completa y la mola parcial. La mola clásica o completa no presenta feto o embrión y contiene un cariotipo 46 XX o 46 XY. Mientras que la mola parcial o incompleta se acompaña de embrión, feto, o saco gestacional con un cariotipo triploide, 69 XXY.
Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 52 años, multípara de 3, que acude al hospital por sangrado transvaginal y dolor en hipogastrio de un mes de duración. Al examen con especuloscopio con sagrado activo. Se realiza ecografía transvaginal y seguimiento de subunidad beta HCG (BHCG) la cual resulta concordante con enfermedad trofoblástica. Se decide hospitalizar para realizar legrado uterino en el cual se toma biopsia que informa enfermedad del trofoblasto gestacional: mola hidatidiforme parcial. Se decide iniciar seguimiento con BHCG la cual continúa con valores elevados por lo que se decide realizar segundo legrado. Posterior a éste el seguimiento de BHCG no tiende al descenso por lo que se decide realizar histerectomía transvaginal más anexectomía bilateral. Postoperatorio resulta satisfactorio.
Discusión: La mola parcial es menos frecuente que la mola completa y difiere tanto en la presentación clínica, como en sus hallazgos imagenológicos. La sospecha diagnostica prevaciamiento uterino por lo general es limitado siendo frecuentemente un hallazgo en biopsias de aborto incompleto o retenido. El manejo por lo general es un vaciamiento uterino. La histerectomía constituye una alternativa en pacientes seleccionadas, las cuales deben tener como requisito fundamental paridad cumplida.

Palabras clave:
Mola hidatiforme, Legrado, Histerectomía.

CC-006 ARTRITIS PSORIÁTICA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Manuel Barrera O. (1) Claudio Ñanco M. (1) Florencia Correa G. (1) Raimundo Saavedra C. (1) Alejandro Badilla P. (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago.
(2) Clínica Universidad de los Andes, Santiago.

Introducción: La Artritis Psoriática (AP) es la inflamación articular en pacientes con psoriasis. En ocasiones la artritis precede a las lesiones cutáneas.
Presentación del caso: Paciente sexo femenino de 37 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo. Derivada a Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente, con una historia de poliartralgias de manos, hombros y codos de 6 meses de evolución, asociado a rigidez matinal de manos de 1 hora. En el examen físico presentaba sinovitis de 6 articulaciones entre muñeca izquierda, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, en forma asimétrica. En los exámenes de laboratorio destacaba una velocidad de sedimentación discretamente elevada. El factor reumatoide, anticuerpo anti- péptido citrulinado cíclico y anticuerpos antinucleares resultaron negativos. Las radiografías de manos mostraban discreta disminución de espacio articular en segunda metacarpofalángica derecha y aumento de partes blandas en 2-3-4 interfalángicas proximales izquierdas. Por la forma de presentación articular asimétrica y la serología negativa se decidió solicitar ultrasonografía de manos, la cual detectó sinovitis activa en interfalángicas distales. En base a estos hallazgos se rescata de la historia antecedentes familiares de psoriasis, se realiza un Antígeno Leucocitario Humano (HLA) B27 que fue negativo y una Tomografía Axial Computarizada de sacroiliacas, sugerente de sacroileítis bilateral. Se inicia tratamiento con Metotrexato, alcanzando buena respuesta terapéutica.
Discusión: La AP no siempre tiene una presentación clásica. Puede haber compromiso articular sin lesiones cutáneas evidentes. El compromiso de interfalángicas distales, la seronegatividad y los hallazgos de imágenes son un pilar fundamental en el diagnóstico.

Palabras Claves:
Artritis, Psoriasis, Espondiloartropatías

CC-008 SARCOMA DE EWING PARIETOOCCIPITAL PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Álvaro Medina P(1),Rodrigo Maldonado D(1) Matías Lyner B (1) Teresa Muñoz N(2)

(1) Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente.
(2) Médico Cirujano Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente.

Introducción: Los sarcomas de partes blandas representan un 5-8% de los canceres pediátricos con una incidencia de 8,4/1.000.000 en niños menores de 15 años.
Presentación del caso: Paciente de 11 años sin antecedentes mórbidos consulta al servicio de urgencias por cuadro de cefalea holocraneana de carácter punzante de larga duración asociada a vómitos y mareos, al examen físico se muestra aumento de volumen duro fijo sin cambios de color ni aumento de temperatura en área occipital. Se realiza radiografía de cráneo que no muestra lesiones por lo que se decide realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro mostrando una lesión en región parietooccipital izquierda con tejido blando con compromiso de la duramadre. Se hospitaliza para estudio; es evaluado por hemato-oncologia que solicita estudios en los que destaca cintigrama óseo que mostro lesión hipocaptante en zona parietooccipital izquierdo. Mediante una craneotomía es extirpado un tumor de 4,5 x 4 x 2,5 cm cuyo resultado de biopsia fue un Sarcoma de Ewing. Fue ingresado a quimioterapia completando todos sus ciclos con aparente remisión tumoral. Durante este año se realiza estudios de control, destaca un TAC de tórax que mostró un nódulo pulmonar izquierdo de 3 cm de diámetro.
Discusión: Es importante tener en cuenta los factores pronósticos de la enfermedad: edad, sexo, tamaño del tumor, metástasis siendo esta última el factor pronóstico más importante. El caso presentado es un paciente con metástasis pulmonar por lo que tiene un mal pronóstico de sobrevida, pese a quimioterapia.

Palabras:
Cefalea, Quimioterapia, Sarcoma de Ewing.

CC-009 DIVERTICULO DE ZENKER, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISFAGIA.

Álvaro Medina P(1) Rodrigo Maldonado D(1) Matías Lyner B(1) Teresa Muñoz N(2)

(1) Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente.
(2) Médico Cirujano Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente.

Introducción: los divertículos esofágicos son evaginaciones de la luz del esófago recubierta completamente por el epitelio. Se reconocen dos tipos de divertículos, los llamados por tracción, que son secundarios a un proceso inflamatorio crónico del mediastino y los por pulsión, que son el resultado de una alteración de la presión intraluminal del esófago con herniación de la mucosa y submucosa, el divertículo de zenker corresponde a un divertículo por pulsión.
Presentación del caso: paciente de 64 años con antecedentes hipertensión arterial que consulta por disfagia lógica desde hace 2 meses asociado a las comidas sólidas, halitosis y tos nocturna que lo despierta varias veces en la noche, sin antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Consulta con especialista quien solicita una endoscopia digestiva alta para estudio en la que se observa un divertículo en el tercio proximal del esófago también se realiza un tránsito esofágico cuyo examen precisa un divertículo de 3,6 cm x 8,7 cm. Se hospitaliza para resolución quirúrgica de su patología, exámenes de laboratorio sin alteraciones. Se realizó la cirugía, consistiendo en una diverticulotomia lateral izquierda realizada por el borde anterior del esternocleidomastoideo. Cursa con post operatorio favorable. Alta sin complicaciones y asintomático.
Discusión: debe tenerse en consideración la patología esofágica benigna como causa de disfagia descartando otras causas que implican mayor morbilidad como son: cáncer esofágico, esclerosis sistémica, enfermedad de parkinson, miastenia gravis, patología faríngea. Una elaborada anamnesis junto a un estudio endoscópico son las claves para el diagnóstico.

Palabras claves:
Endoscopia, Disfagia, Divertículo esofágico.

CC-010 MIELOMA MÚLTIPLE, PRESENTACIÓN ATÍPICA

Álvaro Medina P(1) Rodrigo Maldonado D(1) Matias Lyner B(1) Teresa Muñoz N(2)

(1) Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente.
(2) Médico Cirujano Universidad de Concepción. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente.

Introducción: El mieloma múltiple corresponde al 1% de las neoplasias y al 10% de las neoplasias hematológicas y corresponde a un cáncer de células plasmáticas que producen una proteína anormal o componente monoclonal.
Presentación del caso: Paciente de 60 años que consulta en urgencias por dolor intenso de extremidades inferiores de predominio en pierna izquierda, que al examen neurológico no presenta paresia, ni parestesias, con signos de irritación radicular, signo Lasegue positivo, reflejos osteotendinosos normales, se hospitaliza en servicio de neurología con hipótesis diagnostica de hernia núcleo pulposo lumbar, los exámenes de ingreso destaca una hemoglobina de 9,2 g/dl con CHCM: 32 g/dl, VCM: 97,6 fl y albumina 2g/dl. Se realiza una resonancia magnética de columna lumbar que descartó herniación y además mostro una lesión hipointensa en cuerpo vertebral de L4. Se solicitó exámenes en los que destacó electroforesis en sangre con peak monoclonal gamma, proteína de Bence Jones posititva en orina, hiperproteinemia de 14g/dl, proteinuria 24 hrs de 3000 mg, beta 2 microglobulina de 8 mg/L se evaluó por hematología para realizar mielograma cuyo informe confirma el diagnostico de mieloma múltiple. Paciente ingresa a quimioterapia.
Discusión: Es interesante el caso pues el paciente no tenía historia de lumbago, el estudio de lesiones osteolíticas resulto negativo y el síntoma inicial hizo sospechar un cuadro neurológico. En este caso la etapificación considerando los niveles de albumina y beta 2-microglobulina correspondería a una etapa III de mieloma múltiple con una sobrevida media de 29 meses.

Palabras claves:
Electroforesis, mieloma múltiple, proteinuria.

CC-011 MANCHA DE VINO OPORTO RESISTENTE A LÁSER DE COLORANTE PULSADO MANEJADA CON LUZ PULSADA INTENSA.

Sandra Thimeos G(1), Nicolás Muñoz M(1), Iván Fuentes O(1). Sebastián Cintolesi A (2)

(1) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.
(2) Médico Anestesiólogo. Hospital Puerto Montt, Chile. Docente de Anestesiología y Reanimación Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile. BTEC Level 4 Award in Lasers and Light Therapies, Londres, Inglaterra.

Introducción: El manejo con Láser de Colorante Pulsado (PDL) se considera el tratamiento de elección para las Manchas de Vino Oporto (MVO). Se reporta 20-30% de resistencia al tratamiento estándar con láser, por ello se ha abierto la exploración de la efectividad de tecnologías alternativas como la luz pulsada intensa (IPL).
Presentación del caso: Mujer de 19 años de edad, sin antecedentes mórbidos, con fototipo según clasificación de Fitzpatrick tipo 2.
Presentó una lesión localizada en mejilla derecha, tipo mácula, color rojo, aplanada, junto con otras lesiones satélites en sien derecha y sobre labio superior derecho. La lesión de la mejilla mide 5 cm de ancho y 4 cm de altura, la lesión de la sien mide 3 cm de ancho y 4 cm de largo, la lesión labial mide 2 cm de ancho y 1 cm de largo. Recibió como tratamiento 18 sesiones de PDL, en un periodo de 4 años, sin tener respuesta.
El tratamiento de esta lesión refractaria, fue realizado con el dispositivo de I2PL Ellipse Multiflex en 6 sesiones, obteniéndose una reducción importante de la lesión inicial.
Discusión: Se ha descrito la utilización de una tecnología para el tratamiento de las MVO denominada I2PL, que corresponde a un sistema de luz doblemente filtrada, tanto hacia el espectro ultravioleta, pero además con filtro infrarrojo. Esto permite la selección de estrechas bandas de luz, ofreciendo la especificidad terapéutica del PDL, pero conservando las ventajas de un sistema IPL.

Palabras clave:
Mancha vino de Oporto, Luz pulsada intensa, Tratamiento.

CC-012 TALO VERTICAL CONGÉNITO BILATERAL EN PACIENTE ADULTO. REPORTE DE CASO.

Andrés Aguilera B(1) Nicolás Cuesta V(2) Pilar Caro S(2)Alejandro Guzmán D(3) Jaime Elgueta G(4) Víctor Araya B(4)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(3) Residente Traumatología y Ortopedia, Universidad Católica de la Santísima de Concepción, Concepción.
(4) Traumatólogo y Ortopedista. Equipo Tobillo y Pie Hospital Las Higueras, Talcahuano.

Introducción: Talo Vertical Congénito (TVC), deformidad infrecuente caracterizada por pie plano rígido secundario a luxación dorsal del Navicular en cabeza y cuello del Astrágalo, con posterior deformación del Astrágalo, subluxación articulaciones adyacentes y eventual contractura de tendones de Aquiles, calcáneo, tibial anterior y/o peroneos. Clínicamente presenta equino y valgo del retropié asociado a abducción y flexión dorsal del antepié. Pronóstico variable según edad de diagnóstico y manejo, con favorables resultados mediante tratamiento ortopédico en menores de 1 año y quirúrgico en menores de 3 años. Manejo en adultos no tratados durante infancia es controvertido y escasamente documentado.
Presentación de Caso: Paciente de 32 años, sin antecedentes mórbidos, que consultó por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por dolor severo en cara medial de pie izquierdo e impotencia de marcha, posterior a caída a nivel. Relató deformación no tratada desde infancia. Radiografía de pie a 4 años de edad evidenció Pie plano secundario a TVC y radiografía de control año 2015 presentó Artrosis subtalar asociada. Se realizó procedimiento de Strayer más triple artrodesis modelante y reducción del Talo, con favorable evolución a 1 año.
Discusión: Manejo TVC en adulto es controvertido, describiéndose múltiples alternativas quirúrgicas con resultados variables. Objetivo en este grupo de pacientes debe ser manejo sintomático, no corrección anatómica. Actualmente se considera de elección efectuar resección ósea significativa y artrodesis de retropié, permitiendo mantener reducción y alivio de dolor. Destacar que enfoque en TVC debe ser diagnóstico y tratamiento precoz para corregir deformación anatómica.

Palabras Claves:
Pie Plano, Deformidades congénitas del Pie, Artrodesis .

CC-013 LESIÓN DE MEDIOPIÉ COMO DOLOR PERSISTENTE SECUNDARIO A APARENTE ESGUINCE DE TOBILLO. REPORTE DE CASO.

Andrés Aguilera B(1) Pilar Caro S(2) Nicolás Cuesta V(2) Alejandro Guzmán D(3)
Jaime Elgueta G(4) Víctor Araya B(4)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Interno de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(3) Residente Traumatología y Ortopedia, Universidad Católica de la Santísima de Concepción, Concepción.
(4) Traumatólogo y Ortopedista. Equipo Tobillo y Pie Hospital Las Higueras, Talcahuano.

Introducción: Fracturas y/o luxaciones del mediopié, incluyendo lesiones con compromiso de articulaciones de Lisfranc y/o Chopart, constituyen un conjunto de condiciones usualmente inadvertidas durante primera consulta debido a infrecuencia. Diagnóstico requiere alta sospecha clínica frente edema y dolor de pie más equimosis plantar. Debe realizarse confirmación radiológica convencional, siendo eventualmente necesario estudio con escáner o resonancia magnética. Diagnóstico tardío puede asociarse a complicaciones a largo plazo como artrosis, deformación y pie plano.
Presentación de Caso: Paciente de 45 años, con antecedentes de consulta en urgencia por dolor pie derecho secundario a caída de escalera, diagnosticándose esguince de tobillo y contusión de pie. Ocho semanas posterior a accidente acudió a Policlínico Tobillo y Pie por persistencia de dolor, se reevaluó radiografías e impresionó presencia de Luxofractura Inveterada de Chopart y lesión de Lisfranc Subtile Nunley GIII pie derecho. Se efectuó reducción abierta y fijación interna (RAFI) de luxación de Chopart por doble abordaje y recuperación de largo de columnas, artrodesis Subtalar y de Chopart más RAFI de Lisfranc, presentando favorable evolución al año de control.
Discusión: Manejo de lesiones de mediopié puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de grado de estabilidad y/o desplazamiento. Principal objetivo manejo quirúrgico es preservar biomecánica de mediopié, mediante reconstrucción y conservación de articulaciones esenciales como Talonavicular, Calcáneocuboideo y Cuboideo-4to-5to Metatarsiano, utilizándose en forma aguda uso de fijadores externos y posteriormente RAFI. En lesiones inveteradas se sugiere realizar artrodesis modelante, intentando conservar similares objetivos que en manejo agudo. Destacar importancia alta sospecha clínica y confirmación radiológica.

Palabras Claves:
Dolor, Fracturas óseas, Fijación interna de fracturas.

CC-014 MANEJO DE FISTULA HEPATOPULMONAR MEDIANTE PLASMA RICO EN PLAQUETAS, INNOVADORA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA. REPORTE DE CASO.

Carla Muñoz M(1) Nicolás Cuesta V(2) Andrés Aguilera B(1) Maricel Núñez N(1) Víctor Pinochet F(3)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(3) Residente Medicina Interna, Hospital Las Higueras, Talcahuano.

Introducción: Fístula Hepatopulmonar (FHP), condición clínica secundaria a múltiples etiologías, caracterizada por presencia de comunicación de parénquima hepático con pulmonar a través de trayecto fistuloso. Manejo tradicional es mediante abordaje quirúrgico, sin embargo, se asocia a considerable tasa de morbimortalidad postoperatoria. Surgen técnicas alternativas menos invasivas, como terapias endoscópicas o radiología intervencionista, aunque con larga estadía hospitalaria. Uso de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) emerge como novedosa alternativa terapéutica, aunque con escasos estudios que avalen su uso.
Presentación del caso: Paciente varón de 57 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y nefrectomía derecha secundario a Tumor Renal. Consultó por cuadro de 3 días de dolor en hipocondrio derecho asociado a vómitos. Se efectuó TAC de Tórax y Abdomen con contraste que evidenció colecciones hidroaéreas comunicadas por probable trayecto fistuloso en lóbulo hepático derecho y lóbulo pulmonar inferior derecho, compatibles con FBP secundaria a absceso hepático. Fibrobroncoscopía confirmó FHP, instilándose PRP. Fibrobroncoscopía de control concluyó presencia de tapón fibrinoso con oclusión completa de trayecto fistuloso, presentando favorable evolución posterior a 3 semanas.
Discusión: PRP, innovadora técnica que permite mejorar las habilidades innatas de reparación y regeneración tisular, mediante propiedades de substancias biológicamente activas, tales como Factores de Crecimiento, contenidos en las plaquetas. Uso en FBP con escasos reportes de casos, presentando favorable cicatrización, menor tiempo hospitalización y disminución de la morbimortalidad en comparación a manejo quirúrgico. Uso de PRP surge como alternativa válida en cierre de FBP, aunque son necesarios mayores estudios acerca de dicha técnica.

Palabras claves:
Fistula del Sistema Digestivo, Plasma rico en Plaquetas, Factor de Crecimiento derivados de Plaquetas.

CC-015 PENFIGOIDE DEL EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO.

Sergio Soto C (1) Álvaro Pérez C (1) Geraldo Quiroz B (1) Daniela Alarcón P (2)

(1) Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
(2) Ginecólogo Obstetra, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Introducción: El penfigoide del embarazo (PE), denominado también penfigoide gestacional (PG) es una enfermedad ampollar autoinmunitaria poco frecuente asociada al embarazo. Puede presentarse en cualquier etapa de la gestación incluyendo el puerperio. Clínicamente se caracteriza por inicio súbito, con placas eritematosas anulares urticariales sobre las cuales se desarrollan ampollas que progresan a vesículas y bulas pruriginosas.
Presentación del Caso: Paciente con embarazo de 30 semanas consultó por presentar desde hace un mes lesiones maculo-papulares y vesiculares, pruriginosas no dolorosas de inicio periumbilical y que luego se generalizaron al resto del cuerpo. Se hospitalizó para estudio en unidad alto riesgo obstétrico. Se realizó ecografía obstétrica que evidenció feto creciendo en percentil 10-25 de la curva de peso Alarcón-Pittaluga, con líquido amniótico y Doppler arterial fetal normales. Se le toma biopsia de lesión en antebrazo y se indica prednisona 40 mg oral por 5 días y clorfenamina. Evoluciona favorablemente con regresión de las lesiones y disminución del prurito. Se dio de alta con esquema de disminución de prednisona e indicación de interrupción del embarazo a las 37 semanas.
Discusión: A pesar de que el gold standard para el diagnóstico de PE es la inmunofluorescencia, su presentación clínica y la gravidez de la paciente, permiten una primera orientación diagnóstica. Dentro del pronóstico fetal se describe asociación con parto prematuro, bajo peso al nacer, presencia de eritema y ampollas transitorias al nacer. El pilar del tratamiento son los corticoides por vía sistémica u oral. No se han descrito riesgos para la gestante, salvo en lesiones graves.

Palabras Clave:
Penfigoide Gestacional, Vesícula, Autoinmunidad.

CC-016 CORDOMA SELAR; REPORTE DE UN CASO.

Gonzalo Andrés Salgado Domínguez (1) David Isaac Villarroel Rubio (1) Jaime Andrés Vásquez González (1) Eric Arturo Martínez Maass (2)

(1) Alumno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción.
(2) Médico Cirujano, Médico General de Zona de Hospital de Curanilahue.

Introducción: El Cordoma selar es un tumor del remanente notocordal en el centro de la base de cráneo, de crecimiento lento, pero localmente destructivo. Suele manifestarse con cefalea y diplopía, generalmente entre los 30 y 50 años. Su incidencia aproximada es de 1/2.000.000 personas por año.
Presentación de caso: Varón de 16 años, consulta por cefalea acompañada de diplopía intermitente. Examen físico evidencia paresia del nervio abducens izquierdo, se solicita Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cerebro, revelando presencia de tumor localizado en seno cavernoso izquierdo de 24mm que genera desplazamiento lateral y craneal del sifón carotideo; se sospecha cordoma selar. Se realiza cirugía con finalidad de resección radical del tumor, obteniendo sólo resección parcial debido a presencia de calcificación y riesgo por proximidad con seno cavernoso. Biopsia corrobora diagnóstico de cordoma selar. Durante los siguientes 6 meses la diplopía se vuelve constante. Se inicia radioterapia sobre región selar por 4 semanas. RMN posterior al tratamiento muestra detención progresiva del crecimiento del cordoma. A los 18 años se realiza cirugía endoscópica nasal sin lograr extirpación total. Biopsia reitera naturaleza benigna.
Discusión: La presentación asintomática en las primeras décadas propicia que estas neoplasias crezcan considerablemente, comprometiendo estructuras neurovasculares, como el quiasma óptico.
Su diagnóstico es histopatológico.
Ante la imposibilidad de una resección radical, en su tratamiento, se recomienda el uso de radioterapia de haz de protones coadyuvante.
En el presente caso, hablamos de un tratamiento exitoso, dado que transcurridos 14 años de finalizada la radioterapia, paciente no presenta nuevas manifestaciones clínicas sugerentes de recidiva, ni hallazgos imagenológicos.

Palabras claves:
Cordoma, Notocorda, Radioterapia.

CC-017 ATRAPAMIENTO DE NERVIO MEDIANO A NIVEL DEL CODO EN PACIENTE CON LESIÓN DE TENDÓN BICIPITAL.

Roberto Carvajal K (1). Gonzalo Barraza F (1). Nicolás Thumm B (2).

(1) Internos de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago
(2) Traumatólogo, Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)

Introdución: El atrapamiento del nervio mediano suele manifestarse de diversas formas clínicas, dependiendo de la zona anatómica de compresión. Su presentación mas común es el atrapamiento a nivel de la muñeca, provocando el síndrome de túnel carpiano (STC), así, los atrapamientos a nivel del codo quedan olvidados. La clínica clásica de atrapamiento mediano alto son parestesias a nivel de la eminencia tenar y región volar del primer, segundo y tercer dedo.
Presentación del caso: L.M.M masculino, 54 años, diestro, antecedentes quirúrgicos de reinserción distal de tendón bicipital derecho , evoluciona 1 año posterior a su cirugía, con parestesias en la región tenar y porción volar del primer, segundo y tercer dedo, asociado a dolor en antebrazo.
Al examen físico, fuerza y tono flexor conservado, reproducción de síntomas al presionar la cabeza del pronador redondo, pruebas de STC (-).
Estudios imagenológicos sin hallazgos.
Estudios electromiográficos concluyeron compromiso del nervio mediano a nivel del codo.
Inició tratamiento conservador por 6 meses, sin mejoría. Se realiza neurolisis amplia de nervio mediano. Paciente asintomático en su post-operatorio, actualmente en control.
Discusión: Los atrapamientos del nervio mediano a nivel del codo son poco comunes y no existen publicaciones acerca de atrapamientos posteriores a reinserción de tendón distal de biceps. Se vuelve un desafío para el clínico, el poder diagnosticar una neuropatía de extremidad superior que escapa de la normalidad, es por esto que es fundamental el conocimiento de las diferentes regiones que pueden provocar un atrapamiento, su clínica y examen físico característico, que permita llegar a un diagnóstico preciso.

Palabras clave:
Síndromes de compresión Nerviosa, Neuropatías de atrapamiento, Nervio Mediano.

CC-018 ERITRODERMIA CAUSADO POR PTIRIASIS RUBRA PILARIS. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Francisco Andrés Correa A (1) Tyare Manihay Fuentes G (1) Yuri Armando Mercado M (1) Pedro Alejandro de la Maza C (1) Yessenia Ana Maria Valenzuela V (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco, Temuco.
(2) Servicio de dermatología, Hospital de Pitrufquen, Pitrufquen.

Introducción: La Pitiriasis Rubra Pilaris(PRP) es una enfermedad de causa desconocida. Se caracteriza por pápulas foliculares hiperqueratósicas y placas eritemato-escamosas. Es de evolución variable, crónica y recidivante; por lo general es una enfermedad benigna y excepcionalmente mortal. Se pretende reseñar la experiencia desde el punto de vista del manejo y evolución del cuadro.
Presentación del caso: Presentamos a un paciente masculino de 64 años de edad, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, hipotiroidismo, asma y arritmia completa por fibrilación auricular. Que presenta hace 3 meses cuadro de placas eritemato-escamosa confluentes comprometiendo más del 90% de la superficie corporal. Las escamas eran fácilmente desprendibles, gruesas, blanco amarillentas y asociadas a prurito intenso. Se trata con pomada de hidrocortisona, crema tópica de betametasona y cetirizina oral, además se realiza una biopsia, resultando compatible con Pitiriasis Rubra Pilaris por lo que se sigue tratamiento obteniendo respuesta favorable después de un mes, con disminución paulatina del cuadro.
Discusión: La patogénesis de la eritrodemia no está actualmente aclarada. No obstante se cree que una compleja interacción entre citoquinas, factor de necrosis tumoral, quimosinas y moléculas de adhesión intercelular tienen un papel importante sobre el reclutamiento masivo de células inflamatorias en la piel. La evidencia actual recomienda el manejo de la eritrodermia en base a restitución de líquidos y electrolitos, monitoreo hemodinámico, monitoreo de la temperatura corporal, soporte nutricional, tratamiento sintomático de la piel y el prúrito y tratamiento de sobreinfecciones cutáneas, como lo explica el estudio de casos de Akhyani et al.

Palabras Claves:
Eritrodermia, Placas, Ptiriasis rubra pilaris.

CC-019 SINDROME DE SILVER-RUSSELL: REPORTE DE UN CASO

Matías Osorio R(1) Daniela Santana F (1) Gustavo Echeverria H (2) María Lucia Vega G(3) Javiera Cepeda S(4)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción
(2) Alumno de Medicina, Universidad de Concepción
(3) Pediatra, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente
(4) Residente Pediatría, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente

Introducción: El síndrome de Silver-Russell (SSR) es una rara enfermedad genética caracterizada por retardo de crecimiento intrauterino y postnatal, asimetría corporal y dimorfismo facial peculiar. El cuadro es reconocible clínicamente pero su etiología parece ser heterogénea.
Presentación del caso: Recién nacida sexo femenino, embarazo controlado desde 9+5 semanas, con diagnostico antenatal de restricción del crecimiento intrauterino severo. Nace a las 38 semanas por parto vaginal, Apgar 5-5-8, cursando con aumento de los requerimientos de oxígeno y necesitando ventilación mecánica. Al examen físico se aprecia fontanela anterior amplia, de 6 cm aproximadamente, con sutura metópica abierta, movilizando las 4 extremidades y con dismorfia craneofacial, observándose cabeza desproporcionalmente grande en relación al cuerpo. Ecografía cerebral al cuarto día de vida muestra leve dilatación ventricular derecha menor al percentil 97. Se solicita estudio de Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus y Herpes, resultando negativo. Evaluada por genetista a quien impresiona crecimiento ponderal adecuado dentro de su contexto con un cráneo grande en relación a cuerpo que se visualiza delgado, facie triangular con prominencia frontal y sutura frontal amplia hacia anterior, compatible con SSR solicitándose estudio genético-molecular. Se recibe informe al día 26 de vida que confirma alteración en la metilación del dominio H19DMR en la región 11p15 consistente con SSR.
Discusión: Se logró el diagnóstico del SSR en base a los criterios clínicos y la confirmación del estudio molecular. Se presentó el caso con el fin de tener una orientación diagnostica frente a los hallazgos característicos de este síndrome poco frecuente.

Palabras clave:
Estudios de asociación Genética, Retardo del Crecimiento Fetal, Síndrome Russell-Silver

CC-020 OSTEOGÉNESIS POR DISTRACCIÓN EN PACIENTE CON NO UNIÓN DE PILÓN TIBIAL, ACERCA DE UN CASO.

Roberto Carvajal K. (1) Dr. Patricio Fuentes C. (2)

(1) Interno, Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago.
(2) Traumatólogo, Clínica Indisa.

Introducción: La osteogénesis por distracción (OD) se ha vuelto una técnica útil en el manejo de lesiones complejas de tibia, que involucran pérdida ósea, infecciones, pseudoartrosis, entre otras. La no unión posterior a la osteosíntesis de una lesión compleja , como el pilón tibial, puede ser resuelta mediante OD, teniendo buenos resultados en la literatura. La OD permite la regeneración de hueso en el foco de fractura pese a la existencia de no unión en primera instancia.
Presentación del caso: RAM, femenino, 31 años, sin antecedentes mórbidos, se presenta a urgencias luego de un accidente automovilístico (conductora). Destaca al examen físico impotencia funcional de pierna izquierda, con deformidad a distal. Se realizan radiografías que evidencian fractura tipo pilón tibial. Se decide manejo quirúrgico con osteosíntesis (OTS). Durante su rehabilitación, muestra lenta formación de callo óseo, con refractura tras caída a nivel. Se realiza retiro de OTS, con reducción cruenta de la fractura y fijación externa con hexapodo para corrección progresiva y distracción. Paciente evoluciona de forma satisfactoria, con formación de callo óseo, actualmente en rehabilitación.
Discusión: La OD se basa en 4 principios, aumentar la vasculatura y estabilidad, corregir la mal alineación y discrepancia de extremidades y por último, mejorar la funcionalidad. Su utilidad en las no uniones, ha sido ampliamente reportada, siendo los resultados satisfactorios. Lo antes propuesto, es realizado mediante procedimientos que han sido menos invasivos con el tiempo, permitiendo resultados mas favorables, bajo un sustento fisiológico sólido de osteoregeneración. Por esto, la OD, se vuelve una alternativa muy viable en estos pacientes.

Palabras clave:
Ostegenésis por Distracción, Pseudoartrosis, Fracturas de la Tibia

CC-021 CATARATA Y GLAUCOMA EN PACIENTE CON OJO ÚNICO DE PROCEDENCIA RURAL EN LA ARAUCANÍA.

Francisco Andres Correa A. (1) Maria Constanza Flora Teresa Mercado M.(2)(3)Yuri Armando Mercado M.(1) Armin Matías Palma L. (1) Yuri Fidel Mercado V. (4)

(1) Escuela de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco, Temuco
(2) Escuela de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco
(3) Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Nueva Imperial
(4) Departamento de Oftalmología, Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: La Catarata corresponde a opacidad del cristalino y el Glaucoma corresponde a neuropatía óptica progresiva, son patologías causantes de ceguera coincidentes en tercera edad. La complejidad de manejo se acentúa en pacientes rurales y con ojo único .El objetivo de este trabajo es presentar un caso que consultó en nuestro Hospital, dar a conocer ambas entidades, haciendo énfasis en diagnóstico precoz.
Presentación del caso: Paciente rural de 74 años, femenino, con antecedente de Ojo Único derecho debido a Trauma Ocular , consulta por disminución de visión que limita actividades
Al examen: Agudeza visual Ojo der 0,20 con corrección Ojo izquierdo cero. Tensión Ocular derecha 48 mmHg. Biomicroscopia catarata Corticonuclear, Ojo izquierdo Ptisis bulbi. Fondo de Ojo papila 0.60,retina aplicada. Gonioscopía ángulo abierto. Paquimetría 536 micras. Se inicia terapia médica con Brimonidina+Timolol alcanzando 32 mmHg Se cambia esquema a Bimatoprost+ Brimonidina+ Timolol+ Dorzolamida lográndose control Curva Tensión 18 13 18. Se plantea Trabeculoplastía Laser Selectiva previo a cirugía.
Discusión: La Catarata es principal causa de ceguera mundial, es reversible con cirugía de bajo riesgo. El Glaucoma es segunda causa de ceguera mundial es irreversible. Prevalencia en Chile es 2% sobre 40 años, 50% de casos no son diagnosticados. Las alternativas de tratamiento son: médico, laser y quirúrgico. La cirugía tiene riesgo de pérdida visual, mayor en casos avanzados. La disminución de Tensión Ocular previo a cirugía se asocia a mejor pronóstico .
Según la Sociedad Americana de Oftalmología se debe hacer hincapié en la prevención de ceguera mediante diagnostico precoz de población en riesgo.

Palabras clave:
Catarata, Glaucoma

CC-022 QUISTE OVÁRICO GIGANTE EN RECIÉN NACIDO. REPORTE DE CASO.

Verónica Ceballos V.(1) Carla Ayala P.(1) Pablo Espinoza P.(1) Jaime Leñero N.(2) Richard López C.(3)

(1) Interno de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco
(2) Estudiante de Medicina, Universidad Mayor, Sede Temuco
(3) Cirujano Infantil, Hospital Augusto Riffart, Castro

Introducción: Los quistes ováricos fetales son tumores abdominales frecuentes, incidencia de 1 por 2625 recién nacidos. Suelen ser pequeños, asintomáticos, unilaterales y desaparecen espontáneamente durante la gestación o en los primeros meses de vida. Su presencia es el resultado de una hiperestimulación ovárica por hormonas fetales, maternas y placentarias
Presentación del caso: Recién nacido de 36 semanas con diagnóstico prenatal de quiste abdominal gigante de posible origen anexial. Al nacer evoluciona con dificultad respiratoria, signos de obstrucción intestinal y mala perfusión de extremidades inferiores. Se realiza ecografía que muestra gran quiste abdominal de 9,3cm, con signos de compresión de vena cava inferior y aorta. Se efectúa laparotomía exploradora que confirma un quiste ovárico gigante de 10 cm que ocupaba toda la cavidad abdominal. Se realizó extirpación y biopsia. Evoluciona sin complicaciones.
Discusión: El quiste ovárico representa la masa abdominal más frecuente en fetos y neonatos femeninos, puede diagnosticarse en el tercer trimestre de gestación gracias al examen ecográfico prenatal de rutina. El pronóstico es variable, pueden presentar complicaciones secundarias a hemorragia, efecto de masa y/o torsión como complicación más frecuente. En el caso presentado, se diagnosticó un quiste abdominal gigante de probable origen anexial en el periodo prenatal, al nacer la paciente evolucionó con dificultad respiratoria, signos de obstrucción intestinal y compresión vascular, la conducta terapéutica de los quistes ováricos varía desde manejo conservador en quistes menores de 5cm hasta tratamiento quirúrgico como ocurrió en nuestro caso por tener 10 cm de tamaño y evolucionar con complicaciones post natales.

Palabras claves:
Ovárico, Quiste, Recién Nacido.

CC-023 SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS (SCPH) CON RESULTADO FATAL: REPORTE DE CASO.

Raúl Calderón O (1), Amador Montero R (1), Juan Umaña R(1), Paloma Triviño M(1) Gabriel Bachmann G(2)

(1) Internos de Medicina, Escuela Medicina, Universidad Mayor, Temuco
(2) Médico del Servicio Urgencia, Hospital San José, Victoria

Introducción: Enfermedad producida por la infección por Hantavirus. En Chile surgió a mediados de la década del 90 y desde entonces ha evolucionado como un problema emergente de salud pública. Incidencia país es de 0,31 por cada 100.000 habitantes y en la Araucanía aumenta 1,3. Cuadro caracterizado por fiebre, mialgias y síntomas gastrointestinales. Aparición súbita de insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica, algunos casos evoluciona hacia un edema pulmonar agudo, shock y muerte.
Presentación del caso: Se describen paciente de 22 años sin antecedentes mórbidos, recolector de arándanos de la comuna Victoria. Consulta inicialmente por cuadro de cefalea, vómitos y sensación febril de 2 días; sin otra sintomatología, manejándose como cuadro respiratorio alto. Re consulta en CESFAM siendo derivado al Hospital de Victoria, ingresando a reanimación en estado de shock, aún consiente, sin posibilidad de tomar PA y saturación, se encuentra cianótico, disneico, moteado, mal perfundido y sudoroso. Es manejado como SCPH, en espera de exámenes y test rápido. Paciente responde de mala manera a tratamiento médico con drogas vasoactivas, falleciendo a las 3 horas del ingreso.
Discusión: Casos confirmado de SCPH desde Valparaíso hasta Aysén con una mortalidad de 34%, presentando en la Araucanía un aumento significativo en su prevalencia, debido a factores de riesgo relacionados con la exposición de los pacientes al roedor silvestre Oligoryzomis Longicaudatus. Presentando "fase prodrómica o fase cardiopulmonar" nos marcara la letalidad. AL presentar un SCPH severo desarrollan shock y pese a tener una respuesta inicial al uso de vasoactivos, se mantienen inestables y fallecen.

PALABRAS CLAVE:
Hanta virus, Síndrome cardiopulmonar, Araucanía.

CC-024 FRACTURA DE TILLAUX-CHAPUT EN EL ADULTO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Verónica Escobar S. (1) Catalina Herrera P. (1) Carolina Espinoza H. (1) Valentina Briceño S. (1) Matías Núñez S. (2) José Hormazábal T. (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar
(2) Escuela de Postgrado Medicina, Programa Traumatología y Ortopedia, Universidad Andrés Bello - IST , Viña del Mar

Introducción: La fractura de la porción anterolateral de la epífisis distal de la tibia (Tillaux-Chaput) se presenta comúnmente en niños y adolescentes por poseer una mayor debilidad de la placa epifisiaria en relación al ligamento sindesmal anterior y asimetría en el cierre de la fisis, siendo excepcional en adultos.
Presentación del Caso: Mujer, 23 años sin antecedentes mórbidos consulta por dolor en maléolo lateral del tobillo izquierdo tras sufrir una caída a nivel mientras realizaba práctica de patinaje artístico. El mecanismo corresponde a una rotación externa forzada. Al examen físico destaca aumento de volumen de cara anterolateral del tobillo izquierdo y equimosis en maléolo peroneo asociado a impotencia funcional. A la palpación presenta dolor en el maléolo lateral, sin inestabilidad. Se solicitan Radiografías (RX) de tobillo y Tomografía Axial Computada (TAC) observándose fractura oblicua de la esquina anteroinferior lateral de la tibia con fragmento óseo conminuto y una fractura longitudinal de maléolo posterior sin desplazamiento. Se indicó tratamiento ortopédico con bota de yeso por seis semanas y reposo deportivo por tres meses. Paciente evoluciona favorablemente sin dolor logrando ROM completo de tobillo.
Discusión: Esta fractura en adultos es infrecuente al presentar una físis cerrada lo que resiste la tracción del ligamento sindesmal anterior, por ello es más común observar en adultos lesiones ligamentosas y no avulsiones. Sin embargo, debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales y debe confirmarse con TAC. El tratamiento puede ser ortopédico mientras no exista desplazamiento.

Palabras Clave:
Traumatismos del tobillo, Adulto, Diagnóstico.

CC-025 TUMOR NEUROENDOCRINO DUODENAL, ACTUALIZACIÓN Y MANEJO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Belén Durán H. (1) Matías Ignacio Lam A. (1) Catalina Angélica del Campo V. (1) Julio César Salviat C.(1) Adolfo del Canto A. (2)

(1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago.
(2) Médico cirujano

Introducción: Los tumores neuroendocrinos son neoplasias originadas de células del sistema endocrino. Dentro de éstos, el intestino delgado corresponde al 25%. Presentan potencial maligno y pueden cursar en forma indolente hasta que se manifiestan por metástasis o síndrome carcinoide. Para diagnosticarlos destacan marcadores inmunohistoquímicos, Tomografía computada (TC) con marcadores especiales y estudio anatomopatológico, fundamental para diagnóstico de certeza. La clasificación ha variado en el tiempo. Actualmente existen 3 grupos según grado diferenciación y pronóstico. El manejo es individualizado (expectante, médico, quirúrgico), siendo la exéresis tumoral el único método que puede lograr curación en enfermedad localizada.
Presentación del caso: Paciente masculino, 43 años, antecedentes reflujo gastroesofágico y esófago de Barret. Asintomático. Endoscopía de control: lesión subepitelial duodenal 9mm. Endosonografía: lesión subepitelial bulbar anterior, hipoecogénica, bordes irregulares, sin invasión muscular, sugerente de carcinoide. Biopsia: mucosa duodenal con infiltración linfoide densa. TC abdomen-pelvis: nódulo submucoso en pared posterior del bulbo duodenal 8-9mm hipervascularizado. Ingresa a cirugía, encontrándose lesión 10mm en duodeno anterior. Se realiza antrectomía con duodenectomía y gastro-yeyuno anastomosis. Biopsia concluye tumor neuroendocrino duodenal, grado 1, extensión hasta submucosa, bordes negativos, sin invasión vascular, linfonodos negativos.
Discusión: Estos tumores son infrecuentes dentro de los tumores digestivos, pero altamente letales. Diagnosticarlos requiere alta sospecha. Para el manejo existen varias opciones, por lo que es importante conocer los factores pronóstico que determinarán su comportamiento; sin embargo la extirpación tumoral es común a casi todos los tipos de tumores, y es la agresividad de la resección y técnica la que variará según sus características.

Palabras claves:
Tumores neuroendocrinos, duodeno, manejo de caso.

CC-026 USO DE STAPLER CIRCULAR COMO TRATAMIENTO DE ESTENOSIS COLORECTAL CICATRICIAL RECIDIVANTE A TRATAMIENTO HABITUAL.

Camila Belén Durán H (1) Catalina Angélica del Campo V (1) Julio César Salviat C (1) Matías Ignacio Lam A (1) Cecilia Alejandra Zúñiga C (2) Andrés Fernando Cáceres R (2)

(1) Interno Medicina, Escuela Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago Chile
(2) Médico Cirujano

Introducción: La estenosis colorectal cicatricial posterior a anastomosis tiene una prevalencia entre un 3-20%. Es causada por isquemia, respuesta inflamatoria excesiva, inadecuada técnica quirúrgica o tensión de la anastomosis. La clínica es constipación, diarrea, distención, dolor y meteorismo. El tratamiento varía según la severidad del cuadro, desde medidas conservadoras, como dieta alta en agua y fibra, ablandadores de heces, hasta manejo endoscópico o quirúrgico, siendo este último necesario en un 28% de los casos.
Presentación del Caso: Paciente de sexo femenino de 50 años, con antecedentes de Enfermedad Diverticular diagnosticada el 2012, hospitalizada el 2015 por Enfermedad Diverticular complicada Hinchey III, que requirió operación de Hartmann y posterior reconstrucción de tránsito. Paciente evoluciona con estenosis de anastomosis colorectal, por lo que se intenta dilatación endoscópica, sin resultados, posteriormente se realiza dilatación en pabellón. A los 7 días presenta reestenosis, por lo que se realiza dilatación neumática en pabellón, se introduce y dispara stappler circular número 25 en la zona de estenosis, lográndose el retiro de la cicatriz fibrótica. Colonoscopia de control muestra anastomosis amplia.
Discusión: Existen diversas técnicas para manejar las estenosis colorectales, como por ejemplo, bujías de Savary, Stents endoluminales, cortes radiados con papilotomo, y otras nuevas como Steno-cutters. Sin embargo, la técnica utilizada en nuestra paciente no ha sido reportada en la literatura. Esta técnica ha sido utilizada en 2 oportunidades, sin complicaciones ni recidivas, por lo que, con más evidencia, podría implementarse como una alternativa para el tratamiento de estenosis colorectal.

Palabras claves:
Estenosis, Diverticulitis, Colon.

CC-027 TERATOMA SACROCOCCÍGEO INTRAPÉLVICO E INTRARRADICULAR. REPORTE DE CASO.

Isidora Aleuanlli V. (1) Manuel Gallegos M. (1) Ma Ignacia Traub G. (1) Guillermo Narbona Y. (1) José Miguel Herrera V. (2)

(1) Alumno de 5to año de medicina. Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.
(2) Cirujano pediatra, Jefe unidad Cirugía Pediátrica Clínica Indisa, Santiago

Introducción: El teratoma sacrococcígeo (TSC) es el tumor más común del neonato, con incidencia de 1 en 35.000-40.000 recién nacidos vivos. Gracias a las técnicas ecográficas de diagnóstico prenatal la mayoría se diagnostican intraútero. Generalmente es benigno y de localización de predominio externo, protruyendo desde la región perineal con mínimo componente pre-sacro.
Presentación del caso: Paciente recién nacido en clínica Indisa de 31 semanas de edad gestacional (EG), con diagnóstico antenatal de masa sacrococcígea sugerente de TSC en ecografía a las 22 semanas EG. Al nacer pesa 3420gr y se le toma una resonancia nuclear magnética que muestra TSC externo que invade región intrapélvica e intrarradicular. Paciente es sometida de inmediato a cirugía para resección del TSC externo e intrapelviano, junto con resección completa del sacro. Se extrae masa de 1kg y la histología confirma teratoma maduro. Producto del compromiso intrarradicular, paciente presenta vejiga neurogénica y paraparesia fláccida, ambas tratadas adecuadamente. En los siguientes 6 meses es sometida a 2 cirugías para resección del tumor intrarradicular y remanentes pelvianos. Evoluciona bien con controles al día con neurólogo, endocrinólogo, pediatra y cirujano. Actualmente paciente tiene 5 años y 9 meses.
Discusión: Se pretende describir un caso de TSC de ubicación inhabitual con invasión intrapelviana e intrarradicular, que obliga a realizar un tratamiento multidisciplinario de cirugía pediátrica y neurocirugía. Dado que son los tumores más comunes del neonato y se relacionan a elevada morbimortalidad consideramos que es importante conocerlos para poder diagnosticarlos precozmente.

Palabras clave:
Teratoma, sacrococcígeo, neonato.

CC-028 TRASLADO AÉREO INTER-HOSPITALARIO CON OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA DE PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

Paulina Aguirre P. (1), Nicolás Drolett SF. (1), Alexander Cárter D. (2) Javier Labbé Z. (3)

(1) Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
(2) Facultad de Medicina, Universidad Pedro de Valdivia, Santiago, Chile.
(3) Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán. Antofagasta, Chile

Introducción: Una de las utilidades de la oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) es como ventana de tiempo en pacientes donde el traslado a otro hospital es la única opción terapéutica.
Presentación del caso: Paciente masculino, 35 años con antecedentes de valvulopatia mitral y arritmia completa consulta en Hospital Carlos Cisternas por cuadro de 6 meses caracterizado por disnea de reposo asociado a edema en extremidades inferiores. Dada a la pobre respuesta farmacológica, se traslada al Hospital Regional de Antofagasta. El paciente ingresa con diagnóstico de edema pulmonar agudo secundario a insuficiencia cardiaca. Se solicita eco-cardiograma evidenciando hipertensión pulmonar severa con estenosis mitral severa. Posteriormente, en sondeo derecho, luego de estabilización clínica, la hipertensión fue moderada. Se programa la cirugía concretándose el recambio valvular, sin embargo, el paciente se comporta como hipertensión pulmonar severa y no permite salir de bomba en 3 intentos. Ante la condición crítica del paciente se decide someter a ECMO. Debido a la falta medios técnicos para reducir la hipertensión pulmonar para el destete del ECMO se decide traslado del paciente al hospital Gustavo Frike (HGF) en avión ambulancia. En su estadía en HGF, el paciente logra destetar del ECMO con ayuda de prostaglandinas y óxido nítrico después de 48 hrs. En su hospitalización, evoluciona con una sepsis producto de una neumonía intrahospitalaria derivando en el fallecimiento del paciente.
Discusión: El traslado aéreo con ECMO pareciera ser una manera segura y eficaz en pacientes donde es necesario un traslado para obtener mejores opciones terapéuticas.

Palabras claves:
Cirugía, cardiovascular, oxigenación de membrana extracorpórea.

CC-029 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. CLÍNICA E IMAGENOLOGÍA COMO APOYO DIAGNÓSTICO REPORTE DE CASO.

Catalina Reyes S(1) Amador Montero R(1) Fernando Gutiérrez B(2)Carolina Gatica P(2) Andrés Navarrete C(3)

(1) Interno, Escuela de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco.
(2) Alumno, Escuela de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
(3) Radiólogo, Clínica Mayor, Temuco

Introducción: La Aspergilosis pulmonar, habitualmente por Aspergillus fumigatus, es una micosis frecuente en pacientes inmunodeprimidos, adquirida por inhalación de esporas, clínicamente inespecífica y de larga duración. Imagenologicamente se distinguen diversas variantes, entre ellas la Aspergilosis Pulmonar Invasiva, con elevada mortalidad, frecuente en paciente con trastorno hematooncológico, clínicamente como neumonía atípica. Tomografía Computada (TC) muestra consolidaciones periféricas en forma de cuna, precozmente destaca el signo del halo, de sensibilidad y especificidad discutible. Signo de la media luna aérea tiene buen pronóstico. Diagnóstico definitivo con biopsia, probable con cultivos positivos o marcadores séricos positivos.
Presentación del caso: Paciente femenina 56 años con antecedente de aplasia medular severa. Consulta en urgencia de la Clínica Mayor Temuco por cuadro de tos productiva asociado a disnea de 2 meses de evolución. Radiografía destaca múltiples opacidades parenquimatosas de relleno alveolar, confluentes en tercio medio del hemitórax derecho, con áreas radio-lucidas centrales sugerentes de cavitación. TC refuerza hallazgo de imágenes nodulares bilaterales cavitadas. Examen de sangre positivo para galactomananos indicativos de Aspergilus spp. con técnica Elisa. Lavado bronquioalveolar leucocitosis sin bacterias. En cultivo hubo desarrollo de Aspergillus fumigatus. Se inició tratamiento para micosis sistémica con Voriconazol intravenoso, respondiendo adecuadamente al segundo día de evolución.
Discusión: El diagnóstico clínicamente es dificultoso, por esto, el apoyo imagenológico es esencial. La TC es de mayor utilidad que la radiografía convencional, debido a la inespecificidad de esta ultima al semejarse a otros cuadros pulmonares. Se debe sospechar cuadro atípico en pacientes con clínica respiratoria y antecedentes de inmunosupresión, para actuar rápida y adecuadamente.

Palabras claves:
Aspergilosis pulmonar invasiva, Tomografía Computarizada por Rayos X, Galactosamina.

CC-030 MIELITIS TRANSVERSA RECURRENTE IDIOPÁTICA (MTRI): UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Renato Colima M. (1) Loreto Contreras E. (1) Nelly Grossmann S. (2)

(1) Interno(a) de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Neurólogo(a), Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: La mielitis transversa (MT) es un raro trastorno inmunológico que afecta la médula espinal, presentándose como debilidad progresiva, alteraciones de la sensibilidad y/o disfunción esfinteriana. Puede corresponder a una entidad independiente o ser secundaria a procesos inflamatorios (infecciosos, autoinmunes o neoplásicos). En casos de recurrencia, su origen suele ser idiopático o manifestación de procesos desmielinizantes del sistema nervioso central, etiología que sella pronóstico, tratamiento y riesgo de recurrencia.
Presentación del Caso: Mujer de 58 años, hipertensa, diabética insulinorrequiriente e hipotiroidea, con antecedente de MT un año atrás, secuelada con paraparesia. Consultó por cuadro de 3 días de coxalgia, hipoestesia de extremidades inferiores y exacerbación de paraparesia. Al examen físico destacó paraparesia arrefléctica, signo Babinski bilateral y nivel sensitivo dorsal en D4, con Tomografía Axial Computarizada (TAC) de encéfalo sin lesiones agudas.
Resonancia magnética (RM) de médula espinal mostró foco inflamatorio dorsal activo, por lo que se inició tratamiento con corticoides. Evolucionó con retención urinaria y paraplejía arrefléctica, manteniendo nivel sensitivo. Resto de estudio (hemograma, perfil bioquímico e inmunológico, marcadores tumorales, sífilis y virus de inmunodeficiencia humana, TAC de tórax-abdomen-pelvis, líquido cefalorraquideo y RM de cerebro) resultó normal. Se diagnosticó MTRI, iniciando tratamiento inmunosupresor crónico. La paciente evolucionó favorablemente, persistiendo paraparesia y disestesias de extremidades inferiores.
Discusión: La recurrencia de MT es poco frecuente, pero conlleva un pronóstico considerablemente más grave que el de un proceso aislado, con eventuales secuelas mucho mayores; y obliga a buscar un diagnóstico diferencial de forma más dirigida, para así establecer un plan de manejo acorde al contexto mórbido.

Palabras Clave:
Mielitis transversa, Esclerosis múltiple, Neuromielitis óptica.

CC-031 ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER EN GIMNASTA ARTÍSTICA DE 12 AÑOS, REPORTE DE UN CASO.

Vicente Phillips O.(1), Guillermo Narbona Y.(1), Ma Ignacia Traub G.(1), Isidora Aleuanlli V.(1), Dr. Diego Amenábar R.(2)

(1) Alumno de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.
(2) Especialista Traumatología de rodilla. Clínica Universidad de Los Andes.

Introducción: La enfermedad de Osgood-Schlatter es una de las causas más frecuentes de dolor ubicado en rodilla de niños y adolescentes físicamente activos. Generalmente es una condición benigna que afecta la tuberosidad anterior de la tibia. Tiene un excelente pronóstico, después del inicio del tratamiento remite en uno a dos años. Los síntomas más severos necesitaran períodos de reposo, seguido de programas de fortalecimiento muscular.
Presentación del caso: Paciente femenina escolar de 12 años de edad, evaluada en la sala de urgencia de la Clínica Las Condes. Relata historia de un año de dolor ubicado en rodilla izquierda por debajo de la patela, además de tumefacción y aumento de volumen sobre la región de la tuberosidad tibial izquierda. El dolor fue de inicio insidioso, continuo, llegando a limitar la realización de gimnasia artística. Negó historia de traumatismo en rodilla. Al examen físico se observó una prominencia en región anatómica correspondiente a la tuberosidad tibial izquierda, dolorosa a la palpación, con rango de movilización de la rodilla que se encontraba normal. Signos de cajón y bostezo negativos, signos de McMurray y Appley negativos, reflejo patelar presente y movilidad de cadera normal. La radiografía informó un pequeño fragmento adosado al tendón patelar, compatible con osteocondrosis. Se trató con ibuprofeno y reposo de actividades deportivas, obteniendo una evolución favorable.
Discusión: Considerando el caso descrito, se pretende describir las posibles causas, clínica, exámenes imagenológicos y secuelas del Síndrome de Osgood-Schlatter. Consideramos importante su manejo por parte del médico general.

Palabras Clave:
Rodilla, Tibia, Osteocondrosis.

CC-032 CIRUGÍA BARIÁTRICA COMO SOLUCIÓN A OBESIDAD HIPOTALÁMICA SECUNDARIA A CRANEOFARINGIOMA, REPORTE DE UN CASO.

Guillermo Narbona Y.(1), Ma Ignacia Traub G.(1), Manuel Gallegos M.(1). Dr. Carlos Rivera P.(2)

(1) Alumno de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Los Andes.
(2) Especialista en Cirugía General y Digestiva. Clínica Universidad de Los Andes, Santiago.

Introducción: Los craneofaringiomas (CF) son tumores del sistema nervioso central poco frecuentes que afectan sobre todo a pacientes jóvenes, se ubican en la región hipotalámica o cercanos a la hipófisis. Son tumores con baja tasa de mortalidad, pero que presentan alta tasa de morbilidad. Los síntomas más frecuentes son los neurológicos, oftalmológicos, y cabe destacar que un 50% de los pacientes con CF presentan obesidad y desórdenes alimenticios. Su tratamiento depende de la localización del tumor. Cuando es difícil realizar la resección quirúrgica se irradia el tumor para impedir su evolución. Tanto el craneofaringioma como su tratamiento generan un daño a nivel hipotálamo-hipófisis que es conocido por conducir al desarrollo de obesidad hipotalámica.
Presentación del caso: Paciente de 16 años con antecedente de craneofaringioma operado e irradiado, cursa con cuadro de obesidad hipotalámica, en control y preparación para cirugía por el comité de obesidad de la Clínica Universidad de Los Andes. Paciente relata que desde el 2010 comienza con sobrepeso y luego obesidad hace 3 años, se ha sometido a dietas y terapia médica sin éxito. Actualmente pesa 117Kg, y mide 1.66m (IMC=42.5). Al examen físico presenta sólo una restricción del campo visual izquierdo asintomática. Exámenes preoperatorios destaca glicemia 89 y hemoglobina glicosiladada 5,6%. Se decidió realizar Bypass gástrico, que evolucionó favorablemente.
Discusión: Se revisa la literatura y el caso clínico. Por tratarse de un caso poco frecuente y la edad del paciente, es importante comunicar los resultados iniciales y los fundamentos para tomar la decisión de la cirugía.

Palabras Clave:
Craneofaringioma, obesidad, cirugía bariátrica.

CC-033 MANEJO QUIRÚRGICO DE FC (FRACTURAS DE CADERA) EN ADULTO MAYOR.

Enrique Rubio M. (1) Emilio Costa V. (2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(2) Médico Traumatólogo, Profesor adjunto Ortopedia y Traumatología. Universidad San Sebastián. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital Naval de Talcahuano

Introducción: Las FC son especialmente frecuentes en los adultos mayores tras una caída, atribuible a distintos factores, todos discutibles; y corresponde a la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencia ortopédicos, con morbilidad y mortalidad considerables. Estas fracturas se clasifican comúnmente de acuerdo a la localización anatómica del rasgo de fractura.
Presentación del caso: Pacientes de 88 y 99 años, consultan en Hospital Naval de Talcahuano durante agosto. Presentando multipatologías, antecedente de caída en el hogar, dolor en cadera, rotación externa y acortamiento del miembro afectado. En ambos casos se diagnostica fractura de cadera, confirmándose mediante radiografía de pelvis, que permite además determinar la localización del rasgo.
Quedan hospitalizadas con tracción blanda, manejo de patologías crónicas y profilaxis tromboembólicas. Para facilitar el abordaje quirúrgico, se estudian con TAC.
A la paciente con FC intertrocantérea se le realizó reducción interna y osteosíntesis; y a la paciente con FC subcapital, prótesis parcial cementada.
Fueron levantadas con éxito al día siguiente de la intervención, con apoyo kinésico, compactando la zona afectada y evitando complicaciones.
Actualmente de alta, en tratamiento kinésico, deambulan con ayuda.
Discusión: En el manejo de FC se enfatiza en la reducción del tiempo de estadía hospitalaria y un retorno temprano al nivel de funcionalidad previo, que en la mayoría se consigue tras manejo quirúrgico seguido de movilización precoz, siendo el alto costo una desventaja. En cuanto al diagnóstico, la clínica característica, el examen físico y radiografía, por lo general son suficientes para establecerlo. Siendo útil también el TAC, por su alta sensibilidad.

Palabras claves:
Fractura Cadera, Fijación Interna de Fracturas, Prótesis Articulares.

CC-034 IMPACTO DE VIDA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO. PRESENTACIÓN DE CASO.

Rodrigo Barrera M. Manuel Gallegos M (1) Isidora Aleuanlli V(1) Guillermo Narbona Y (1) Raúl Gallegos V (2)

(1) Estudiante de medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
(2) Médico internista, Nefrólogo, Central de diálisis Maipú.

Introducción: El síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) es una enfermedad rara con una prevalencia de 1 caso por millón de habitantes al año en Estados Unidos. Se caracteriza por anemia hemolítica, trombocitopenia y falla renal. Es de curso crónico, recurrente-remitente y provoca gran morbi-mortalidad en quienes lo padecen.
Presentación del caso: Paciente femenino 44 años sin antecedentes previos, presentó cuadro de orinas oscuras y espumosas por 2 semanas. Consultó en servicio de urgencias del Hospital del Carmen por cervicalgía y odinofagía, los exámenes de laboratorio objetivaron anemia hemolítica, trombocitopenia y falla renal, por lo que se realiza hemodiálisis y tratamiento con corticoides. El estudio demostró ANA (+), anti-ENA (-), anti-DNA (-) y ANCA (-). Evoluciona con deterioro cuali-cuantitativo de consciencia, decidiendo intervenir con plasmaférisis, corticoides y rituximab. Se objetiva creatininemia = 6,9 mg/dl BUN =88,9 y K+ = 5,1 mEq/l. El estudio de ADAMTs13 demuestra 87% de actividad, descartándose purpura trombocitopénico trombótico y diagnosticando SHUa, dejando terapia de remplazo renal indefinida. Actualmente en regulares condiciones generales, en hemodiálisis tres veces a la semana y en espera de tratamiento con Eculizumab definitivo.
Discusión: Se describe un caso de SHUa en una paciente sin antecedentes médicos ni familiares, el cual requirió tratamiento intensivo finalizando en hemodiálisis permanente en un lapso de 2 meses desde el inicio de los síntomas. El rápido deterioro de la calidad de vida y el alto costo del tratamiento inmunomodulador limita el tratamiento al manejo de las comorbilidades

Palabras claves:
Síndrome Hemolítico-Urémico atípico, Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis.

CC-035 METÁSTASIS MEDIASTÍNICAS DE FOCO RENAL. IMAGENEOLOGÍA COMO MÉTODO DE APOYO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Blanca Angélica Arnaiz M.(1) Patricia Gabriela Manquilef M.(1) Marcelo Andrés Yáñez L.(1) Álvaro Arévalo L.(1) Andrés Navarrete C (2)

(1) Facultad de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
(2) Médico Radiólogo, Clínica Mayor Temuco

Introducción: El cáncer renal es el tercero en frecuencia de neoplasias malignas del aparato urogenital, se presenta en pacientes promedio 65 años, mujeres y/o personas con factores de riesgo. El 85% corresponde al carcinoma de células claras, asociado a alta mortalidad por su diagnóstico tardío. La sobrevida en estadios iniciales es de un 90% a los 10 años versus al estadio IV que va entre 3 meses - 1 año. La mayoría son asintomáticos en etapas iniciales, pero pueden presentarse con dolor en fosa renal, masa palpable y hematuria macroscópica.
Presentación del caso: Paciente masculino de 57 años, antecedente de cáncer renal. Consulta por cuadro respiratorio inespecífico. Se realiza radiografía torácica que destaca opacidad masiforme sobre proyectada al lóbulo medio y opacidades masiformes hiliares bilaterales, precarinal y subcarinal compatibles con adenopatías. Se realiza TAC que impresiona Múltiples conglomerados adenopáticos e hiliares bilaterales. Se realiza biopsia que concluye hallazgos compatibles con carcinoma de células renales sarcomatoides con componente focal de células claras grado IV.
Discusión: Las técnicas de imagen permiten evaluar tanto función, morfología renal como compromiso adyacente; con hallazgos incidentales en un 50%. Las metástasis se diseminan frecuentemente por vía hematógena. Las formas de recurrencia se asocian linfonodos pulmonares hiliares y mediastinos asociados a metástasis pulmonar. Por la rara presentación y falta de estudios porcentuales de las metástasis mediastínicas, se concluye que existe necesidad de realizar estudios estadísticos para determinar la importancia de apoyo de imagen en busca de estas metástasis en el contexto de un cuadro respiratorio inespecífico.

Palabras claves:
Cáncer Renal, Metástasis de la Neoplasia, Mediastino.

CC-036 LIPOSARCOMA MIXOIDE DE CÉLULAS REDONDAS METASTÁSICO. IMAGENOLOGÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marcela Giovanna Dillems S. (1) Patricia Gabriela Manquilef M. (1) Marcelo Andrés Yáñez L.(1) Teresa Alejandra Álvarez M.(1) Andrés Navarrete C.(2)

(1) Facultad de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
(2) Médico Radiólogo, Clínica Mayor Temuco

Introducción: Los liposarcomas son tumores que se originan en tejidos blandos profundos, principalmente en miembros pélvicos, retroperitoneo, hombro, axila y mesenterio. Es el tumor maligno retroperitoneal más frecuente, siendo su variante mixoide la más habitual. El grupo etario oscila entre los 40-60 años y principalmente en hombres. Su cuadro clínico es inespecífico, caracterizado por dolor abdominal difuso y aumento del diámetro abdominal. Tiene bajo potencial para desarrollar metástasis y cuando ocurre suele ser por vía hematógena, fundamentalmente a hígado y pulmón. El diagnóstico se realiza integrando el cuadro clínico más tomografía computarizada axial (TAC) de abdomen y pelvis. La cirugía constituye el tratamiento de elección y la supervivencia es cercana a 90%.
Presentación del caso: Paciente masculino de 48 años. Sin antecedentes mórbidos. Consulta en el servicio de urgencia por cuadro abdominal inespecífico en hipocondrio derecho. Se realiza TAC que destaca lesiones hipoecogénicas focales hepáticas con contenido adiposo de bordes netos sin tabicaciones.
Discusión: El liposarcoma es una neoplasia originada a partir del tejido mesodérmico, derivada del tejido adiposo. Representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas, cuyas manifestaciones clínicas son inespecíficas y tardías. El mejor método de estudio diagnóstico es la tomografía computada de abdomen y pelvis. El tratamiento es la cirugía, radioterapia y quimioterapia,. Se debe tener una sospecha clínica activa en pacientes adultos con síntomas inespecíficos, y en este sentido, es de suma importancia el rol de la TAC de abdomen y pelvis, elemento imagenológico que se encuentra disponible en hospitales de mediana complejidad en Chile.

Palabras claves:
Liposarcoma, Metástasis de la Neoplasia, Tomografía Computarizada Axial.

CC-037 OSTEOMIELITIS DE CADERA COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: REPORTE DE CASO.

Rodrigo San Martín F (1). Diego Delpín N (1). Patricio Troncoso R (1). Pilar García F (1). Carlos Figueroa M (2).

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina,Universidad de Concepción, Concepción
(2) Médico, Becado de Pediatría, Hospital Clínico Dr. Guillermo Grant Benavente

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección causada por Bartonella Henselae (BH). Su prevalencia es desconocida en la población pediátrica chilena. Dentro de sus complicaciones, el compromiso óseo se presenta en el 0,3% de los casos, siendo la osteomielitis de cadera una de las más infrecuentes.
Presentación del caso: Paciente género femenino de 11 años, sin antecedentes mórbidos, inicia cuadro febril de 15 días de evolución y dolor a nivel del muslo derecho. Acude a la Urgencia, donde se hospitaliza debido a la duración de cuadro febril y refractariedad a antipiréticos. Al ingreso se constata la presencia de rasguño a nivel de dorso de mano derecha y adenopatías dolorosas a nivel inguinal, supraclavicular, y axila derecha, además del antecedente de la tenencia de un gato de 4 meses de edad, por lo que se sospecha EAG. Se decide iniciar tratamiento con claritromicina. Se solicitó estudio serológico para BH el cual resultó positivo, por lo que se agrega ciprofloxacino. Se solicita cintigrama óseo que informa actividad osteoblástica aumentada en cadera derecha, compatible con osteomielitis. Paralelamente se solicita Ecografía abdominal evidenciando lesiones hipoecogénicas esplénicas concordantes con compromiso por BH. Se completan 14 días de tratamiento antibiótico. Dada su regresión sintomática y evolución favorable se decide alta con indicación de completar 6 semanas con ciprofloxacino.
Discusión: La EAG puede tener presentaciones atípicas esperables en un 5 a 25% de los casos. Afecta con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes. La osteomielitis de cadera como complicación es extremadamente infrecuente.

Palabras clave:
Osteomielitis, Bartonella Henselae, enfermedad por arañazo de gato.

CC-038 FIBROSIS RETROPERITONEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juan Umaña R(1) Alexander Roa B (1) Victor Guíñez V (1) Cristian Sagredo M (1) Miguel Aguilar L (2) Marcelo Torrejón V (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco.
(2) Servicio de Urología, Hospital san José de Victoria, Victoria.

Introducción: La fibrosis retroperitoneal (FR) es una enfermedad caracterizada por la presencia de tejido retroperitoneal inflamatorio y fibroso que frecuentemente comprime uréteres. Puede ser idiopática o secundaria.
Un estudio en el 2.009 concluyó una incidencia de 1,3 por 100.000 habitantes/año.
La FR idiopática ocurre con mayor frecuencia entre los 40-60 años, con una predominancia masculina.
Presentación del caso: Paciente de 54 años, con antecedentes de hipertensión arterial y trombosis venosa profunda.
El 2013 se pesquisa insuficiencia renal aguda post-renal; se realiza ecografía renovesical que muestra importante engrosamiento ureteral distal e hidroureteronefrosis bilateral.
Se instala pig-tail bilateral. Se hospitaliza y se realiza tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis que señala FR infrarrenal, determinando compresión extrínseca de vena cava inferior infrarrenal, y compresión extrínseca de ambos uréteres con desplazamiento medial de ellos.
Ambulatoriamente se realiza cintigrama renal que concluye: función renal derecha 97% y exclusión cintigráfica de riñón izquierdo.
Se procede a realizar anastomosis termino-terminal de uréter izquierdo.
En julio del presente año se realiza nefrectomía total izquierda, ya que la anastomosis termino-terminal de uréter izquierdo no consigue reparación.
Se confirma diagnóstico de fibrosis retroperitoneal primaria mediante histología.
Discusión: Los síntomas pueden incluir dolor lumbar, malestar general, y edema de extremidades, sin embargo, el diagnóstico no es considerado hasta que el paciente es evaluado por uropatía obstructiva e insuficiencia renal, como evidenciamos en este caso.
Una vez realizado el diagnóstico, deben excluirse las causas secundarias.
Hubiera sido interesante iniciar terapia con prednisona una vez hecho el diagnóstico; ya que ha demostrado mejoría sintomática, e imagenológica.

Palabras clave:
Fibrosis, retroperitoneal, nefrectomía.

CC-039 MANEJO EXPECTANTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN SEMANA 20 DE GESTACIÓN: REPORTE DE CASO.

Fernando Vera C. (1), Nicolás Muñoz M. (1), Francisco Belmar N. (2) José Caro M. (3)

(1) Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.
(2) Médico Cirujano. Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile.
(3) Gineco-Obstetra. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Puerto Montt, Chile.

Introducción: La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) antes de la viabilidad fetal es una complicación obstétrica de baja frecuencia (0,37%), asociada a alta morbimortalidad materna y perinatal. En pacientes con RPM antes de las 24 semanas no se ha establecido tratamiento basado en evidencia científica, generando gran heterogeneidad en las intervenciones.
Presentación del Caso: Paciente 31 años, multípara de 3, embarazos a término, sin complicaciones, partos vaginales. Cursando edad gestacional de 20+1 semanas, presentó contracciones y pérdida de líquido de aspecto claro por genitales. Ecografía en servicio de urgencias evidenció anhidroamnios. Especuloscopía mostró orificio cervical externo cerrado, sin presencia de líquido amniótico. Se hospitalizó en Alto Riesgo Obstétrico por diagnóstico de RPM previable, decidiéndose conducta expectante hasta las 24 semanas, momento en que inició manejo activo, realizándose maduración pulmonar en 2 ocasiones. Destacaron 3 episodios de infección objetivados por laboratorio, que fueron tratados bajo distintos esquemas antibióticos.
Paciente permaneció en buenas condiciones generales. Control ecografico mostró normalidad en estimación de peso fetal (EPF), placentación y estudio doppler, pero persistencia de oligohidroamnios, observación de hipoplasia toraco/pulmonar, y ventriculomegalia de cuerno posterior.
Con 31+2 semanas de gestación, y 77 días desde RPM, paciente presentó dinámica uterina dolorosa y metrorragia, practicándose cesárea sin complicaciones. Puérpera evoluciona favorablemente, mientras que recién nacido es hospitalizado por prematurez.
Discusión: Una vez que las membranas se han roto, existen pocas intervenciones disponibles para disminuir morbimortalidad perinatal, por ello, para el manejo de las RPM, hay que individualizar los riesgos y beneficios de la conducta expectante versus la interrupción del embarazo.

Palabras Clave:
Ruptura prematura de membranas,parto prematuro, infección perinatal.

CC-040 FRACTURA PROXIMAL DE HÚMERO TRATADA CON PLACA BLOQUEADA CON PRINCIPIO HELICOIDAL, REPORTE DE UN CASO.

Sergio Soto C. (1) Álvaro Pérez C. (1) Geraldo Quiroz B. (1) Akram Habib E. (2)

(1) Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción.
(2) Servicio de Traumatología, Hospital Clínico Hermina Martín de Chillán.

Introducción: Las fracturas diafisiarias de húmero son frecuentes, entre 3 a 10% del total de fracturas en adultos. El mecanismo causal varía desde traumas de alta energía en pacientes jóvenes, a caídas domésticas en ancianos. El 25% es de foco proximal, región para la cual se describen indicaciones terapéuticas ortopédicas y quirúrgicas. Dentro de las técnicas quirúrgicas actuales se describe la osteosíntesis con placa helicoidal por mínima invasión.
Presentación del caso: Femenino de 58 años con antecedentes de epilepsia, sufrió caída de nivel durante crisis convulsiva, con trauma directo en brazo izquierdo, evolucionando con impotencia funcional. Consultó en el servicio de urgencia, donde se le diagnosticó fractura humeral diafisiaria proximal y se hospitalizó para manejo. Se realizó osteosíntesis con placa bloqueada anatómica para húmero proximal, con principio helicoidal mediante técnica percutánea. Evolucionó favorablemente, sin dolor ni lesión del nervio radial, con buen progreso radiológico de la fractura. Se evaluó el resultado funcional a los 8 meses de postoperatorio, obteniendo 1.9 puntos en escala de discapacidad/síntoma Quick DASH.
Discusión: La placa helicoidal por mínima invasión representa una alternativa adecuada para el tratamiento de fracturas proximales de húmero. No se han publicado estudios que describan el uso de ésta técnica en Chile, por lo que se infiere que no existe mayor experiencia en su aplicación, a diferencia de otros países latinoamericanos como México, Venezuela y Brasil donde ha sido ampliamente desarrollada con resultados funcionales satisfactorios. Una de las mayores ventajas de ésta técnica es que permite consolidación y movilización temprana en pacientes ancianos.

Palabras clave:
Fracturas del Húmero, Fijación Interna de Fracturas, Procedimientos Quirúrgicos Mínimamente Invasivos.

CC-041 SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER. IMAGENOLOGIA COMO MÉTODO DE APOYO. A PROPÓSITO DE CASO.

Marcela Dillems S. (1) Nicole Hund M. (1) José Gajardo C. (1) Gabriela Valdés V. (1) Dr. Andrés Navarrete C. (2)

(1) Escuela de medicina, Universidad Mayor sede Temuco.
(2) Médico Radiólogo, Clínica Mayor Temuco.

Introducción: El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) es la anomalía más grave del tracto reproductivo femenino, existiendo dos formas: Tipo A, con ausencia de los 2/3 superiores de vagina y útero, trompas uterinas y ovarios normales y Tipo B, con esbozos uterinos asimétricos o ausentes, hipoplasia o aplasia de trompas uterinas asociado a anomalías renales, esqueléticas y cardíacas. Las causas se desconocen y constituye la segunda causa de amenorrea primaria después de la disgenesia gonadal. La edad promedio al diagnóstico es de 15 a 18 años. Se manifiesta como amenorrea primaria con desarrollo normal de los caracteres sexuales secundarios. A pesar que el diagnóstico definitivo se realiza mediante laparoscopía, la ultrasonografía abdominal es capaz de orientar a esta patología en la mayoría de los casos.
Presentación del caso: Paciente femenina de 28 años. Sin antecedentes mórbidos. Consulta en el servicio de urgencia por cuadro de dispareunia de larga data. se realiza tomografía computarizada axial que destaca hipoplasia vaginal y agenesia de cérvix, cuerpo uterino y trompas de Falopio.
Discusión: La sospecha diagnóstica es la clave para su detección. A pesar de que la anamnesis, exámen físico y los exámenes de laboratorio orientan al diagnóstico, el ultrasonido abdominal debe ser la primera herramienta imagenológica a ocupar. Los beneficios del uso de la ultrasonografía abdominal radican en que, además de confirmar el síndrome en la mayoría de los casos, está disponible ampliamente en los establecimientos de Salud del Chile, por lo que el médico general debe estar idealmente capacitado para utilizarlo como herramienta de apoyo diagnóstico.

Palabras claves:
Laparoscopía, Síndrome, Ultrasonografía.

CC-042 PANCREATITIS AUTOINMUNE: REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CURICÓ.

María Fernanda Azócar N. (1) Mónica Pamela Vargas D.(1) Francisca Andrea Véliz Ch.(1) Juan Pablo Rojas B. (1) Ramón Alberto Salinas A. (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(2) Médico General, Becado de Neurocirugía INCA.

Introducción: La pancreatitis autoinmune fue descrita por Yoshida en 1995. Es un tipo inusual de pancreatitis, manifestada en la mayoría de los casos como ictericia obstructiva, pudiendo estar asociada a una masa en cabeza del páncreas. Posee características histológicas específicas y la literatura señala que presenta buena respuesta a corticoides.
Presentación del caso: Hombre de 16 años, sin antecedentes mórbidos. Inicia cuadro de 1 día de evolución de ictericia en piel y escleras, asociado a coluria e hipocolia. Al ingreso, exámenes de laboratorio revelan elevación de transaminasas hepáticas, bilirrubina y amilasemia. Tomografía abdominal no mostró cambios patológicos. Evoluciona con marcada ictericia, con hiperbilirrubinemia de predominio directo, sin elevación de parámetros inflamatorios. Colangio-resonancia (Colangio-RNM) reveló dilatación de vía biliar intra y extrahepática con estenosis en colédoco distal intrapancreático.
La resonancia magnética (RNM) de páncreas evidenció patrón compatible con pancreatitis autoinmune; junto con estenosis inflamatoria de colédoco intrapancreático. Se inicia terapia con hidrocortisona, tras lo cual revierte la clínica y se normalizan parámetros de laboratorio.
Discusión: El paciente cumple con los criterios diagnósticos para pancreatitis autoinmune propuestos por la Clínica Mayo. Los principales métodos diagnósticos utilizados fueron: 1) Colangio-RNM, y 2) RNM con gadolinio, las cuales sugieren diagnóstico de pancreatitis autoinmune. El manejo se basa en terapia esteroidal, lo que fue implementado en éste caso, logrando posteriormente regresión de clínica y normalización de parámetros de laboratorio. Debido a la variabilidad en su forma de presentación, es importante hacer el diagnóstico diferencial con cáncer de cabeza de páncreas y patologías biliares obstructivas.

Palabras clave:
Pancreatitis, pancreatitis autoinmune, colangio-resonancia

CC-043 ENCEFALITIS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN ADULTO MAYOR INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mónica Vargas D (1) María Azócar N (1) Juan Rojas B (1) Francisca Veliz C (1) Ramón Salinas A (2)

(1) Escuela de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(2) Programa de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: El virus varicela zóster (VVZ), de la familia herpesviridae, representa un agente común dentro de las infecciones virales del sistema nervioso central. Tras la primoinfección durante la infancia con varicela, establece un estado de latencia en ganglios sensoriales. En pacientes con inmunosupresión y en inmunocompetentes añosos, puede reactivarse y producir zóster, el cual puede complicarse raramente con parálisis de nervios craneales, neuralgia postherpética, necrosis retiniana, vasculopatía, mielopatía , cerebelitis, encefalitis y meningoencefalitis, entre otras.
Presentación de caso: Hombre de 74 años cursa cuadro de 5 días de dolor urente e intenso en hemitórax izquierdo, asociado a compromiso del estado general y desorientación. A su ingreso destaca sólo alteración de pruebas frontales al examen neurológico y se observan lesiones vesiculares herpetiformes con fondo eritematoso, asociado a dermatomo T10 en hemitórax izquierdo. Laboratorio sin aumento de parámetros inflamatorios. TAC de encéfalo muestra lesión hipodensa pequeña en centro semioval derecho en relación a cuerno frontal del ventrículo lateral derecho. Se hospitaliza con diagnóstico de síndrome confusional agudo en estudio.

Discusión: El método diagnóstico de elección de encefalitis viral secundaria a VVZ se realiza con reacción de cadena de la polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo. En este caso se solicita punción lumbar que revela pleocitosis de predominio mononuclear, con proteínas elevadas y glucorraquia normal. Se interpreta como encefalitis viral y se inicia manejo con aciclovir endovenoso. Posteriormente se confirma diagnóstico con PCR para VVZ positivo. Completa 14 días de tratamiento antiviral evolucionando con buena respuesta clínica.

Palabras clave:

Encefalitis Viral; Virus de la Varicela-Zóster (VVZ); Reacción de Cadena de la Polimerasa (PCR).

CC-044 SINDROME DE WALLENBERG: REPORTE DE UN CASO.

Tania Matus S.(1) Christian Simpson V.(2) Oscar Paredes Z.(1) Juan Eduardo Hermosilla P.(3)

(1) Interna de séptimo año de Medicina de la Universidad San Sebastián, sede Concepción.
(2) Alumno de quinto año de Medicina de la Universidad de Concepción.
(3) Medico Internista , Profesor asistente, docente de la escuela de Medicina, Universidad San Sebastián.

Introducción: La enfermedad cerebrovascular (ECV) es la primera causa de muerte en Chile y el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico, su forma más frecuente. El 14% de los ACV isquémicos corresponde a circulación posterior. El síndrome de Wallenberg se debe a la oclusión de alguna arteria vertebral intracraneal y, menos frecuente, a la arteria cerebelosa posteroinferior.
Presentación de caso Hombre, 72 años. Sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de 2 días de evolución caracterizado por inestabilidad de la marcha, ptosis palpebral derecha y disfagia ilógica. Al examen físico destaca ataxia de la marcha, disartria, hipotermoalgesia del hemicuerpo izquierdo y de la hemicara derecha, además bradicardia asintomática de 40 latidos por minuto. Se realiza Resonancia Magnética (RM) cerebral con angio RM cerebral que evidencia isquemia bulbar posterior derecha y estenosis focales de las arterias cerebrales posteriores, tronco basilar y cerebelosa posteroinferior. Se diagnostica síndrome de Wallenberg. Inicia tratamiento con Aspirina 250 miligramos (mg) más Clopidrogrel 75 mg, terapia fonoaudiológica y kinesioterapia motora. El paciente evoluciona favorablemente, iniciando realimentación oral bien tolerada a las 2 semanas del ingreso. Al alta no presenta ninguna secuela.
Discusión: : Según lo visto, este síndrome es de diagnóstico clínico, pero requiere imagenología para su confirmación, frecuentemente no disponible en los hospitales públicos del país. La RM es una herramienta vital en neurología, ya que muchas veces no basta con el scanner para un diagnóstico efectivo. Por otra parte, el tratamiento de esta patología es sencillo y lo fundamental para la total recuperación es un diagnóstico oportuno y precoz.

Palabras clave:
Síndrome de Wallenberg, accidente cerebrovascular, resonancia magnética.

CC-045 SINDROME DE HELLP, A PROPÓSITO DE UN MAL RESULTADO PERINATAL.

Alfonsina Carrasco D.(1) Paola Cárdenas B.(1) Armando Burgos C.(2) Javier Pilcante S.(3)

(1) Internos Medicina Universidad Católica Santísima Concepción, Campus Chillán.
(2) Ginecólogo-Obstetra, Servicio Ginecología, Hospital Herminda Martin Chillán.
(3) Hematólogo, Servicio Medicina Interna, Hospital Herminda Martin Chillán.

Introducción: Síndrome de Hellp (SH) es una complicación sistémica del embarazo que afecta 0,9% de éstos, caracterizado por anemia hemolítica, transaminasas elevadas y trombocitopenia por consumo. Con variadas manifestaciones clínicas, la mayoría presenta compromiso hepático. Tratamiento definitivo es interrupción del embarazo. El objetivo de este caso es potenciar la sospecha, evitando mal resultado perinatal.
Presentación del caso: Primigesta, 28 años, cursando embarazo 27+3 semanas, con antecedente urolitiasis operada. Consulta por dolor lumbar-hipocondrio derecho de 12 horas. Ingresa hipertensa y taquicárdica. Examen obstétrico útero normotónico, latidos y movimientos fetales presentes. Dolor interpretado como urolitiasis sin respuesta analgésica. Exámenes evidencian trombocitopenia, anemia severa, hiperkalemia; hoja hepática y LDH alterada. Ecotomografía abdominal muestra lesión heterogénea sugerente de hematoma subcapsular hepático. Paciente inestable, requiere cesárea de urgencia, naciendo neonato vivo. Intraoperatorio se observa hemoperitoneo y hematoma subcapsular hepático en superficie subfrénica suprahepática. Neonato fallece al quinto día. Múltiples scanner abdomen y pelvis de control, último al día 16, muestra hematoma en reabsorción. Paciente evoluciona favorablemente, con laboratorio hacia normalidad. Alta al día 36.
Discusión: Se debe considerar SH como diagnóstico diferencial de dolor abdominal en embarazada por alta mortalidad materno-fetal. Dada rápida evolución obliga a determinar manejo especializado precoz. En este caso se planteó patología urológica, a pesar de hipertensión y laboratorio compatible. Debido a clínica variada, no patognomónica, el dolor abdominal es el síntoma cardinal, la hemorragia hepática es rara y debe considerarse un estado avanzado, con alta morbimortalidad asociada a LDH y transaminasas mayores a 1400 y 150 respectivamente, como este caso.

Palabras clave:
Trombocitopenia, síndrome de hemólisis, Preeclampsia.

CC-046 SÍNDROME DEL TÚNEL TARSIANO: REPORTE DE CASO.

Paloma Ignacia Triviño M (1) Maria Ignacia Molina C (1) Ignacio Daniel Palma P (1) Jorge Bobadilla C (1) Luis Alabarce C (2)

(1) Internos Medicina 7° año Universidad Mayor sede Temuco
(2) Médico cirujano

Introducción: El síndrome del túnel tarsiano (STT) resulta de la compresión del nervio tibial o plantares en el túnel tarsiano, que se encuentra bajo el retináculo flexor en el lado medial del tobillo. Descrito por primera vez en 1932. Entidad poco frecuente con una incidencia de 0.58%. Caracterizado por dolor quemante en cara interna de tobillo y plantar de pie que se agrava con actividad física y durante la noche.
Presentación del caso: Paciente femenino de 59 años presenta cuadro desde el año 2006 de dolor quemante nocturno y parestesias desencadenadas con la marcha en talón izquierdo irradiada a planta del pie con mala respuesta a analgesia y radiografías normales. En el año 2012 se le solicitan ecografía de partes blandas y RNM que resultan normales. Se realiza electromiografía informada como neuropatía por atrapamiento de nervio tibial izquierdo a través del tarso. Se deriva a traumatología para tratamiento y en el año 2015 se realiza intervención quirúrgica. Luego de 4 meses desde la operación consulta por persistencia del cuadro con aumento de limitación en actividades de la vida diaria. Actualmente se encuentra en KNT con respuesta parcial.
Discusión: Este caso resultó un desafío diagnóstico, debido a que transcurrieron 6 años desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo. El pronóstico post quirúrgico es desfavorable ya que la recuperación del nervio, si la intervención se realiza mayor a 12 meses desde el inicio de los síntomas, es deficiente.

Palabras claves:
Síndrome del túnel tarsiano, neuropatía tibial, parestesia.

CC-047 HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL ESPONTÁNEA BILATERAL, CAUSA INFRECUENTE DE OJO ROJO.

María Jesús Hernández S(1) Fernando Higueras L(1) Tamara Muñoz H(1) Ana María Palma P(1) Mario Pellón A(2)

(1) Interno Medicina Universidad Mayor de Temuco
(2) Médico Especialista en Oftalmología

Introducción: Ojo rojo es un motivo de consulta frecuente. Importante llegar a un diagnóstico correcto e identificar signos de alarma para una derivación oportuna. Conjuntivitis es la causa más común en el entorno comunitario. La hemorragia subconjunctival (HSC), 3-9% de los casos, es la acumulación de sangre en el espacio subconjuntival, con mayor frecuencia en zonas inferiores y temporales. Etiologías más comunes son trauma, hipertensión arterial, terapia anticoagulante, presión venosa elevada (Valsalva) y conjuntivitis hemorrágica.
Presentación del caso: Hombre, 81 años, antecedente de tumor del estroma gastrointestinal (GIST), hace 6 años, en tratamiento con Imatinib (Glivec®) 400mg cada 24 horas vía oral, consulta por tinte eritematovioláceo en totalidad de ambas conjuntivas, asociado a ardor, sin antecedente traumático. Examen sin otros hallazgos. Exámenes de laboratorio normales. Evolución favorable con reabsorción total en 7 días.
Discusión: HSC son 34% origen traumático y 16% espontáneos. La incidencia anual de la HSC no traumática es de 65 /10.000 habitantes, más común en mujeres, mayores 80 años. Presentación bilateral y compromiso total es infrecuente. Relación con medicación anticoagulante, antiagregante plaquetario y otras drogas. Imatinib actúa inhibiendo elcrecimiento de las células anormales en ciertas enfermedades. Entre las reacciones adversas, la incidencia de trastornos hemorrágicos es relativamente alta (3-53%), menos del 1%, hemorragia conjuntival. Diagnóstico con examen lámpara de hendidura. No hay ningún tratamiento aprobado para acelerar la resolución y la absorción de HSC. Sangre se reabsorbe típicamente durante 1 a 2 semanas, dependiendo de la cantidad de sangre extravasada.

Palabras clave:
Matinib, hemorragia del ojo, ojo rojo.

CC-049 TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES TENOSINOVIAL DE UBICACIÓN POCO FRECUENTE.

María Jesús Hernández S(1) Fernando Higueras L (1) Tamara Muñoz H(1) Ana María Palma P(1) Ramón Hernández N(2)

(1) Interno Medicina Universidad Mayor Sede Temuco
(2) Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología

Introducción: Tumor de células gigantes Tenosinovial (t-TCG) es una proliferación benigna de células grandes multinucleadas en relación a la sinovia, bursa o vainas de tendones. Segundo tumor más frecuente en la mano después del quiste sinovial, frecuentemente como un nódulo en la mano (93%), principalmente en los tres dedos radiales.
Presentación del caso: Mujer, 21 años, con aumento de volumen progresivo de 3 meses en región lateral tobillo izquierdo, asociado a dolor. Presenta tumoración retromaleolar de 2-3 cm, blanda con dolor leve a la palpación. Ecografía y resonancia confirman t-TCG, comprometiendo tendón peroneo y extensión subtalar. Se realizó resección marginal de la lesión por localización y extensión. Evolución favorable, función completa y sin evidencias clínicas de recurrencia local a 18 meses post cirugía.
Discusión: El t-TCG tiene incidencia en EEUU de 1,8/1.00.000 habitantes, entre los 20-50 años, sin predominancia por sexo. Pudiendo presentarse extra o intra-articular, localizado o difuso, siendo este último, más agresivo localmente. Preferentemente en articulaciones sometidas a carga (rodilla/cadera), y las extra- articulares las encontramos en la mano, más raro en muñeca, tobillo/pie. Clínica inespecífica; molestias leves, edema o dolor progresivo, asociado a lento crecimiento conlleva a diagnóstico tardío. La resonancia magnética apoya el diagnóstico. Tratamiento de elección es quirúrgico (idealmente resección amplia).
El t-TCG presenta recurrencia local de 8%-20%, la cual se trata con nueva cirugía. En los pacientes con enfermedad irresecable y múltiples recurrencias pueden ser tratados con inhibidores de CSF1R que producen una mejoría clínica y funcional.

Palabras clave:
Tumor de células gigantes tenosinovial, tumor de partes blandas

CC-050 SACROILEÍTIS SÉPTICA (SIS), REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO.

Camila Andrea Pincheira R (1) María Paz Piquer A (1) Alejandra Francisca Queirolo G (1) Paulina Cecilia Tejada U (1) Roberto Alfredo Cullen A (2) Juan Pablo Bolbarán S (3)

(1) Interna de Medicina, Universidad de los Andes
(2) Médico Cirujano, Universidad de los Andes
(3) Pediatra, Universidad de los Andes

Introducción: Las infecciones osteoarticulares son frecuentes en la infancia, dentro de ellas la SIS representa el 1-2%, siendo más frecuente en varones entre 7-14 años. Un tercio de los casos se presenta de manera aguda, el síntoma principal es dolor glúteo unilateral generalmente asociado a fiebre y claudicación.
Presentación del caso: Lactante mayor de 15 meses, sin antecedentes mórbidos y con vacunación al día. Consulta al servicio de urgencias por cuadro de 5 días de fiebre hasta 38,5 ºC con posterior claudicación en extremidad inferior izquierda y dolor en zona glútea ipsilateral. Al examen físico está febril, las caderas con movilidad conservada y con dolor a la palpación sacroilíaca izquierda. Al laboratorio destaca leucocitosis de 23.750/mm3, segmentados 80%, VHS 108mm, PCR 5.1mg/L. Se solicita ecografía y radiografía AP pelvis que descartan artritis séptica de cadera izquierda. Foco infeccioso meníngeo, respiratorio y urinario también son descartados. Finalmente se realiza resonancia magnética de pelvis (RM) mostrando una SIS izquierda asociado a piomiositis del piriforme izquierdo con un absceso (9mm) en su espesor. Se hospitaliza e inicia cefotaxima y cloxacilina endovenosa completando 10 días. Evoluciona favorablemente, con resolución total de los síntomas. Al alta completa 6 semanas de tratamiento con cefadroxilo vía oral.
Discusión: La SIS es una patología poco frecuente y con clínica inespecífica, requiriendo de exámenes imagenológicos sofisticados para lograr su distinción con otras entidades. Se requiere conocer sus distintas formas de presentación y mantener una alta sospecha para minimizar errores diagnósticos y retrasos en el inicio del tratamiento.

Palabras clave:
Artritis séptica, Articulación Sacroiliaca, Artritis Bacteriana

CC-051 OSTEOSÍNTESIS EN UNA PSEUDOARTROSIS COSTAL TRAUMÁTICA.

Alberto Fuentes E.(1), Jorge Canales Z.(1), Claudio Toloza A.(2), Matías Ávalos T.(2) Emilio Alarcón C.(3), Roberto González L.(3)

(1) Interno de Medicina.
(2) Alumno de Medicina.
(3) Cirujano Cardiotorácico, Profesor Asistente.

Introducción: La pseudoartrosis se define como la ausencia de consolidación ósea posterior a 6-8 meses del traumatismo, secundaria al fracaso definitivo de la osteogénesis. Afecta en 53-60% a las extremidades inferiores, principalmente la tibia, siendo su localización costal infrecuente. El tratamiento quirúrgico es de elección.
Presentación del caso: Hombre de 57 años, sin antecedentes mórbidos, presentó historia de 6 meses de evolución de traumatismo torácico contuso por caída de altura, resultando fracturas costales en 10º y 11º arco costal derecho, sin lesiones extratorácicas asociadas. Fue evaluado por equipo de cirugía cardiotorácica del Hospital clínico regional de Concepción, por dolor torácico invalidante, con puntaje 7-8 en la escala visual analógica (EVA) en el sitio de fractura, desde el momento del traumatismo, asociado a crepitación ósea. Se solicitó tomografía computada de tórax que demostró imagen sugerente de pseudoartrosis costal. Por sintomatología e imágenes sugerentes se decidió tratamiento quirúrgico. Se abordó por incisión posteralateral derecha sobre 10ma costilla, se observó fracturas descritas con movilidad anormal, se realizó disección de focos de fractura, liberación y regularización de los segmentos y osteosíntesis con instalación de grapas de titanio Strakos® en ambas costillas. El paciente evolucionó con desaparición del dolor al 2do día postoperatorio. Fue dado de alta al 3er día postoperatorio sin complicaciones. Actualmente a 6 meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático.
Discusión: La pseudoartrosis afecta principalmente a huesos largos, siendo su localización costal infrecuente. La osteosíntesis es una alternativa quirúrgica de tratamiento en pacientes con pseudoartrosis costal asociada a sintomatología invalidante.

Palabras claves:
Fractura de las costillas, osteosíntesis de fracturas, pseudoartrosis.

CC-052 APLASIA CUTIS CONGÉNITA, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Daniela Santana F(1), Víctor Leiva A(1), Lucas Ortiz B(1), Erik Lara A(1), Rosario Alarcón C (2).

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción
(2) Dermatóloga, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente

Introducción: La aplasia cutis congénita (ACC) se caracteriza por la ausencia focal de piel al nacer, afectando generalmente cuero cabelludo y a veces también extremidades o tronco. Frecuentemente se presenta como condición aislada pero puede asociarse a otras malformaciones. La lesión típica es una úlcera bien delimitada, no inflamatoria, de morfología variable, pudiendo estar cubierta por membranas transparentes dando apariencia de bulas, progresando a cicatrices hipertróficas o atróficas. Su incidencia se estima entre 0,5-1/10.000 recién nacidos, sin distinción por sexo.
Presentación del caso: Recién nacido varón de término, pequeño para la edad gestacional, hijo de madre que cursó con diabetes gestacional. Al primer examen físico presenta dos úlceras superficiales en parte alta de cuero cabelludo de 2x1 cm, compatibles clínicamente con ACC, destacando además fosita en pliegue interglúteo. Resto de examen físico y evaluación neurológica normal. Ecografía cerebral sin hallazgos patológicos y ecotomografía lumbar muestra imagen quística en filum terminal de 4x1 mm de diámetro, sin indicación quirúrgica.
Se decide solamente observación de úlceras de cuero cabelludo.
Discusión: Siendo la ACC una patología infrecuente, es importante que todo el personal de salud que tenga contacto con recién nacidos conozca esta condición, permitiendo una evaluación especializada temprana que descarte malformaciones asociadas y pueda brindar un manejo óptimo.

Palabras clave:
Displasia ectodérmica, dermatología, úlcera.

CC-053 INTOXICACIÓN DE CANABINOIDES COMO CAUSA INFRECUENTE DE FIBRILACIÓN AURICULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Armin Palma L. (2), Nicolas Lazcani W.(1), Yuri Mercado M. (2), Francisco Correa A. (2), Renato Vergara Pabst (3)

(1) Interno Medicina Universidad Mayor campus Temuco, Chile.
(2) Alumno Medicina Universidad Mayor campus Temuco, Chile. Renato Vergara Pabst
(3) Médico Hospital Pitrufquén. Pitrufquén. Chile.

Introducción: La marihuana, es la droga ilícita más consumida a nivel mundial, la intoxicación por ésta, es una etiología infrecuente de Fibrilación Auricular (FA), con escasas comunicaciones en la literatura internacional, sin presencia en la nacional. Se pretende reseñar la experiencia, desde el punto de vista del manejo y etiología desencadenante.
Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente de 35 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, por un cuadro de palpitaciones, secundario a consumo excesivo de marihuana. Los exámenes al ingreso destacaba, un Nitrógeno Ureico 15 mg%, Creatinemia 0,85 mg/dL, CK MB 12 U/l, Troponina T 0,007ng/ml. En el electrocardiograma, se pesquisa FA con respuesta ventricular rápida, se administra adenosina, sin respuesta. Se administra amiodarona 150 mg, logrando frecuencias entre 90 y 120 latidos por minuto.
Discusión: La FA, se caracteriza por una activación auricular desorganizada, rápida e irregular. La principal causa, es la degeneración cardiaca producto del envejecimiento. Los síntomas de intoxicación por cannabis incluyen: náuseas, vómitos, sequedad de boca, etc. El efecto cardiovascular más común es la taquicardia, que es dosis-dependiente, debido a estimulación simpática e inhibición parasimpática.
La evidencia actual, según Jouanjus, et al. muestra al consumo de canabinoides, como un factor de riesgo cardiovascular. En cuanto al tratamiento de este caso, se priorizó el manejo de la frecuencia cardiaca y restauración al ritmo sinusal.
La importancia de este reporte, es que el médico se cuestione las singulares etiologías, desencadenantes de FA, dado que un tratamiento precoz se asocia a un mejor pronóstico.

Palabras claves:
Canabinoide, Fibrilación Auricular, Intoxicación

CC-054 CUERNO CUTÁNEO COMO PRESENTACIÓN RARA DE LESIONES BENIGNAS, PREMALIGNAS Y MALIGNAS, IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO.

Pedro Alejandro de la Maza C(1), Leyla Soledad Acle I(1), Soledad Castillo R(1), Cristóbal Reyes M(1), Yesenia Ana María Valenzuela V(2).

(1) Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Campus Temuco,
(2) Médico Cirujano, especialidad dermatología

Introducción: El cuerno cutáneo (CC) representa una forma de presentación de lesiones cutáneas de múltiples etiologías (benignas, premalignas y malignas) y una lesión tumoral relativamente rara. Esta aparece preferentemente en zonas fotoexpuestas, siendo de diámetro mayor que longitud y forma cónica con punta hiperqueratosica.
Presentación del caso: Paciente de 77 años, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de tres meses de evolución de una lesión tumoral de aspecto cónico circunscrito con superficie y altura de 1 centímetro (cm) y 1.5 cm respectivamente ubicado en zona frontal derecha. Destaca gran hiperqueratosis apical y tonalidad café-negruzca, además se asocia a múltiples placas eritematosas asintomáticas en cuero cabelludo. Se deriva a dermatología, donde se identifica lesión compatible con CC, se realiza crioterapia y se indica exéresis completa con informe anatomopatológico de la lesión. El informe destaca un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado del tipo Queratoacantoma, infiltrante hasta dermis reticular sin invasión vascular y perineural.
Discusión: En un 61.1% se identifica al CC como una lesión benigna y en un 38.9% como premaligna o maligna, que suelen tener mayor prevalencia en mayores de 60 años. Es de suma importancia destacar que, dado el porcentaje de cuernos cutáneos que son de etiología maligna, un reconocimiento y derivación precoz en atención primaria, junto con la resolución oportuna por el especialista, son fundamentales para evitar aumentos en la mortalidad y mayores daños estéticos en estos casos.

Palabras Claves:
Carcinoma de Células Escamosas, Queratosis Actínica, Cuerno cutáneo

CC-055 PENFIGOIDE DEL EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Aníbal Alonzo Neyra V.(1), Catalina Ignacia Jury S.(2), Giacomo Andrés Pio R.(1), Patricio Matías Troncoso R.(1), Andrea Romero I.(3).

(1) Interno de Medicina de la Universidad de Concepción,
(2) Alumna de Medicina de la Universidad Católica de la Santísima Concepción
(3) Médico cirujano, Becada de Obstetricia y Ginecología en Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción

Introducción: El Penfigoide del embarazo (PE) es una patología ampollar autoinmune infrecuente en la población general. Presentándose 1/40.000-60.000 gestaciones. Se caracteriza por aparición de bulas en abdomen, tronco y extremidades. Se presenta caso clínico tratado en Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción durante 2016, dado su desafío diagnóstico y escasa publicación al respecto.
Presentación del caso: Primigesta, 28 años cursando embarazo normal de 24 semanas consulta por prurito y ardor en abdomen, espalda y pies, asociado a lesiones cutaneas ampollares. Se sospecha PE, que se confirma con biopsia con técnica de inmunofluorescencia directa. Ésta demostró presencia de C3 positiva lineal subepidérmico y fibrinógeno positivo granular en vesículas espongióticas. De acuerdo con dermatólogo se maneja con prednisona, clorfenamina, flucloxacilina oral y clobetasol tópico, evolucionando satisfactoriamente con disminución de signos clínicos. La monitorización materno-fetal placentaria fue normal ocurriendo parto espontáneo a las 36 semanas con recién nacido y madre sanos.
Discusión: El PE es una identidad infrecuente, pero debe tenerse presente dado que puede asociarse a tumores trofoblásticos, mola hidatidiforme, coriocarcinoma, desencadena parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Ante la presencia de bulas pruriginosas considerarse entre el diagnóstico diferencial. El tratamiento con corticoides orales y tópicos y anti-histamínicos fue satisfactorio en este caso, causando remisión parcial de lesiones cutáneas de la madre con desarrollo de la gestación y parto normales. La literatura sugiere importante la fuerte sospecha clínica asociado a biopsia con inmunofluorescencia y tratamiento con corticoides orales, discutiendo la eficacia del uso tópico.

Palabras claves:
Penfigoide Gestacional, Dermatitis, Complicaciones del Embarazo.

CC-056 VÉRTEBRA LUMBOSACRA TRANSICIONAL SINTOMÁTICA: SÍNDROME DE BERTOLOTTI EN DEPORTISTA DE ALTO RENDIMIENTO.

Francisca José, Véliz O.(1), Carla Victoria Tapia N.(1), Pablo Ignacio Riesle U. (1), Reinaldo Traipe C.(2)

(1) Estudiante de Medicina Universidad de Santiago de Chile
(2) Médico criujano, especialista en Traumatología, Docente Campus Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Santiago de Chile

Introducción: El Síndrome de Bertolotti se define como dolor lumbar crónico asociado a vértebra lumbosacra transicional (VLST) formada por una megaapófisis transversa (MT) articulada al sacro. Dentro de la población con mayor predisposición a la patología se encuentran deportistas de alto rendimiento, donde su determinación es tardía debido a la gran exigencia sobre sus sistemas. **Presentación del caso:** Paciente sexo masculino, 23 años, deportista olímpico. Consulta por historia de 2 años de evolución de dolor lumbar izquierdo, progresivo, punzante, sin irradiación, exacerbado durante entrenamiento, refractario a tratamiento con antiinflamatorios no esteroidales y kinesioterapia. Radiografía de columna Anteroposterior y Lateral en bipedestación evidencia vértebra supernumeraria (L6), MT izquierda esclerosada, articulada al sacro. Tomografía computada de columna lumbar registra VLST asociada a MT izquierda articulada a sacro. Cintigrama óseo trifásico concluyó aumento anormal de actividad osteoblástica en unión lumbosacra izquierda en relación a MT. Se decide realizar bloqueo de neoarticulación mediante infiltración en L5/S1 bajo rayos. Posteriormente, se indica reposo deportivo y kinesioterapia progresiva y especializada en fortalecimiento muscular por 3 meses. Además, se sugieren estudios de distribución de fuerzas y marcha.
Discusión: El Síndrome de Bertolotti es objeto de debate en términos de prevalencia, clínica, radiología y tratamiento. Estudios demuestran mejoría del dolor con tratamiento conservador, no obstante, un porcentaje es refractario y opta por la resección quirúrgica de la neoarticulación; no existen resultados favorables concluyentes. No hay evidencia sobre la reintegración de deportistas de alto rendimiento a sus disciplinas post tratamiento.

Palabras clave:
Dolor lumbar, síndrome de Bertolotti, megaapófisis transversa

CC-057 PLACENTA PREVIA PERCRETA CON INVASIÓN VESICAL, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Aníbal Alonzo Neyra V.(1), Carolina Pilar Toro L.(1), Makarenne Alejandra Rodriguez L.(1), Patricio Ignacio Loncomilla M(1), Andrea Romero I. (2).

(1) Interno de Medicina de la Universidad de Concepción
(2) Médico cirujano, Becada de Obstetricia y Ginecología en Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción.

Introducción: El acretismo placentario es una anomalía en la placentación, caracterizado por adherencia a la pared uterina. Existen 3 grados: Placenta Acreta, Placenta Increta y Placenta Percreta (PPER). Por otro lado, la placenta previa (PP) corresponde a una placentación en el segmento inferior del útero y se clasifica en oclusiva, marginal o de implantación baja. Existe asociación entre estas identidades, sin embargo, poco descritas. Nuestro objetivo es profundizar sobre un tema poco reportado en la literatura.
Presentación del caso: Paciente de 42 años con antecedentes de hipotiroidismo y doble cesárea anterior. Cursando embarazo de 32 semanas se realiza ecografía obstétrica (EO) donde destaca placenta previa oclusiva central (PPOC) con signos de acretismo. Ingresa al Hospital Regional de Concepción, por presentar contracciones uterinas. Se realiza nueva EO impresionando PPOC y sospecha de PPER. Se realiza ecografía reno-vesical confirmándose la PPER. Se decide interrumpir embarazo a las 35 semanas. Cesárea sin complicaciones, se realiza histerectomía total, se logra separar vejiga sin incidentes y se completa cirugía exitosamente.
Discusión: La incidencia tanto de PP y PPER está aumentando, principalmente por el aumento de las cesáreas en nuestro medio. Washecka and cols. estudiaron 54 casos de PPER con invasión vesical quienes reportaron, además de morbilidad múltiple, 5 muertes maternas y 14 muertes fetales. El tratamiento del cuadro es quirúrgico, cesárea más histerectomía. Se ha planteado un manejo conservador con metotrexato, faltando estudios que abalen esta opción. Este trastorno presenta una alta morbimortalidad por lo que es importante el oportuno diagnóstico y óptimo tratamiento.

Palabras claves:
Placenta Accreta, Placenta previa, Histerectomía.

CC-058 DISECCIÓN CORONARIA AGUDA EN PACIENTE FEMENINA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Macarena Henríquez B. (1) Sandra Miranda Sánchez (1) Francisca Pérez V. (1) Liliana Vera B. (1) Valentina Riquelme O. (2)

(1) Interna de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco.
(2) Médico Cirujano, Médico Internista, Hospital Augusto Riffart, Castro.

Introducción: La disección coronaria es diagnóstico diferencial del síndrome coronario agudo (SCA). Se trata de una entidad poco frecuente, que se da en mujeres con factores de riesgo cardiovascular bajos. Tiene una presentación que varía desde clínica de angina inestable hasta muerte súbita y consiste en la separación de 2 de las 3 capas de la pared arterial, lo cual crea una luz falsa con posterior oclusión del vaso.
Presentación del caso: Paciente femenina de 42 años, con antecedente de hipertensión arterial no tratada, consulta en urgencias por dolor torácico opresivo, intenso y de inicio súbito. Se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra lesión subepicárdica anterior extensa. Se realiza trombolisis con tenecteplase sin criterios de reperfusión. En ECG de control se mantiene lesión y se decide traslado a unidad de hemodinamia, donde coronariografia evidencia hematoma/disección coronaria no oclusiva de arteria descendente anterior en su porción media. Dado estabilidad hemodinámica de la paciente y flujo TIMI 3, se decide no implantar stent coronario y se monitoriza en unidad de paciente crítico.
Discusión: La disección coronaria es una entidad infrecuente, que afecta principalmente a mujeres jóvenes, saludables o con bajo riesgo cardiaco. Su diagnóstico es relativamente nuevo, gracias al mayor acceso a coronariografía, y debiera tenerse en cuenta ante un paciente con SCA con evolución tórpida. El tratamiento está dado por la localización, extensión, severidad y condición del paciente. Presenta alto riesgo de recurrencia, por lo que se hace seguimiento estrecho de los afectados.

Palabras clave:
Sndrome coronario agudo, disección, dolor torácico.

CC-059 DRUSAS DE NERVIO ÓPTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Giacomo Pio R(1), Anibal Neyra V(1), Gianfranco Innocenti J(2), Gianfranco Pio R(3).

(1) Interno, Universidad de Concepción
(2) Interno, Escuela Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(3) Médico Becado de Oftalmología, Universidad de Concepción

Introducción: El diagnóstico diferencial del papiledema incluye múltiples entidades clínicas, dentro de las cuales destacan las drusas del nervio óptico. Su diagnóstico puede ser sospechado mediante oftalmoscopía. Habitualmente constituye un hallazgo, dada su naturaleza asintomática. Nuestro objetivo es abordar un tema poco reportado en la literatura, basándonos en el reporte de un caso clínico.
Presentación del caso: Paciente femenino de 11 años de edad, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por ojo rojo y fotofobia en ojo izquierdo (OI). En OI, visión 20/30, Tonometría 14 mmHg, Tyndall positivo, sin sinequias, fondo de ojo: vítreo claro, retina aplicada, papila bordes borrosos, solevantada. Fondo de ojo en ojo derecho (OD), similar aspecto papilar. Tomografía computarizada (TC) cerebral evidencia imágenes calcificadas en papilas, sin proceso expansivo. Campo visual goldman, con aumento de mancha ciega en OI, OD normal. Ecografía ocular y retinografía con autofluorescencia confirman la presencia de drusas de nervio óptico. Ante cuadro de uveítis, se maneja con prednisolona y tropicamida tópica. Se solicita estudio etiológico infeccioso e inmunológico, siendo éstos negativos. Ante evolución crónica y silente del cuadro y posterior desarrollo de edema macular quístico, se repiten exámenes, encontrando anticuerpos antinucleares positivos. Se diagnóstica artritis idiopática juvenil.
Discusión: El pseudoedema de papila dado por drusas del nervio óptico muchas veces alertan al clínico de un eventual proceso expansivo intracraneano. Es importante considerar su existencia debido a que una ecografía ocular e imagen de autofluorescencia pueden evitar la irradiación que con lleva un TC cerebral.

Palabras claves:
Drusas del Disco Óptico, Oftalmoscopía, Papiledema.

CC-060 PINZAMIENTO ISQUIOFEMORAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR DE CADERA.

Daniel Hasson A.(1) José Weisz C.(1) Ernesto Donoso D.(2) Gonzalo Corral G.(2)

(1) Estudiante de Medicina. Universidad de Chile.
(2) Médico cirujano, escpecialista radiologñia, Servicio de Radiología, Clínica Dávila, Santiago.

Introducción: El dolor de cadera es una causa frecuente de consulta en pacientes de todas las edades, con un diagnóstico diferencial amplio, entre éstos, los pinzamientos. Los principales pinzamientos son el femoroacetabular, entidad bien descrita en la literatura y el isquiofemoral (PIF), raramente descrito. El PIF consiste en una disminución de la distancia entre el trocánter menor del fémur y la tuberosidad isquiática, resultando en una compresión sintomática del músculo cuadrado femoral (MCF). Descrito inicialmente en pacientes tras cirugía de recambio articular, tras el aumento de uso de la Resonancia Magnética se ha descrito en pacientes sin antecedente de patología causal. Clásicamente se presenta en mujeres de mediana edad.
Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 15 años consulta por sensación de chasquido durante la marcha, que posteriormente agrega coxalgia derecha de moderada intensidad. Al examen físico destaca signos de pinzamiento, mayor a izquierda, y dolor a la movilización con rango articular conservado. Se solicita radiografía de caderas que no muestra alteraciones relevantes, por lo que se decide realizar RM de pelvis en la que destaca severo disminucion de la amplitud de los espacios isquiofemoral (EIF) y cuadrado femoral (ECF) derechos asociado a edema moderado del MCF y en cadera izquierda, moderado estrechamiento de EIF y ECF, con edema leve de MCF. Se realiza tratamiento con AINES en dosis habituales y fisioterapia, con buena respuesta a tratamiento.
Discusión: El diagnóstico de pinzamiento isquiofemoral debe ser considerado en pacientes jóvenes de sexo femenino que consultan por coxalgia sin causa evidente.

Palabras clave:
Impingement, Isquiofemoral, Imagen por Resonancia Magnética.

CC-061 UROLITIASIS EN PACIENTE EMBARAZADA, CÓMO PROCEDER: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PARTIR DE UN CASO.

Harumi Oyarce L (1), Álvaro Jorquera S (1), Daniela Náray C (1), Rafael Jensen E (2), Christopher Horn B (3).

(1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago
(2) Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago.
(3) Médico cirujano, especialista en Urologia, Servicio de Urología, Hospital Militar de Santiago, Santiago.

Introducción: La ocurrencia de urolitiasis sintomática en el embarazo, varia entre 1/244 a 1/3.000 casos. Su enfrentamiento es complejo y suele ser desconocido por el médico, ya que que las opciones diagnósticas y terapéuticas son limitadas y la evidencia disponible es escasa.
Presentación del caso: Primigesta, cursando embarazo de 25 + 5 semanas. Consulta en el Servicio de Urgencia por cuadro de 30 minutos de evolución caracterizado por dolor intenso suprapúbico irradiado a fosa ilíaca derecha (FID) y región lumbar ipsilateral. No refiere síntomas urinarios ni gastrointestinales, sangrado genital, pérdida de líquido ni flujo genital anormal. Se encuentra hemodinámicamente estable, afebril. Presenta dolor a la palpación profunda de FID y puño percusión positiva ipsilateral, con Blumberg negativo y evaluación gineco-obstétrica normal. No se le realizan exámenes de laboratorio. Se establece el diagnóstico presuntivo de cólico renal y se maneja con analgesia. Durante la atención elimina espontáneamente litiasis con resolución de la clínica, siendo dada de alta sin mayor estudio.
Discusión: El enfrentamiento de la urolitiasis sintomática en el embarazo permanece actualmente indefinido. Tanto la evaluacion clínica, como de laboratorio no difieren de la población general, agregándose la evaluación de la unidad feto-placentaria. La ecografía es el examen de elección, dado que no irradia al feto, pero es poco sensible. En ausencia de complicaciones, el manejo inicial es conservador comprendiendo principalmente hidratación y analgesia, dado que el uso de alfabloqueadores persiste en discusión. Sólo un pequeño porcentaje necesitará intervención quirúrgica, pudiendo ser temporal (catéter JJ) o definitiva (ureteroscopía).

Palabras clave:
Urolithiasis, pregnancy, Disease Management.

CC-062 LESIONES URETERALES IATROGÉNICAS, DESAFÍO PARA EL EQUIPO QUIRÚRGICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA POR UN CASO.

Álvaro Jorquera S (1) Harumi Oyarce L (1) Iván Sáez V (2) Christopher Horn B (2)

(1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago
(2) Médico Urólogo, Servicio de Urología, Hospital Militar de Santiago, Santiago.

Introducción: Las lesiones iatrogénicas de uréter corresponden a los traumas ureterales más frecuentes, donde el 50% son secundarias a cirugías gineco-obstétricas. El diagnóstico suele ser tardío debido a la presentación clínica inespecífica y al bajo nivel de sospecha.
Presentación del caso: Mujer de 43 años sometida a anexectomía izquierda por lesión anexial, cirugía complicada con lesión de colon sigmoides, que se repara en el mismo procedimiento. En primer control posterior al alta refiere disuria y dolor en flanco izquierdo, se solicita orina completa, urocultivo (ambos negativos) y UroTAC que muestra hidroureteronefrosis secundaria a cambio de calibre a la altura de promontorio sacro. Se realiza ureteropielografía retrógrada que demuestra filtración 5 cm proximal a meato ureteral, decidiéndose instalación de nefrostomía. En forma diferida se realiza vejiga psoica con reimplante ureteral izquierdo, sin complicaciones.
Discusión: Las lesiones ureterales no pesquisadas en el intraoperatorio son un desafío para los equipos de urología y ginecología y sus consecuencias potencialmente devastadoras. El estudio mínimo incluye UroTAC y la ureteropielografía retrógrada, fundamentales para el diagnóstico y evaluación de la anatomía ureteral. El manejo es siempre complejo. La instalación de catéter JJ o nefrostomía, resuelve la urgencia, permitiendo diferir la reparación definitiva. La técnica quirúrgica dependerá de las características de la paciente, de la ubicación y longitud del defecto, y de la presencia de complicaciones. Es fundamental prevenir estas lesiones, mediante una técnica quirúrgica adecuada y el uso selectivo de catéteres ureterales.

Palabras clave:
Ureter, trauma, management

CC-063 ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATÍAS CERVICALES.

Erik Lara A.(1) Lucas Ortiz B.(1) Victor Leiva A.(1) Maricel Núñez N.(1) Marcelo Maturana R.(2)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción
(2) Médico Pediatra, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente

Introducción: La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) es un desorden proliferativo, benigno cuya frecuencia se limita a reporte de casos, caracterizada por histiocitosis y de etiología desconocida. Dentro del espectro de manifestaciones clínicas se destacan la presencia de linfadenopatía cervical masiva, generalmente bilateral e indolora. Los tratamientos incluyen corticoides, agentes alquilantes, retinoides, radioterapia y cirugía.
Presentación del caso: Lactante menor consulta por aumento de volumen cervical lateral izquierdo de 1 mes de evolución, inicialmente de consistencia gomosa de 1,5 cm de diámetro, que a las 2 semanas se vuelve duro, adherido a planos profundos, aumentando a 4 cm de diámetro y asociándose a fiebre. Ecografía cervical revela conglomerado de adenopatías de diversos tamaños. Tomografía axial computarizada de cuello y torax revela múltiples adenopatías sugerentes de proceso linfoproliferativo. Mielograma resulta normal, al igual que el cintigrama óseo y estudio para Citomegalovirus y Epstein-Barr. Se realiza biopsia ganglionar que revela ERD. Biopsia de médula ósea resulta con hemofagocitos por lo que se trata con flebogama, iniciándose además prednisona. Por buena respuesta a tratamiento, el paciente es dado de alta con controles en especialidad.
Discusión: Los linfonodos del cuello es el lugar más característico para la acumulación de histiocitos en esta enfermedad, tal como nuestro paciente, aunque la acumulación también puede ser extra ganglionar. Aunque esta es una enfermedad benigna y auto limitada, la remisión espontánea puede producirse luego de varios años de seguimiento tratándose las lesiones que afectan estéticamente y tomando en cuenta la edad del paciente, esto es algo a considerar ya que forjará baja autoestima.

Palabras clave:
Enfermedad de Rosai-Dorfman, enfermedades raras, histiocisotis.

CC-064 DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA RENAL RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Isabel Hassi R (1) Cristián Ignacio Juanet L (1) Paula Andrea Zuazagoitia R (1) Valentina Paz Ulloa P (1) Christian Von Muhlenbrock P (2)

(1) Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago
(2) Médico Internista, Departamento de Medicina Interna, Universidad de los Andes, Santiago.

Introducción: La disección espontánea de la arteria renal (DEAR) es una entidad poco frecuente. Su principal manifestación es dolor abdominal en flanco. Dentro de las condiciones asociadas se encuentran Hipertensión Arterial (HTA), Ateroesclerosis, Displasia Fibromuscular, Enfermedades del Tejido Conectivo (ETC), vasculitis, entre otras. Es causal de infarto renal, por lo cual es fundamental su diagnóstico precoz.
Presentación del caso: Hombre, 43 años, HTA y tabaquismo suspendido. Consulta por dolor abdominal en flanco izquierdo (FI), de inicio brusco, no irradiado. Al examen físico hipertenso y abdomen sensible en FI, sin irritación peritoneal. Laboratorio general sin alteraciones. Se realizó angiografía computada (AngioTC) que reveló disección de rama de arteria renal (AR) izquierda e infarto renal secundario (IRS). Se hospitalizó e inició terapia anticoagulante (TAC) con heparina. Se realizó estudio de ETC y trombofilia, ambos negativos. Es dado de alta sin TAC. Tres años después presenta cuadro similar, pero en lado contralateral. Se realizó AngioTC que evidencia disección de rama de AR derecha e IRS. Se repite estudio previo sin hallazgos. Es dado de alta con indicación de completar TAC oral por un año.
Discusión: La DEAR es un desafío médico por múltiples razones. Dada la baja incidencia y clínica inespecífica, es necesario tener un bajo umbral de sospecha en abdomen agudo. Muchas de las condiciones asociadas son de difícil diagnóstico. En cuanto a su historia natural, no hay otros casos reportados de recurrencia. Además, el tratamiento continúa siendo objeto de debate. Por todas estas razones, se requieren estudios que incluyan seguimiento para poder aclarar estas interrogantes.

Palabras claves:
Disección espontánea, arteria renal, infarto renal.

CC-065 AUTOINJERTO MEDULA ÓSEA COMO TRATAMIENTO DE PSEUDOARTROSIS QUINTO METATARSIANO: REPORTE DE CASO.

Gonzalo Barraza F (1), Roberto Carvajal K (1) ,Bárbara Espinoza G (1). Horacio Jimenez M (2).

(1) Interno de Medicina Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago
(2) Medico cirujano, becado Traumatología Hospital del Trabajador-Asociación Chilena de Seguridad, Santiago

Introducción: Las fracturas de los huesos metatarsianos están entre las lesiones más comunes de los pies, dentro de estas la más frecuente en el adulto es la del quinto metatarsiano (5 MTT). Según el sitio de fractura va a depender el tratamiento y el éxito en la consolidación. Una de las principales complicaciones es la no unión de los cabos de la fractura.
Presentación del Caso: Paciente masculino, 62 años, sin antecedentes, sufre caída con inversión de pie izquierdo en su trabajo. Es evaluado en Hospital del Trabajador(HT) donde se evidencia aumento de volumen en antepie, equimosis y dolor en zona de metatarsianos laterales. Radiografía y tomografía axial computarizada(TAC) de pie izquierdo: Fracturas diafisarias del tercer, cuarto y quinto metatarsiano de rasgo oblicuo, sin desplazamiento, por lo que se decide manejo ortopédico.
Al quinto mes post tratamiento persiste con metatarsalgia, principalmente a la palpación del 5 MTT, se controla con TAC y radiografía donde se evidencia no unión.
Se decide realizar cirugía de resección más injerto autólogo de hueso esponjoso de tibia proximal y osteosíntesis de quinto metatarsiano, usando placa 2.3 mm. Durante post operatorio paciente evoluciona en buenas condiciones por lo que es dado de alta.
Discusión: Existen múltiples opciones de tratamiento quirúrgico para el manejo de la pseudoartrosis, uno de estos es el autoinjerto de medula ósea asociado a material de osteosíntesis. Esta alternativa tiene como objetivo fundamental el estimular la formación ósea en los cabos de no unión. Si bien presenta buenos resultados aún faltan estudios que sean significativos.

Palabras clave:
Huesos metatarsianos, pseudoartrosis, transplante óseo

CC-066 HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO DORSAL: REPORTE DE UN CASO.

Ricardo Enrique Varas A (1) Claudio Antonio Valenzuela R (1) Carolynn Lisset Gribbell L (1) Álvaro Nicolás Venegas V (1) Dr. Juan Pablo Cabrera C (2)

(1) Interno Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.
(2) Neurocirujano. Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente.

Introducción: La hernia del núcleo pulposo (HNP) dorsal comprende tan sólo el 0.5% de todas las hernias del disco intervertebral, normalmente tienen un origen traumático, y pueden determinar compresión de la médula espinal y/o raíz nerviosa emergente, pudiendo ocasionar déficit neurológico significativo.
Presentación del caso: Paciente masculino de 50 años, quien luego de levantar un objeto de gran peso sufre dolor dorsal agudo transfixiante asociado a paraparesia y retención urinaria. Acudió a la urgencia del Hospital Doctor Guillermo Grant Benavente, constatándose paraparesia severa e hipostesia en extremidades inferiores. En primera instancia se sospechó disección aórtica, realizándose tomografía axial de tórax y abdomen con contraste, electrocardiograma y análisis de sangre, todos normales. Se decidió hospitalizar para estudio con resonancia magnética con contraste, la que mostró gran HNP extruída y descendida a nivel de T8-T9, que comprime saco tecal anterior y deformaba la médula espinal, además de signos de mielopatía dorsal secundaria. Se realizó laminectomía descompresiva T8-T9 y microdisquectomía por costotransversectomía izquierda sin incidentes.
El paciente evolucionó con discreta mejoría motora y sensitiva, persistiendo con vejiga neurogénica, siendo dado de alta con controles en Fisiatría.
Discusión: La mayoría de los pacientes con HNP dorsal responden a tratamiento conservador, siendo poco frecuente la necesidad de tratamiento quirúrgico; sin embargo, tal como ocurre en este caso, cuando el dolor dorsal es invalidante, y existe deterioro neurológico, la indicación quirúrgica es mandatoria, la que debe realizarse tan pronto como sea posible.

Palabras claves:
Paraparesia, Hernia Discal, Dolor Torácico.

CC-067 TUMOR PARDO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Blanca Angélica Arnaiz M (1) María Ignacia Molina C (1) Daniela Andrea Morales H (1) Paloma Ignacia Triviño M (1) Vittorio Ángelo Cassuni F (2)

(1) Interno de Medicina. Universidad Mayor sede Temuco.
(2) Médico Cirujano Especialista en Ortopedia y Traumatología, Hospital Victoria.

Introducción: El tumor pardo es una lesión infrecuente que se presenta en el curso de hiperparatiroidismo primario, secundario o terciario como expresión de osteitis fibrosa quística. Es una lesión no neoplásica, localmente destructiva pudiendo causar fracturas patológicas preferentemente en costillas, clavículas y pelvis. Se reporta el caso de un tumor pardo con ubicación inusual como consecuencia de hiperparatiroidismo secundario (HPTS) que desarrolló la paciente en la evolución de su insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) de larga data.
Presentación del caso: Paciente de 47 años con antecedentes de IRCT e HPTS, consultó por intenso dolor en región infrapatelar izquierda. Destaca masa indurada e impotencia funcional. En radiografía y tomografía computada impresiona fractura inminente de tibia proximal izquierda en hueso patológico. Biopsia ósea compatible con tumor pardo. Niveles de paratohormona: 1711 pg/ml. Con estos hallazgos se aumenta cinacalcet a dosis máximas en espera de resolución.
Discusión: Si bien los tumores pardos han sido básicamente descritos en hiperparatiroidismo primario, el presente trabajo contribuye con un caso adicional a los infrecuentes reportes descritos en HPTS en el curso de IRCT. El tratamiento consiste en estabilizar los niveles séricos de calcio y fósforo reduciendo la concentración de paratohormona de manera farmacológica. Si estas medidas fracasan la conducta a seguir es la paratiroidectomía; de no involucionar se debe considerar la resección quirúrgica ósea. Es fundamental incluir los tumores pardos en el diagnóstico diferencial de tumores óseos, así como prestar atención a los efectos del exceso de paratohormona a largo plazo en pacientes hemodializados por posibles complicaciones.

Palabras Claves:
Tumor pardo, Hiperparatiroidismo secundario, Insuficiencia renal crónica.

CC-068 ARTRITIS SÉPTICA EN PACIENTE JOVEN CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ARTROSCÓPICA, REPORTE DE UN CASO.

Sebastián Cabello A. (1) Manuel Barrera O. (1) Florencia Correa G. (1) Nicolás Zanolli de S. (1) José Luarte E. (2)

(1) Alumno V año Medicina Universidad De Los Andes.
(2) Médico Cirujano, Traumatólogo especialista en Rodilla, Clínica Dávila.

Introducción: La artritis séptica es la inflamación del espacio articular por la invasión de un agente infeccioso. Se manifiesta con dolor, derrame articular, aumento de temperatura local e impotencia funcional. Esta patología suele presentarse en pacientes de mayor edad.
Presentación del caso: Paciente de 23 años, sexo masculino con antecedentes de cirugía artroscópica de rodilla derecha en septiembre de 2014. Acude en Noviembre 2015 a servicio de urgencia Clínica Dávila por aumento de volumen y dolor de rodilla derecha que inicia la noche anterior, acompañado de sensación febril. Al examen físico destaca rodilla en semiflexión antiálgica, leve aumento de volumen sin eritema ni aumento de temperatura. Movilidad muy limitada por dolor. El cuadro clínico y antecedente quirúrgico sugieren una artritis infecciosa. Artrocentesis muestra líquido sinovial amarillento turbio. Sin bacterias al Gram. Leucocitos 39.000 con 83% PMN. Otros exámenes destacan PCR 8.4, VHS 9, hemocultivo (-), Hematocrito 37.5, Leucocitos 13.730 con 73% segmentados. Cultivo positivo para Staphylococcus aureus meticilino sensible. Se ingresa a pabellón para aseo quirúrgico por compartimento. Se realiza sinovectomía y menisectomía parcial. Se indica cefazolina endovenosa por 14 días y luego cefadroxilo vía oral, con respuesta favorable.
Discusión: El caso corresponde a una artritis séptica de corta evolución presentando un cuadro clínico clásico, con líquido articular de aspecto sospechoso sin bacterias a la microscopía. La clínica y punción articular permiten sospechar esta patología, aún en paciente joven. Habiéndose sometido a cirugía artroscópica, no es clara su asociación como factor de riesgo.

Palabras Claves:
Artritis Infecciosa, Staphylococcus aureus, Artroscopía

CC-069 INFECCIÓN DE CLAVO ENDOMEDULAR DE LARGA DATA EN FÉMUR POR SALMONELLA. REPORTE DE UN CASO.

Camila Sandoval S. (1) Daniela Salazar B. (1) Felipe Arriagada R. (1) Patricio Alfaro T. (2)

(1) Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
(2) Médico Cirujano, Becado de Traumatología, Hospital Traumatológico de Concepción, Concepción

Introducción: Osteomielitis secundaria a infección del material de osteosíntesis, expresando clínica igual a osteomielitis primaria. Las tardías (> 2 años) corresponden al 19% de los casos. En fémur se desarrolla en 1,5-3,2%. Microorganismo más frecuente Staphylococcus coagulasa negativo (36%). Se presenta caso de infección por Salmonella tipo C de clavo endomedular (CEM) de larga data.
Presentación del Caso: Hombre, 71 años, sin comorbilidades, antecedente de fractura diafisiaria de fémur izquierdo (1997) tratada con CEM. En Octubre de 2015 consultó en Urgencias del Hospital Traumatológico de Concepción por dolor en tercio proximal del muslo izquierdo de 11 días de evolución, asociado a edema, eritema, claudicación y fiebre de 39°C. Movilidad articular de cadera conservada. Destaca consumo habitual de “huevos a la ostra”. Parámetros inflamatorios elevados. Radiografía reveló osteolisis alrededor del CEM. Ante sospecha de infección se inicia Vancomicina. Hemocultivos resultan negativos. Se realiza aseo quirúrgico exploratorio y retiro de CEM, impresionando en intraoperatorio abundante contenido purulento alrededor de éste; toma de cultivos positivos para Salmonella grupo C. Se cambia tratamiento a ciprofloxacino endovenoso. Tras dos aseos quirúrgicos, paciente evoluciona positivamente continuando ambulatoriamente antibioterapia oral y controles en Policlínico de Traumatología e Infectología hasta ser dado de alta en Abril del 2016.
Discusión: Diagnóstico de osteomielitis requiere de clínica característica, parámetros inflamatorios alterados y signos radiológicos. El cultivo es esencial para determinar el agente etiológico. Salmonella es excepcional en este casos, de hecho sólo se econtraron escasos reportes de casos similares. Aun así, los principios generales del tratamiento de osteomielitis son suficientes para un buen resultado.

Palabras Claves:
Fijación intramedular de fracturas; Osteomielitis; Salmonella

CC-070 CONDROSARCOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y DISMETRÍA POSTQUIRÚRGICA DE ANTEBRAZO DERECHO, REPORTE DE UN CASO.

Marisol Martí C (1) Sebastián Cabello A (1) Nicolás Franulic M (2)

(1) Alumno V año Medicina, Universidad de los Andes.
(2) Médico Cirujano, Becado de traumatología de I año, Hospital Militar

Introducción: Los condrosarcomas son neoplasias mesenquimales que producen matriz cartilaginosa. Son poco frecuentes y suelen presentarse en mayores de 50 años. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. En pacientes pediátricos, es importante asegurar la preservación del cartílago de crecimiento.
Presentación del caso: Paciente hombre, de 14 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta en febrero de 2008, en policlínico de Concepción, por presentar 3 meses de dolor en codo derecho, sin antecedente traumático, con aumento de volumen progresivo y dificultad en la extensión. El paciente es derivado al Hospital Militar para estudio y manejo, se realiza biopsia que diagnostica condrosarcoma ulnar proximal, estudio de diseminación resulta negativo. En abril del 2008 se realiza resección en bloque y reconstrucción con aloinjerto osteoarticular de ulna adulta, placa y tornillos bloqueados. Paciente evoluciona satisfactoriamente pero en control postquirúrgico de 18 meses se diagnostica una dismetría radioulnar, por lo que se realiza hemiepifisiodesis radial distal. En control anual de 2016, esta sin dolor, con limitación leve de la pronosupinación y extensión, una leve dismetria radiográfica que no ha empeorado tras la cirugia, sin recurrencias del tumor.
Discusión: El caso corresponde a un condrosarcoma que se presentó en edad y ubicación atípicas (suelen afectar pelvis, fémur proximal, cintura escapular, rodilla y columna, solo 4% son menores de 20 años). Presentó una complicación secundaria postquirúrgica, debido a que seguía creciendo y el injerto era de adulto. Al tener riesgo de reincidencia local, requerirá controles radiográficos a largo plazo.

Palabras clave:
Condrosarcoma, pediatría, trasplante homologo

CC-071 ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO DISEMINADA. REPORTE DE UN CASO.

Carla Ayala P.(1) Stephanie Erices S.(1) Fernanda Horta A.(1) Sandra Miranda S.(1) Álex Castet A.(2)

(1) Interna de Medicina, Universidad Mayor, sede Temuco
(2) Médico Cirujano. Médico Pediatra. Hospital de Victoria

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es causada por Bartonella henselae, transmitida principalmente por gatos a través de mordeduras o rasguños. Es un cuadro autolimitado y de curso benigno, que puede presentar complicaciones o presentaciones atípicas, como encefalopatías, osteomielitis, hepatitis y neumonia, entre otras.
Presentación del caso: Preescolar de 4 años, previamente sano, consulta por cuadro de 11 días de fiebre persistente hasta 39°C, asociado a dolor lumbar que no cede con analgésicos, presenta antecedente de contacto con gatos. Al examen físico destaca la presencia de adenopatías en regiones axilar e inguinal. Parámetros inflamatorios moderadamente elevados (Leucocitos 16.000, RAN 8209, PCR 53.4, VHS 50, LDH 207) y hemograma sin blastos al frotis; ecografía de partes blandas muestra linfadenopatía axilar y flujo vascular aumentado y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Serología positiva para Bartonella henselae 1/256 y estudio con cintigrama óseo revela presencia de lesiones osteoblásticas en calota y columna dorsal. Evaluación oncológica descarta causa neoplásica, por lo que se inicia terapia antibiótica triasociada (Azitromicina, Ciprofloxacino y Rifampicina) por 21 días con buena respuesta.
Discusión: La EAG es causa frecuente de fiebre prolongada en nuestro medio, y puede presentar complicaciones como osteomielitis, aunque esta es poco frecuente. Es importante tener una alta sospecha, ya que requiere de terapia antibiótica prolongada para su resolución. Dado su acción bactericida y penetración ósea, se recomienda terapia triasociada con Azitromicina, Ciprofloxacino y Rifampicina, previo estudio de evidencia científica.

Palabras clave:
Arañazo de gato, Bartonella, osteomielitis.

CC-072 ACALASIA ESOFÁGICA, UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE.

Paola Cárdenas B.(1),Alfonsina Carrasco D.(1),Teresa Vergara A.(1), Eugenia Steffens V.(1), Samuel Nauto B.(2)

(1) Internos Medicina Universidad Católica Santísima Concepción, Campus Chillán.
(2) Médico Cirujano, Servicio Cirugía, Hospital Herminda Martin, Chillán.

Introducción: Acalasia es un trastorno motor primario de la musculatura lisa esofágica, caracterizado por esfínter esofágico inferior hipertensivo, con relajación incompleta y aperistalsis del esófago torácico por degeneración de plexos mientérico y autónomo. Etiología es desconocida, aunque se cree que causas virales y autoinmunes estarían implicadas. Se presenta con disfagia ilógica, dolor torácico, malnutrición y baja de peso. El tratamiento busca corregir la obstrucción funcional esfinteriana.
Presentación del caso: Hombre, 48 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de 18 meses de disfagia ilógica y vómitos asociado a pérdida de peso de 30kg. Al examen destaca desnutrición severa. Estudio con Endoscopía digestiva alta muestra retención alimentaria en esófago con gastropatía eritematosa difusa. Radiografía esófago-estómago-duodeno identifica importante dilatación del esófago torácico con múltiples defectos por residuo alimentario, con vértice esofágico fusiforme, además de escaso peristaltismo del esófago distal, hallazgos compatibles con acalasia. Es sometido en 2 oportunidades a dilatación endoscópica sin respuesta, por lo cual se realiza miotomía de Heller.
Discusión: Acalasia es un trastorno infrecuente, con diagnóstico promedio de 53 años, similar a este caso. Los motivos de consulta son inespecíficos, la presencia de un cuadro insidioso y progresivo causa retraso diagnóstico de 2 años, favoreciendo desnutrición severa. La primera sospecha es patología maligna, por ello es importante considerarla, debido a su relación con carcinoma escamoso esofágico. El tratamiento no quirúrgico más eficaz es la dilatación endoscópica, que presenta recurrencia tardíamente, sin embargo en este reporte fue precoz. La cirugía laparoscópica actualmente es de elección por su mayor efectividad.

Palabras Claves:
Acalasia del esófago, desnutrición, plexo mientérico.

CC-073 TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) EN ÍLEON DISTAL. REPORTE DE UN CASO.

Andrés Alexis Vargas M(1) Nataly Mercedes Vásquez L(1) Ingeborg Tampe A(1) Alejandro Eduardo Navarrete S(1) José Manuel Salcedo B(2) Renato Eduardo Arriagada H(3)

(1) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
(2) Médico Internista, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.
(3) Médico especialista en Cirugía, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.

Introducción: El GIST es la neoplasia mesenquimática más común del tracto digestivo, representa el 0.1-3% de las neoplasias gastrointestinales, generalmente benignos. Más frecuentes en estómago (50-70%), seguidos del yeyuno e íleon (20-30%).
Presentación del caso: Mujer de 31 años, hipertensa, diabética, obesa. Hospitalización el 2012 por hemorragia digestiva alta. Ingresó por cinco días de melena, compromiso del estado general y vómitos. Laboratorio destacó hemoglobina de 7,1 mg/dL. Debido a inestabilidad hemodinámica y sangrado activo se trasladó a Unidad de Paciente Crítico, donde requirió múltiples transfusiones. Endoscopía digestiva alta normal. Colonoscopía mostró signos de hemorragia digestiva baja proximal al ciego. Tomografía computada de abdomen y pelvis mostró lesión a nivel de íleon distal que capta precozmente el contraste, de 4,9 x 6,7 cm, con ovillos vasculares hacia asa de intestino delgado adyacente, con rápido drenaje venoso hacia rama de vena mesentérica superior; lesión sugerente de GIST con fístula arteriovenosa entérica. Marcadores tumorales (CA 125 y 19-9) negativos. Se practicó laparotomía exploradora, encontrando lesión en íleon de 8 cm, la que se extirpa. Estudio histopatológico: neoplasia fusocelular submucosa sugerente de GIST de moderado potencial maligno. Inmunohistoquímica: CD 117 positiva en células tumorales. Se presenta paciente a Comité Oncológico para determinar seguimiento.
Discusión: Es relevante la inmunohistoquímica en el diagnóstico, ya que diferencia el GIST de otros tumores. En el escáner es importante buscar signos de malignidad, puesto que cambia el pronóstico. El uso de inhibidor de tirosina kinasa puede ser prometedor en el tratamiento de esta enfermedad, en especial en compromiso avanzado.

Palabras clave:
Neoplasias Gástricas, Tomografía, Tumores del Estroma Gastrointestinal

CC-074 SÍNDROME DE ALAGILLE. REPORTE DE UN CASO.

Andrés Alexis Vargas M(1) Nataly Mercedes Vásquez L(1) Joaquín Vallejos E(1) Carlos Andrés Ortega Troncoso(1) Manuel Alejandro Valenzuela C(2)

(1) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
(2) Pediatra, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.

Introduccion: El Síndrome de Alagille es una enfermedad autosómica dominante multisistémica caracterizada clásicamente por disminución de conductos biliares. Tiene una frecuencia de uno en 30000 lactantes.
Presentación del caso: Lactante de tres meses, antecedente de prematuridad, consulta en urgencia por ictericia de tres semanas de evolución, asociado a deposiciones hipocólicas. En laboratorio destaca patrón colestásico. Se hospitaliza para estudio. Ecografía abdominal normal. Madre solicita alta voluntaria para traslado a Hospital Regional de Concepción. A su ingreso a dicho centro, destaca persistencia de patrón colestásico, pruebas de coagulación normales, serología viral negativa. Cintigrama de vía biliar muestra ausencia de paso de contraste hacia intestino, por lo que se sospecha de atresia de vía biliar. Colangiografía la descarta, observándose hidrops vesicular. Biopsia hepática: cuadro inflamatorio portal y lobulillar leve, con acentuación de la zona 3, sin signos histológicos de cronicidad. Signos de colestasia. Ductopenia focal con reduplicación de conductos biliares. Ecocardiografía revela estenosis pulmonar. Ante los hallazgos, se confirma el diagnóstico de Síndrome de Alagille, y se inicia manejo multisistémico, con controles seriados para observar evolución.
Discusion: El diagnóstico se realiza con criterios clásicos: colestasis por pobreza de conductos biliares, enfermedad cardíaca congénita, anormalidades esqueléticas, alteraciones oculares y fenotipo facial característico. El tratamiento se realiza de acuerdo a la afectación por sistemas. En ciertos casos, la derivación biliar parcial externa es eficaz. El trasplante hepático está indicado en niños con insuficiencia hepática. En el caso expuesto, la biopsia hepática con ductopenia lobulillar y la estenosis pulmonar fueron claves para diagnosticar la enfermedad.

Palabras clave:
Colestasis, Ictericia, Síndrome de Alagille

CC-075 SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE. REPORTE DE UN CASO.

Andrés Alexis Vargas M(1) Nataly Mercedes Vásquez L(1) Natalia Esperanza Teneb L(1) Camila Francisca Velásquez D(1) Marta Edith Ruf F(2)

(1) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
(2) Neuróloga, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.

Introducción: La vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) es un síndrome clínico, cuyas características principales incluyen inicio hiperagudo de cefalea intensa y vasoconstricción segmentaria de arterias cerebrales. Generalmente benigno, aunque en algunos casos puede provocar accidentes cerebrovasculares. De incidencia aún incierta, afecta comúnmente a pacientes entre 20-50 años.
Presentación del caso: Varón de 24 años, consumo ocasional de alcohol y bebidas energizantes, sin antecedentes de migraña. Consulta en Urgencia del Hospital de Chillán por cinco días con episodios de cefalea en trueno hemicránea derecha, intensidad EVA 8, que se gatillan con el valsalva, no ceden a analgesia oral, sin otros síntomas asociados. Angiotomografía de cerebro sin hallazgos patológicos. Punción lumbar descarta infección central. Ante cuadro clínico compatible con SVCR, se decide hospitalizar para observación, manejo del dolor y vasodilatación cerebral. Se inicia tratamiento con nimodipino hasta completar 21 días, presentando buena respuesta. En controles al alta, paciente refiere no haber sufrido nuevos episodios de cefalea, mejorando hábitos y evitando factores gatillantes del dolor.
Discusión: El diagnóstico del SVCR se hace en base a la clínica de cefalea en trueno asociado a la visualización del vasoespasmo mediante técnicas de imagen, descartando aneurisma roto, y posibles causas infecciosas que puedan explicar el dolor. La vasoconstricción puede no ser visualizada en hasta un tercio de los pacientes. Entre los factores gatillantes, destacan el ejercicio intenso, maniobras de valsalva, actividad sexual, bebidas energizantes y fármacos como ergotamínicos, marihuana y cocaína. Es importante educar a la población joven respecto al cuidado y prevención de los factores desencadenantes de este cuadro.

Palabras clave:
Cefalea, Tomografía, Vasoconstricción

CC-076 LUXACIÓN POSTERIOR DE HOMBRO INVETERADA Y LESIÓN DE HILL-SACHS: REPORTE DE UN CASO

Carlos Veloso S.(1) Carla Espinoza B. (1) Francisca Grandón Romero (1) Jaime Zapata S. (1) Pedro Pavéz L. (2)

(1) Interno Medicina, Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillan.
(2) Médico Traumatólogo, Hospital Clínico Herminda Martin, Universidad Católica De La Santísima Concepción, Chillan.

Introducción: La luxación de hombro (LH) representa el 50% del total de las luxaciones de articulaciones mayores, siendo la más frecuente la anterior (95%) y menos frecuentes la posterior (4%) e inferior (1%), pudiéndose asociar a daño del nervio axilar. La lesión de Hill-Sachs (LHS) es la fractura por compresión de la porción posterosuperolateral de la cabeza humeral. Sucede en el 35 – 40% de las LH y se asocia a la recurrencia del cuadro.
Presentación del caso: Hombre de 49 años, con antecedentes de agresión por terceros dos meses previos a su consulta y múltiples evaluaciones en atención primaria, asiste a Hospital de Chillan por omalgia derecha y limitación de la movilización. Al examen físico se constata deformidad del hombro derecho (OD), limitación de la movilidad activa y pasiva de la articulación y atrofia deltoidea importante, sin compromiso neurovascular. En radiografía de OD se aprecia pérdida del espacio glenohumeral. Se completa estudio con tomografía axial computada del mismo sitio, observándose luxofractura inveterada posterior. Se hospitaliza para manejo. Durante reducción quirúrgica se identifica LHS que afecta el 25 – 30% del borde anterior de cabeza humeral, reparándose con anclas de titanio. Paciente evoluciona favorablemente e inicia rehabilitación kinésica, por lo que se decide alta médica y control ambulatorio.
Discusión: La LH debe considerarse como diagnóstico diferencial frente a un trauma de extremidades superiores. La LH posterior tiene un importante interés diagnóstico y terapéutico, pues afecta principalmente a población activa (35 a 55 años) y en la mayoría de los casos es subdiagnosticado (hasta 79% en algunos estudios).

Palabras claves:
Luxación de hombro, fracturas del húmero, articulación del hombro.

CC-077 TRAUMA VESICAL IATROGÉNICO POR APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. IMAGENOLOGÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Karla Gassiot A. (1) Nicole Hund M. (1) José Gajardo C. (1) Teresa Álvarez M. (1) Dr. Andrés Navarrete C (2)

(1) Interno de medicina Universidad Mayor Sede Temuco
(2) Alumno de medicina Universidad Mayor Sede Temuco
(3) Médico Radiólogo, Clínica Mayor Temuco

Introducción: La cirugía laparoscópica es el estándar de atención para muchos trastornos intestinales. Sus complicaciones poseen una prevalencia de hasta un 16% y una incidencia que alcanza los 30 por 10.000 procedimientos, correspondiendo un 3% a lesiones vesicales. Estas se asocian mayoritariamente a la instalación de un trócar suprapúbico en un paciente con vejiga sobredistendida y sus signos clínicos son la distensión gaseosa de la bolsa de drenaje urinario y hematuria. El manejo de estas lesiones es muy variable, pueden requerir desde un simple cateterismo hasta una laparotomía, dependiendo de la gravedad de la lesión. go de sufrir una lesión vesical. Este riesgo puede ser minimizado mediante previa cateterización del paciente. Cuando se sospecha una lesión ureteral, la ecografía puede ser útil como prueba inicial, seguida de un TAC con contraste renal o cistoscopia con pielografía intravenosa retrógrada, por lo que debemos tener presentes estas técnicas imagenológicas.
Presentación del caso: Paciente femenina de 19 años sin antecedentes mórbidos consulta al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal clínicamente sugerente de apendicitis aguda por lo que es hospitalizada para resolución quirúrgica vía laparoscópica. Al segundo día del post-operatorio evoluciona con aumento de volumen de pared abdominal y vulva, se solicita tomografía axial computacional de abdomen y pelvis donde se advierte lesión vesical por lo que es re-ingresada a pabellón para ser sometida a su reparación quirúrgica.
Discusión: La mayoría de las complicaciones de la cirugías laparoscópicas se producen durante el acceso abdominal. Una historia de cirugía pélvica previa aumenta el riesgo de sufrir una lesión vesical. Este riesgo puede ser minimizado mediante previa cateterización del paciente. Cuando se sospecha una lesión ureteral, la ecografía puede ser útil como prueba inicial, seguida de un TAC con contraste renal o cistoscopia con pielografía intravenosa retrógrada, por lo que debemos tener presentes estas técnicas imagenológicas.

Palabras Claves:
Enfermedad Iatrogénica, Tomografía computacional Axial, Vejiga urinaria

CC-078 DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO SECUNDARIO A HEPATITIS AUTOINMUNE, REPORTE DE UN CASO.

Carlos Andrés Ortega T(1) Nataly Mercedes Vásquez L(1) Natalia Cecilia Parra C(1) Andrés Alexis Vargas M(1) Miguel Fernando Chang G(2)

(1) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillán.
(2) Médico Internista, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.

Introducción: hepatitis autoinmune corresponde a una hepatitis crónica de curso generalmente progresivo. Esta patología con tratamiento aumenta la sobrevida, siendo del 90% a los 10 años con terapia inmunosupresora. Cerca de un 10 a 20% de los pacientes no responde a tratamiento inmunosupresor, o requieren altas dosis de corticoides, estos casos progresan a cirrosis.
Presentación del caso: Paciente sexo femenino 27 años de edad, cursando con hepatitis autoinmune desde hace seis años, en tratamiento farmacológico con prednisona (20mg) al día, y micofenolato mofetil 1g c/12h. Debuta con hematemesis (cinco episodios) y un episodio de melena. Consulta en Hospital Clínico Herminda Martin, donde se constata normotensión, taquicardia, palidez, se logró estabilizar signos vitales con aporte de volumen (cristaloide) endovenoso. Se realiza endoscopía digestiva alta, informada gastropatía hipertensiva, várices esofágicas tipo IV, puntos rojos, várices fondo gástrico tipo II. Se realizó ligadura de várices, y tratamiento con propanolol. Meld score de ingreso 19 puntos. Meld score egreso 14 puntos.
Discusión: En general el transplante hepático por hepatitis autoinmune tiene baja incidencia tanto a nivel nacional como internacional, la hepatitis fulminante o subfulminante de origen autoinmune, es indicación de transplante de manera urgente si cumple los criterios establecidos de indicación de transplante por falla hepática fulminante. En esta población es recomendable realizar una inmunosupresión más intensa en el postransplante inmediato, debido a que probablemente la incidencia de rechazo agudo es mayor. La recidiva responde a tratamiento con esteroides.

Palabras clave:
Cirrosis hepática, hepatitis autoinmune, várices esofágicas y gástricas.

CC-079 TUBERCULOMA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalina Alejandra Reyes S (1) Amador Francisco Montero R (1) Pamela Alejandra Bahamondes M (2) Carmen Gloria Isolée Cruz G (2) Andrés Navarrete C (3)

(1) Internos de medicina, Universidad Mayor sede Temuco
(2) Estudiantes medicina, Universidad Mayor sede Temuco
(3) Médico Radiólogo, Clínica Mayor, Temuco

Introducción: El tuberculoma es la manifestación de infección por tuberculosis. Macroscópicamente, son nódulos focales; por esto, en Radiografía de Tórax Simple (RX) y en Tomografía Axial Computarizada (TAC), puede confundirse con cáncer pulmonar.
Presentación del caso: Paciente masculino de 69 años, tabaquismo como único antecedente. Acude a Clínica Mayor de Temuco por cuadro de disnea progresiva. Sin alteraciones al examen físico, se solicita TAC, muestra nódulo pulmonar. Posteriormente, la Tomografía por Emisión de Positrones / Tomografía Computada (PET/TC), evidencia un nódulo espiculado hipercaptante. En biopsia, tejido pulmonar con superficie externa violácea y nódulo blanco grisáceo. Histopatológicamente, evidencia inflamación crónica granulomatosa necrotizante, abundantes bacterias ácido-alcohol resistentes (BAAR) y enfisema subpleural. PCR negativo para Tuberculosis (TBC). Se diagnostica Tuberculosis por micobacteria atípica.
Discusión: El Nódulo Pulmonar Solitario es una lesión parenquimatosa menor de 3 cms. La mayoría, asintomáticos y su hallazgo es incidental. El diagnóstico se apoya con antecedentes clínicos y laborales, presencia de tabaquismo y procedencia de zonas endémicas de hidatidosis. Existen diagnósticos diferenciales diversos Las causas en Chile son: 54% infeccioso y 28% cáncer bronquial. Por esto, debemos descartar neoplasia y, dentro de lo infeccioso, tener presente el tuberculoma y el quiste hidatídico.
La RX y la TAC caracterizan y orientan a la etiología de la lesión, sin embargo, la técnica de elección es la TAC con contraste. Otras técnicas, como PET/TC y Fluorodesoxiglucosa PET/TC han presentado alta exactitud diagnóstica (90-92%) y, principalmente, la PET/TC puede evitar procedimientos innecesarios. Por lo mismo debemos, como médicos generales, apoyarnos de la imagenología.

Palabras Claves:
Tuberculoma; Nódulo Pulmonar Solitario; Cáncer.

CC-080 CLAVO ENDOMEDULAR COMO TRATAMIENTO DE FRACTURA DE FÉMUR EN PACIENTES CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA.

Alexia Nicolaides L. (1) Camila Andrea Pincheira R. (1) María Paz Piquer A. (1) Paulina Cecilia Tejada U. (1) Tamara Criollo M. (2) Katherine Ellsworth C. (2)

(1) Internas Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago
(2) Médico Cirujano, Universidad de Los Andes

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad hereditaria por mutación en el colágeno tipo I caracterizada por fragilidad ósea y fracturas generando gran limitación funcional por severidad de la deformación. No existe tratamiento específico, sin embargo una vez ocurridas las fracturas además del manejo farmacológico y ortopédico es interesante plantear el uso de dispositivos de osteosíntesis tales como el clavo endomedular.
Presentación del caso: Paciente B.R.S., preescolar, masculino de 3 años de edad con antecedente OI tipo III, con sospecha antenatal por deformidad de huesos largos y aplastamiento vertebral in útero, confirmado durante periodo neonatal. Inicia a los 11 meses de vida tratamiento con pamidronato endovenoso cada 2 meses además de suplementación con vitamina D y calcio.
Desde su nacimiento ha presentado múltiples fracturas de huesos largos: húmero izquierdo, ambos fémures y ambas piernas, en total 10, en su mayoría tratadas ortopédicamente, requiriendo en marzo 2015 instalación de clavo endomedular por fractura de fémur derecho con angulación a pesar de reducción y manejo ortopédico. Paciente tiene evolución favorable, sin nuevas fracturas femorales derechas, pero sí en fémur izquierdo presentando nueva fractura en septiembre/2016.
Discusión: La corrección quirúrgica como manejo en la OI, amplia las expectativas para el control y prevención de fracturas, reduciendo el número de intervenciones y así proporcionar una capacidad funcional aceptable mejorando la calidad de vida

Palabras claves:
Osteogénesis imperfecta, fractura, osteosíntesis

CC-081 ABDOMEN AGUDO COMO PRESENTACIÓN DE ABSCESO TUBOVÁRICO BILATERAL DURANTE EL EMBARAZO.

Francisco Belmar N (1) Alejandra Ávila C (2), Valentina Quintana C (2), María Jesús Pérez G (2) Iván Salazar S (3)

(1) Médico Cirujano, Universidad San Sebastián, Puerto Montt
(2) Interna Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(3) Médico Anátomo - Patólogo, Universidad San Sebastián, Concepción.

Introducción: El absceso tubo-ovárico es una complicación grave de la enfermedad inflamatoria pélvica, causada por la diseminación ascendente de una infección de transmisión sexual, afectando principalmente a mujeres jóvenes, pudiendo ser unilateral (58%) o bilateral (8%).
Presentación del caso: Paciente de sexo femenino 30 años, cursando embarazo de 14 semanas consulta por cuadro progresivo de 5 días de dolor abdominal alto y fiebre, asociado a náuseas y diarrea. Ingresa a la Urgencia del Hospital de Los Ángeles, pálida, deshidratada y con resistencia muscular abdominal difusa. Inicialmente se plantea colecistitis aguda por ecografía con colelitiasis a cálculo pequeño y parámetros inflamatorios elevados, iniciándose tratamiento antibiótico; Evolucionando sin mejoría y con sangrado genital. Se realiza ecotomografia transvaginal que muestra, endometrio de 12 milímetros y estructura solido-quística anexial bilateral (89x56x67), compatible con Absceso tubo-ovárico bilateral, además de aborto incompleto. Se decide manejo quirúrgico con laparotomía exploratoria, evidenciando gran plastrón que incluye útero y trompas con salida de pus blanco amarillento, además de un segundo absceso en fondo de saco de Douglas; se realiza histerectomía subtotal y salpingectomia bilateral, dejando tratamiento antibiótico endovenoso bi-asociado, evolucionando en buenas condiciones.
Discusión: Los abscesos tubo-Ováricos es de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo más comunes en mujeres jóvenes. El tratamiento es médico-quirúrgico, siendo crucial, la detección temprana e inicio de tratamiento antibiótico. Sin embargo el diagnostico puede ser difícil, más aun, en contexto de embarazo, y con presentación no clásica de síntomas.

Palabras claves:
Abdomen Agudo, Absceso, Embarazo.

CC-082 ALGIAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO COMO RESULTADO DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL.

Francisco Belmar N (1), Alejandra Ávila C (2), Valentina Quintana C (2), María Jesús Pérez G (2) Iván Salazar S (3)

(1) Médico Cirujano, Universidad San Sebastián, Puerto Montt
(2) Interna Medicina, Facultad Medicina Universidad San Sebastián, Concepción
(3) Médico Anátomo-Patólogo, Universidad San Sebastián, Concepción.

Introducción: Artritis reumatoidea juvenil (AIJ) se define como un conjunto de síndromes inflamatorios crónicos, que se expresan por artritis de 1 ó más articulaciones en niños menores de 16 años. Pueden acompañarse o no de manifestaciones extra-articulares y su cronicidad está dada por un tiempo de duración mayor a 6 semanas.
Presentación del caso: Niña de 8 años; antecedentes familiares: Madre con síndrome de Sjögren y Abuelo materno con artritis reumatoide. Consulta en Hospital naval de Concepción, por cuadro de 2 semanas de evolución de dolor en articulaciones rotulianas, radiocarpianas y metacarpofalángicas, asociado a edema y limitación de la movilidad, que se confirma al examen físico de ambas manos y articulación femorotibial izquierda. Presenta Factor reumatoideo 248, 5 U/ml; ANA (+) títulos 1/2560; Hemograma: Hb 9,6 gr/dl Hto 29%, Plaq. 501.000 mm3; Ac Anti DNA negativo; C3 y C4: 93-14 mg/dl; Inmunoglobulinas séricas aumentadas. Evaluación por especialistas: eco-cardiograma normal; se descartó pericarditis y leucemia mediante mielograma; oftalmólogo descartó uveítis; reumatólogo confirmó diagnóstico de AIJ e inició terapia esteroidal.
Discusión: La AIJ es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones, como también a otros órganos y puede afectar el crecimiento y desarrollo normal del niño. Comienza antes de los 16 años de edad y puede manifestarse durante algunos años, o bien, de forma recidivante durante toda la vida. Es destacable que existen diversos subtipos de AIJ con variabilidad de manifestaciones clínicas, forma de evolución y pronóstico; es por esto que se recomienda que la confirmación diagnóstica sea hecha por especialista

Palabras clave:
Artralgia, Artritis, Factor Reumatoide.

CC-083 ARTRITIS SÉPTICA NEONATAL EN ARTICULACIÓN GLENOHUMERAL, REPORTE DE UN CASO.

Carla Espinoza B (1) Carlos Veloso S (1) Gladys Campos C (1) Cesar Valenzuela O (1) Francisco Higueras V (2)

(1) Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillan
(2) Médico Traumatólogo, Hospital Clinico Herminda Martin, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chillan

Introducción: La artritis séptica (AS) es un proceso inflamatorio agudo articular, producido por la invasión y multiplicación de microorganismos piógenos. Cuando se trata de recién nacidos, la artritis séptica es un hallazgo poco frecuente, pero puede dar una discapacidad permanente, y puede ser incluso mortal a menos que sea sospechada y tratada precoz y adecuadamente.
Presentación del caso: Recién nacido de 19 días de vida con diagnóstico de pie bot en tratamiento con método de Ponseti, consulta en servicio de urgencia por aumento de volumen e impotencia funcional del hombro derecho. Se consigna PCR 172 mg/L; Leucocitos 13.300/uL. Se realiza diagnóstico de AS evidencia en ecografía de hombro de derrame articular compatible con AS. Se realiza artrotomía de urgencia con drenaje de pus franca y recibe precozmente terapia antibiótica empírica, ajustada posteriormente a cultivo de líquido articular. Evoluciona favorablemente sin signos inflamatorios en hombro derecho y con disminución de parámetros inflamatorios. Tras dos semanas de tratamiento antibiótico y sin evidencia de alteración radiológica es dado de alta con tratamiento oral en su domicilio a completar 15 días.
Discusión: La AS debe ser considerada como una emergencia pediátrica. El diagnóstico oportuno y el tratamiento antibiótico y quirúrgico precoz son requisitos para la curación sin daño de la anatomía y función de la articulación afectada, en el caso de nuestro paciente, se diagnosticó precozmente, con mejoría significativa a tratamiento efectuado.

Palabras claves:
Artritis infecciosa, ultrasonografía, dolor de hombro.

CC-084 QUISTE INTRAÓSEO DE ESCAFOIDES. UN HALLAZGO INUSUAL.

Hugo Muñoz N(1) Luis Olave M(1) Carlos Morales H(2) José Ballester L(2)

(1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(2) Médico Traumatólogo, Hospital Base de Curicó, Curicó.

Introducción: El quiste intraóseo es un tumor raro. Se ha descrito generalmente en miembros inferiores, hueso semilunar y muy pocos casos en escafoides. Constituye un diagnóstico diferencial del dolor crónico de muñeca, y como hallazgo radiolúcido, hay que diferenciarlo del osteoblastoma y osteoma osteoide. Se necesita alto nivel de sospecha y estudio radiológico.
Presentación del caso: Paciente femenino, 24 años, sin comorbilidades que consulta a urgencias del Hospital de Curicó con dolor en muñeca izquierda, sin traumatismo previo, intermitente, que mejora con reposo y analgesia, acompañado de impotencia funcional, de 4 meses de evolución. Es evaluada por traumatólogo, quien solicita radiografía simple de muñeca izquierda en la cual se visualiza zona radiolúcida circunferencial central ubicada en escafoides. Se complementa estudio con tomografía y se indica analgesia. Se programa cirugía donde se realiza curetaje, biopsia del tejido y se rellena con injerto esponjoso autólogo tomado de tercio distal de radio ipsilateral complementando con injerto heterólogo DBXTM SynthesTM. Biopsia concluye lesión ósea benigna consistente con quiste óseo simple. Paciente evoluciona en buen estado, buena capacidad funcional, herida operatoria en buenas condiciones.
Discusión: El reporte del presente caso constituye un desafío diagnóstico y terapéutico, siendo el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado el aspecto fundamental para lograr un resultado satisfactorio y evitar complicaciones de gravedad como puede ser la fractura patológica de escafoides. La biopsia sigue siendo el único método diagnóstico, sin embargo, el estudio imagenológico previo es trascendental. Destacamos el tratamiento complementando injerto autólogo y heterólogo debido al éxito terapéutico.

Palabras clave:
Escafoides, Quiste Intraóseo, Biopsia.

CC-085 ABSCESO PRIMARIO DEL PSOAS.

Ladiz Lauga C (1) Consuelo Gutierrez C (1) Carla Lillo M (1) Alejandro Barrientos P (1) Eduardo Miquel C (2)

(1) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca
(2) Médico Cirujano, Hospital Base de Linares, Linares

Introducción: El absceso del psoas (AP) consiste en la acumulación de pus en el compartimento del músculo ileopsoas. Resulta infrecuente, no disponiéndose datos respecto a su incidencia. El objetivo de este reporte es contribuir al conocimiento de un cuadro de difícil diagnóstico.
Presentación del caso: Paciente masculino de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, refiere cuadro de 15 días de dolor en fosa iliaca derecha irradiado a región inguinal que aumenta con Valsalva, se indica evaluación con cirujano por sospecha de hernia inguinal. Luego de 3 días consulta con médico de cabecera por aumento de volumen doloroso en hipocondrio y fosa iliaca derecha con incremento de temperatura local, asociado a impotencia funcional del miembro inferior derecho, indicándose Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de abdomen y pelvis que muestra una gran lesión quística abdomino-pelviana retroperitoneal derecha, a nivel del músculo iliopsoas. Exámenes de laboratorio muestran leucocitosis moderada y anemia leve. Es ingresado al servicio de cirugía, se realiza drenaje del absceso vía extraperitoneal, obteniendo 1600 cc de líquido purulento, se dejan 2 drenajes y tratamiento antibiótico con ceftriaxona metronidazol. Cultivo muestra Echerichia coli. Evoluciona favorablemente, con retiro drenajes y alta al décimo día post operatorio.
Discusión: La clínica del AP es inespecífica, incluye dolor abdominal, dolor lumbar y fiebre. El diagnóstico requiere alto nivel de sospecha, incluso ante la ausencia de riesgo significativo como en el presente caso, junto a la realización de estudio imagenológico apropiado. Para el manejo se recomienda antibiotecoterapia con drenaje extraperitoneal, exceptuando casos complicados.

Palabras clave:
Absceso del psoas, abdomen agudo, espacio extraperitoneal

CC-086 DIVERTÍCULO DE MECKEL ESTENOSANTE EN EL CONTEXTO DE UNA APENDICITIS AGUDA.

Ladiz Lauga C (1) Consuelo Gutierrez C (1) Carla Lillo M (1) Alejandro Barrientos P (1) Eduardo Miquel C (2)

(1) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca
(2) Cirujano Pediátrico, Hospital Base de Linares, Linares

Introducción: El divertículo de Meckel consiste en la presencia de un saco ciego formado por todas las capas intestinales, producto de un remanente embriológico. Se encuentra en el 2% de la población, permaneciendo asintomático en la mayoría de los casos. Se expone un divertículo intestinal con presentación atípica con el objetivo de contribuir a su consideración como diagnóstico diferencial en cuadros similares.
Presentación del Caso: Paciente masculino de 22 años sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de dolor en fosa iliaca derecha y nauseas de 2 días de evolución. Al ingreso dolor a la palpación en punto de Mc Burney, parámetros inflamatorios discretamente elevados. Ecografía abdominal compatible con apendicitis aguda. Se realiza apendicetomía abierta clásica con biopsia que muestra apéndice ulcerada. Paciente evoluciona con persistencia del dolor, distensión abdominal y vómitos biliosos. Radiografía abdominal muestra niveles hidroaéreos. Se realiza exploración laparoscópica, encontrando divertículo de Meckel que ejerce compresión anular sobre el yeyuno, se lleva a cabo resección en cuña sin incidentes, biopsia no muestra presencia de tejido ectópico. Paciente evoluciona favorablemente.
Discusión: Este cuadro puede presentarse como inflamación, sangrado, perforación u obstrucción. El diagnóstico pre operatorio resulta difícil, requiriendo estudios dirigidos como la gammagrafía con tecnecio. El manejo consiste en cirugía en los casos sintomáticos existiendo controversia en los casos de hallazgo incidental. Se recomienda el abordaje laparoscópico con evaluación exhaustiva del íleon frente a cuadros sugerentes, incluyendo aquellos casos en que se resuelva la etiología aparente, con el fin de descartar lesiones concomitantes como la presentada en este reporte.

Palabras clave:
Divertículo de Meckel, obstrucción intestinal, abdomen agudo

CC-087 TRIPLE ARTRODESIS COMO TRATAMIENTO DE PIE CAVO NEUROLÓGICO; A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Belén Durán H (1) Julio César Salviat C (1) Catalina Angélica del Campo V (1) Matías Ignacio Lam A (1) Andres Fernando Cáceres R (2) Cecilia Alejandra Zuñiga C (3)

(1) Interno de Medicina, Escuela Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello, Santiago.
(2) Médico Cirujano, Servicio de Traumatología, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio.
(3) Médico General de Zona, CESFAM Confraternidad, Santiago.

Introducción: El pie cavo es una exacerbación de la concavidad plantar, frecuentemente asociada a mala posición del hueso calcáneo en el plano frontal. La etiología neurológica es la más frecuente. El tratamiento contempla calzado adaptado, ortesis, rehabilitación y de segunda línea el manejo quirúrgico, que incluye la triple artrodesis, que consiste en la fusión de la articulación talo-calcánea, talo-navicular y calcáneo-cuboidal, produciendo una anquilosis ósea que busca detener la progresión, aliviar el dolor y proporcionar estabilidad a la articulación, y solo debe considerarse cuando otras terapias han fracasado.
Presentación del caso: Mujer de 38 años portadora de Charcot-Marie-Tooth, diagnosticado por estudio electrofisiológico y velocidad de conducción nerviosa, que le provoca pie equino varo bilateral, operada a los 22 años con cirugía de reconstrucción con osteotomía de calcáneo e injerto de partes blandas, que evoluciona con corrección parcial de la deformidad, dolor e impotencia funcional, por lo que se realiza reconstrucción de medio pie izquierdo con triple artrodesis modelante mas alargamiento aquiliano, fasciotomia plantar y tenotransposicion de tendón tibial anterior, posterior a lo cual disminuye sintomatología e impotencia funcional.
Discusión: La triple artrodesis es un procedimiento quirúrgico que solo debe utilizarse cuando los síntomas y deformidades persisten a pesar del manejo conservador. La selección adecuada del paciente, y la adherencia posterior al tratamiento son esenciales para obtener resultados óptimos. A pesar que en último tiempo han surgido nuevas técnicas quirúrgicas, la triple artrodesis continua siendo un procedimiento útil, que disminuye el dolor y mejora la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras Clave:
Metatarso, Pies Cavus, Artrodesis.

CC-088 FIJACIÓN INTRAMEDULAR MÍNIMAMENTE INVASIVA EN FRACTURA FALANGE PROXIMAL DE MANO: REPORTE DE CASO.

Gonzalo Barraza F(1), Bárbara Espinoza G.(1) Sebastian Muñoz Muñoz (1) Pablo Orellana A.(2)

(1) Interno de Medicina Escuela de Medicina, Universidad Nacional Andres Bello, Santiago
(2) Médico Traumatólogo, Clínica Indisa, Santiago

Introducción: Las fracturas de falanges de las manos son las más comunes del aparato óseo, representando aproximadamente un 10% de estas. El mecanismo de lesión en jóvenes principalmente se asocia a deportes. Según el rasgo de fractura, estabilidad, acortamiento y rotación el tratamiento va a ser ortopédico o quirúrgico.
Presentación del Caso: Paciente masculino, 25 años, con antecedentes de tres fracturas de escafoides operadas, jugando rugby sufre golpe en dedo medio de mano derecha con hiperextensión y luxación de articulación interfalangica proximal, la cual es reducida previo ingreso a urgencia.
Paciente ingresa a Clínica Indisa con dolor intenso, aumento de volumen y equimosis en primera falange proximal de mano derecha y neurovascular indemne. Se le realiza radiografía de mano y dedo medio donde se muestra fractura conminuta del tercio medio de la falange proximal del dedo medio mano derecha.
Se programa paciente de manera ambulatoria para intervención quirúrgica, donde se realiza osteosíntesis con tornillo canulado axial 2.0 de manera anterograda en falange proximal, logrando una adecuada reducción con mínimo decalaje y sin acortamiento ni rotación. Paciente en postoperatorio evoluciona en bunas condiciones generales, sin limitación funcional con estado neurovascular conservado por lo que es dado de alta.
Discusión: Existen múltiples enfrentamientos para el tratamiento quirúrgico de la fractura de falanges. Los tornillos intramedulares canulados forman parte de las técnicas de fijación mínimamente invasiva, presentando la ventaja de brindar una fijación estable permitiendo el movimiento inmediato y un mínimo daño de tejidos blandos.

Palabras clave:
Falanges de los dedos, fractura en hueso, fijación intramedular de fractura.

CC-089 SARCOMA DE KAPOSI: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nicolás Peña T. S(1) Fernando Barría M. S(1) Macarena Gutiérrez E. S(1) Pablo Álvarez A.S(1) Patricio Llancapi V. S(2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
(2) Médico Dermatólogo, Jefe de Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción

Introducción: El Sarcoma de Kaposi es una neoplasia mesenquimatosa multicéntrica formada por nódulos vasculares que aparece en las superficies cutáneas, mucosas y viscerales, causada por Herpesvirus Humano 8. Es una neoplasia de larga evolución y baja mortalidad. Se han descrito 4 subtipos, entre los cuales destaca el sarcoma de Kaposi relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), actualmente conocido como una de las manifestaciones definitorias de SIDA.
Presentación Del Caso: Hombre de 36 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, consultó en Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso de 6 semanas de evolución, asociado a vómitos, diarrea, fatiga, anorexia y baja de peso. Al examen físico, destacaba la presencia de nódulos cutáneos solevantados, de color rojizo purpúreo, distribuidos en extremidades superiores, muslos, piernas y planta de ambos pies, estos últimos de mayor diámetro y dolorosos. Además, presentaba lesiones similares en paladar duro. En los exámenes de laboratorio, destacó bicitopenia caracterizada por anemia normocíticanormocrómicay leucopenia, destacando linfopenia severa. Se solicitó test de ELISA para VIH, que resultó positivo. Fue evaluado por Dermatología, realizándose biopsia incisional de nódulo localizado en muslo izquierdo, cuyo estudio histopatológico resultó compatible con sarcoma de Kaposi, con inmunohistoquímica para HHV8 (+)y CD34 (+). Se inició terapia antirretroviral, con respuesta favorable a las 2 semanas, con aumento del recuento globular y disminución del tamaño de los nódulos.
Discusión: Se reporta caso de paciente que presentó un sarcoma de Kaposi como debut de un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Palabras Clave:
Sarcoma de Kaposi, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Herpesvirus Humano 8.

CC-090 SOSPECHA DE SINDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA SECUNDARIO A MENINGITIS BACTERIANA.

Natalia Esperanza Teneb Lobos (1) Camila Francisca Velásquez Díaz (1) Denisse Alejandra Silva Villablanca (1) Stephanie Contreras Escobar

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
(2) Médico Cirujano, Becada Psiquiatria infantil. Universidad de Santiago de Chile, Hospital Felix Bulnes, Santiago.

Introducción: Síndrome inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), es una de las principales causas de hiponatremia, caracterizada por retención de agua. Actualmente su incidencia es creciente y dentro de sus principales causas están los fármacos enfermedades del sistema nervioso central. Para el diagnostico se debe presentar hiponatremia, normo volemia; osmolaridad urinaria elevada, osmolaridad plasmática disminuida y demostrar la normalidad del estado ácido-base, potasio, función cardiaca, renal suprarrenal y tiroidea.
Presentación del caso: Paciente sexo masculino con antecedentes de diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial. Consulta reiteradas veces por cefalea holocraneana opresiva de 1 semana de evolución asociado en los últimos 2 días a sensación febril, mialgias, mareos, vómitos explosivos y desorientación. Líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis bacteriana; por lo que es tratado empíricamente en dosis adecuadas. Persiste con cefaleas holocraneanas opresivas de intensidad 5/10 asociado a fotofobia, nauseas y bradipsiquia.
En laboratorio destaca natremia entre 125- 130 mEq/L por 7 días, asociado a natriuresis de 132 mEq/L y osmolaridad plasmática disminuida. Además, se descarta otras causas de hiponatremia.
Es tratado como SIADH; restringiendo líquidos a 500 ml día; con posterior resolución del cuadro.
Discusión: El diagnostico de SIADH, se debe tener presente como complicación posterior a una enfermedad del sistema nervioso central, sin embargo requiere de un estudio acabado del paciente, ya que se deben excluir otras causas.
En este caso su sospecha es crucial para mejorar la sintomatología del paciente, con un tratamiento simple y de fácil alcance.

Palabras claves:
Hiponatremia, meningitis bacteriana, Síndrome de Secreción Inadecuada de hormona antidiuretica.

CC-091 SINDROME SHOCK TÓXICO EN PREESCOLAR (SST).

Andrea Elgueta O. (1) Ingeborg Tampe A. (1) Francisca Grandon R. (1) César Valenzuela O. (1) Camilo Vera G. (2)

(1) Interno de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción.
(2) Médico EDF, Hospital Diego de Almagro, Copiapo.

Introducción: El SST es una enfermedad aguda y grave, secundaria a infección por gérmenes del grupo Staphylococcus o Streptococcus, cursa con fiebre, hipotensión y fallo multiorgánico.
Presentación de caso: Paciente preescolar, sin antecedentes, consulta en Urgencias por cuadro de 2 días de evolución de fiebre, compromiso del estado general, vómitos, dolor abdominal en región periumbilical y debilidad de extremidades inferiores. Exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios elevados, protrombina baja y plaquetopenia. Ecotomografía abdominal: adenitis mesentérica. Se hospitaliza en aislamiento para manejo y se pancultiva. Evoluciona con taquicardia, rigidez de nuca y petequias en tobillo, se indica Punción lumbar que muestra Hipoglucorraquia sin celularidad. Mantiene taquicardia sin respuesta a volumen, llene capilar límite, edema facial, ojo rojo, no queda claro foco infeccioso. Se traslada a Unidad de cuidados intensivos. Ingresa bajo tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona y Clindamicina. Se solicitan test virales Inmunoglobulina M de Epstein Barr, citomegalovirus, Parvovirus y Micoplasma. Se administra inmunoglobulina endovenosa empíricamente. Debido a evolución de sintomatología se decide agregar Vancomicina. Hemocultivo positivo para cocáceas Gram positivo, por lo que se continúa con Vancomicina y Clindamicina, responde favorablemente. Durante evolución presenta requerimiento de drogas vasoactivas para estabilizar hemodinamia, además presenta compromiso de sensorio. Se decide conectar a ventilación mecánica, extubándose al quinto día. Durante evolución presenta disminución progresiva de niveles de Hemoglobina y plaquetas, por lo que, se trasfunden. Recupera parámetros normales y se mantienen estable.
Discusión: Debido a la gravedad que implica el cuadro, es importante conocer la clínica con la que se presenta y el manejo precoz.

Palabras claves:
Shock, preescolar, Staphylococcus.

CC-092 CORIOCARCINOMA CON METÁSTASIS PULMONARES DE APARICIÓN TARDÍA: REPORTE DE UN CASO.

Pablo Álvarez A. (1) Fernando Barría M. (1) Macarena Gutiérrez E. (1) Nicolás Peña T. (1) Jorge Yáñez V.(2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Médico Internista, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Regional de Concepción, Concepción.

Introducción: El coriocarcinoma es una neoplasia invasora altamente vascularizada, compuesta por elementos citotrofoblásticos y sinciciotrofoblásticos. Corresponde al tipo histológico más agresivo de las neoplasias trofoblásticas gestacionales y se caracteriza por su capacidad de producir invasión vascular y metástasis sistémicas precozmente, siendo los sitios más afectados el pulmón, la vagina, el hígado y el cerebro.
Presentación del Caso: Mujer de 51 añosconsultó por dolor torácico de inicio agudo asociado a dificultad respiratoria, realizándose una tomografía axial computada (TAC) de tórax que mostró hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP). Se realizó tratamiento agudo y de mantenimiento del TEP con rivaroxaban,presentando una evolución favorable. TAC de tórax de control mostró un nódulo pulmonar inespecífico que se mantuvo en observación periódica. Se suspendióel tratamiento anticoagulante al completar 6 meses, presentando TEP a los 2 días después. Al interrogar dirigidamente a la paciente, se obtuvo el antecedente de uncoriocarcinoma operado hace 11 años, con quimioterapia posterior incompleta. Se midieron niveles de β-hCGque resultaron en 115.900mUI/ml.Se descartaron metástasis en otras localizaciones y se reinició quimioterapia, alcanzando valores normales de β-hCG a los 5 meses de tratamiento, con remisión de las lesiones en TAC de tórax.
Discusión: Se reporta el caso de una mujer que cursó con un tromboembolismo pulmonar como consecuencia de la presencia de metástasis pulmonares de un coriocarcinoma antiguo con tratamiento incompleto, y que presentó una respuesta clínica y radiológica favorable tras el reinicio de la quimioterapia del tumor primario.

Palabras Clave:
Coriocarcinoma, metástasis de la neoplasia, embolia pulmonar.

CC-093 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA (NET): REPORTE DE UN CASO.

Carolina Sánchez V (1) Yoselin Burgos M (1) Javiera Araneda C (1) Nicolás Aguayo R (1) Washington Navarrete M (2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la Santísima Concepción.
(2) Médico Dermatólogo, Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán

Introducción: La NET es una enfermedad poco frecuente pero con elevada morbimortalidad. Se produce un cuadro dermatológico que se acompaña de afección sistémica severa con daño a órganos internos.
Presentación del caso: Paciente mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, obesidad, cardiopatía coronaria, epilepsia secundaria, artrosis, secuelada de accidente cerebrovascular, polifarmacia, consulta por cuadro de una semana de aparición de lesiones en piel, inicialmente localizadas, luego generalizadas, de tipo ampollosas, posteriormente con forma de placas maculopapulares y eritematosas, descamativas, en placas confluentes, que comprometen gran parte del cuerpo, incluido mucosas. Junto con lo anterior, la paciente presentó además tos con expectoración, cefalea, conjuntivitis, deshidratación, odinofagia y fiebre.
Ingresa como sospecha de síndrome de Stevens-Johnson versus Penfigoide. Como antecedente habría comenzado hace alrededor de un año el uso de ácido valproico, sin evidencia de algún otro factor potencial desencadenante. La paciente rápidamente evoluciona de manera tórpida, con dolor intenso, compromiso hemodinámico y respiratorio progresivos, con lesiones evolutivas a descamación severa de las ampollas y placas confluentes, edema generalizado y signos de infección cutánea secundaria. Es ingresada a UCI con diagnóstico de NET asociado a shock y compromiso multisistémico para manejo avanzado. Evoluciona tórpidamente, sin mejoría clínica, que termina en la muerte de la paciente a los 4 días de admisión en UCI.
Discusión: El NET es una urgencia dermatológica que requiere de un manejo multidisciplinario, siendo necesario una monitorización estricta para detectar complicaciones y secuelas. Importante es realizar una buena anamnesis para detectar el fármaco causante y retirarlo inmediatamente.

Palabras Clave:
Necrólisis Epidérmica Tóxica, Polifarmacia, Dermatología.

CC-094 MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO III O SÍNDROME DE SANFILIPPO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Nicolás Lazcani W (1) Armin Palma L (2). Igor Fritz C.(3)

(1) Interno Medicina Universidad Mayor campus Temuco, Chile
(2) Alumno Medicina Universidad Mayor campus Temuco, Chile.
(3) Médico Pediatra, Servicio de Pediatría Hospital Dr. Mauricio Heyermann, Angol.

Introducción: La mucopolisacaridosis (MPS), enfermedad genética autosómica recesiva (locus 17q25.3) de origen lisosomal, de baja prevalencia. El objetivo de este artículo es presentar un caso atendido en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Mauricio Heyermann, Angol. Se pretende reseñar la experiencia, actualizar el conocimiento sobre la manifestaciones clínicas, y manejo de esta patología.
Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de 5 años de edad, con antecedentes familiares de MPS. Al examen físico destacaba macrocefalia, fascie tosca y hepatoesplenomegalia. Evolucionó con retraso desarrollo psicomotor. Destaca una Tomografía Axial Computarizada cerebral con ventriculomegalía. Es evaluada por Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos mediante Test de Berry positivo y Cromatografía de Mucopolisacaridos 3, con elevación de Heparan Sulfato en orina, diagnóstico de MPS tipo III.
Discusión: La MPS III, es una enfermedades rara. Con una prevalencia generalmente entre 1/10.000 nacidos vivos. Causada por una deficiencia de una de las cuatro enzimas implicadas en la degradación de heparán sulfato, que conduce a su acumulación.
Los hallazgos físicos incluyen características faciales toscas, retardo del neurodesarrollo etc. El tratamiento de las MPS pretende disminuir la progresión de la enfermedad. La evidencia actual (D'Aco K, et al.) postula el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) y terapia de reemplazo enzimático. La TCMH muestra resultados satisfactorios siendo tratados de forma temprana.
La importancia del reporte, es reconocer las características de la patología para establecer un diagnóstico precoz. Logrando así un tratamiento adecuado, junto a consejería genética, mejorando la calidad de vida y pronóstico.

Palabras claves:
Heparán Sulfato , Lisosoma, Mucopolisacáridosis

CC-095 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A DISCOAGULOPATÍA POR CUMARÍNICOS, REPORTE DE UN CASO.

Constanza Garrido B (1) Daniel González S. (2) Fernando Elgueta T (2) Rocío Carvajal N (2) Alejandra Sáez E (3).

(1) Estudiante de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(3) Médico Cirujano, Becado Medicina Interna, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: La Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) es un síndrome clínico que se manifiesta generalmente con hemoptisis, anemia y presencia de infiltrados en la radiografía de tórax. Desde el punto de vista anatómico, la HAD se define como la presencia de sangre en los espacios alveolares dístales sin que se pueda identificar ninguna anormalidad endobronquial.
Presentación del caso: Hombre de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial primaria y fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante oral (TACO) con acenocumarol. Presenta 3 semanas de evolución de tos seca, evaluado en atención primaria donde se diagnostica neumonía, iniciando tratamiento antibiótico. Evoluciona con expectoración hemoptoica progresiva, por lo que consulta en servicio de urgencias. Al ingreso destacan crépitos pulmonares bibasales. En exámenes de laboratorio pruebas de coagulación resultan incoagulables y en radiografía de tórax se evidencia infiltrados bilaterales. Se complementa estudio con tomografía axial computarizada (TAC) de tórax la que muestra focos de relleno alveolar compatibles con sangre confluente bilateral. El lavado broncoalveolar resulta positivo para hemosiderofagos. Estudio inmunológico resulta negativo, por lo que se diagnostica HAD secundaria a mal control de TACO, iniciando manejo con plasma fresco congelado 6 unidades, logrando disminución progresiva de expectoración hemoptoica. TAC tórax control con regresión de hemorragia alveolar, siendo dado de alta sin TACO y con buena respuesta al seguimiento.
Discusión: Las hemorragias graves constituyen la complicación más importante del TACO, la estratificación de riesgo de sangrado debe formar parte de la evaluación del paciente antes de comenzar la anticoagulación y una vez iniciada se requiere seguimiento exhaustivo para evitar complicaciones potencialmente mortales.

Palabras claves:
Anticoagulantes, Hemoptisis, Acenocumarol

CC-096 HIDATIDOSIS EN SACO DE DOUGLAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA, REPORTE DE UN CASO.

Sebastián Alamos G (1) Javiera Rivas P (1) Yoselin Burgos M (1), Andoni Asiain N.(1) Francisco Silva F (2)

(1) Interno de Medicina, Universidad de la Santísima Concepción, Chillan.
(2) Médico Cirujano, Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, Chillan.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por el Echinococcus granulosus que parasita el intestino del perro e infecta al humano como huésped intermediario. Corresponde a una enfermedad frecuente en Chile, y tiene relación con condiciones socio-sanitarias deficientes. El fondo de saco de Douglas, por ser el sitio más declive de la cavidad peritoneal, presenta condiciones predisponentes para anidar los escólices provenientes de la apertura de quistes hidatídicos primitivos, de localización hepática preferentemente, y su ubicación como hidatidosis primaria es rara.
Presentación del caso: Mujer de 39 años, en tercera consulta por dolor hipogástrico asociado a fiebre, sin síntomas miccionales, con ecografía sugerente de hidrosalpinx, en tratamiento antibiótico ambulatorio y antiinflamatorios sin respuesta, por lo que, se realiza laparoscopía exploratoria, con hallazgo de anexos sanos, con pequeña lesión membranosa en saco de Douglas, que durante la toma de muestra libera gran cantidad de líquido amarillento. Mediante laparoscopía se visualiza cavidad tabicada y se solicita evaluación a cirujano, quien considera hidatidosis y realiza laparotomía. Se extraen membrana con compresas con suero hipertónico y se realiza aseo abundante de cavidad. Posteriormente se realizan radiografía de tórax y ecografía abdominal sin hallazgo de otras lesiones.
Discusión: La hidatidosis continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país, especialmente en las zonas del Sur, y a pesar de que la afección del saco de Dougles es rara y generalmente secundaria a hidatidosis hepática, se debe considerar como diagnóstico diferencial de patología ginecológica en sitios endémicos, aunque no se cuente con antecedentes previos.

Palabras claves:
Equinococosis, laparoscopía, saco de Douglas.

CC-097 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA CERVICAL: REPORTE DE CASO DE TUMOR SUBMANDIBULAR DEFORMANTE RÁPIDAMENTE PROGRESIVO.

Tomás Alfonso González L(1) José Miguel López V(1) Claudio Jesús Muñoz C(1) Michael Pino G(1) Irania Blanco G(2) Marilia Victoria Santibáñez S(3)

(1) Interno de Medicina, Escuela de medicina, Universidad de Santiago de Chile, Santiag
(2) Médico cirujano, equipo de cabeza y cuello, unidad de cirugía, Hospital San José.
(3) Médico cirujano, en Etapa de destinación y formación.

Introducción: La masa cervical es motivo frecuente de consulta. 3 grandes categorías agrupan sus causas: congénitas, inflamatorias y neoplásicas. Las primeras suelen ocurrir en la infancia. Las inflamatorias son procesos infecciosas y no infecciosos. Las de origen neoplásico pueden ser benignas y malignas.
Presentación del caso: Hombre de 44 años con antecedente de promiscuidad. Consulta por cuadro de 3 meses de tos productiva, aumento de volumen cervical izquierdo, pérdida de peso de 6 kg y sudoración nocturna. Al examen físico destaca: tumoración cervical izquierda desde mandíbula hasta región tiroidea ipsilateral de 6 cm, 3 linfadenopatias axilares izquierdas y múltiples linfadenopatias cervicales bilaterales, sensibles y blandas.
Se sospechó masa neoplásica y se solicitó ecografía cervical que destaca: masa de 4 x 4 cm submandibular izquierda, con vascularización al doppler, asociada a linfadenopatia centinela de características similares y múltiples linfadenopatias cervicales bilaterales en grupo 2 y en grupo 5 izquierdo. Exámenes de laboratorio destaca: velocidad de eritrosedimentación 110 mg/dl, anemia microcítica hipocrómica, pruebas de sífilis negativas, baciloscopia y cultivos de bacilos de Koch negativos, prueba virus inmunodeficiencia humana positiva. Biopsia por exéresis de adenopatía cervical derecha informó: linfoma difuso de células grandes B post centro germinal.
Discusión: En adultos con masas cervicales se debe presumir malignidad hasta demostrar lo contrario. El 50% de los masas submandibulares son malignas. De éstas la mitad corresponden a carcinomas mucoepidermoides y carcinomas quísticos adenoides. Otra parte son secundarias a metástasis de cáncer primario de cabeza y cuello. En el presente caso las características clínicas y epidemiológicas permitieron realizar un diagnóstico precoz.

Palabra claves:
Neoplasias de Cabeza y Cuello, Linfadenopatia, Linfoma.

CC-098 PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FIEBRE TIFOIDEA, REPORTE DE UN CASO.

Constanza Garrido B (1) Daniel González S (2) Fernando Elgueta T (2) Rocío Carvajal N (2) Andrea Sáez E (3)

(1) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(2) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
(3) Mñedico Residente Medicina Interna, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: La fiebre tifoidea es una infección sistémica grave, causada por salmonela entérica serotipo typhy y paratyphi. Constituye un importante problema de salud a nivel mundial, siendo en nuestro país un hallazgo aislado gracias a las mejoras de las condiciones socioeconómicas. Su presentación clínica es variable, predominando la fiebre, el compromiso del estado general y las manifestaciones abdominales.
Presentación del caso: Hombre de 36 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Con historia de baja de peso no cuantificada de dos meses de evolución, asociado a diaforesis nocturna, astenia y adinamia. Tras múltiples consultas en atención primaria, evoluciona las últimas dos semanas con fiebre alta (40°C) persistente, cefalea, ictericia, diarrea acuosa abundante y confusión. Por sospecha de fiebre tifoidea se toman hemocultivos y se inicia terapia antibiótica empírica. Cultivos resultan positivos para Salmonella typhi. Evoluciona con episodio de hemorragia digestiva baja, requiriendo transfusión de hemoderivados y se realiza colonoscopía, que muestra múltiples lesiones ulceradas en mucosas de íleon distal y colon, además de vaso sangrante activo, por lo que se realiza hemostasia endoscópica. Persiste con hematoquezia abundante e incoercible, requiriendo hemicolectomía derecha de urgencia. Posterior a cirugía muestra evolución clínica satisfactoria sin sangrado ni fiebre, continuando seguimiento ambulatorio por equipo de coloproctología.
Discusión: Si bien la fiebre tifoidea es un diagnóstico inusual y aislado en nuestro medio, es necesario mantener un alto nivel de sospecha, con el fin de ofrecer un diagnóstico acertado y un tratamiento oportuno para evitar complicaciones, las que suelen ser tardías y raras cuando la enfermedad se trata a tiempo.

Palabras claves:
Fiebre Tifoidea, Hemorragia Gastrointestinal, Perforación Intestinal.

CC-099 ELONGAMIENTO FEMORAL EN ADOLESCENTE CON DISMETRÍA DE EXTREMIDADES INFERIORES, REPORTE DE UN CASO.

Ximena Vidal V (1) Macarena Salvadores M (1) Valentina Vargas D (1) María Roa B (1) Nicolás Valdivia R (2) Fernanda Galindo S (3)

(1) Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(2) Médico Traumatólogo Infantil, Complejo asistencial Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles
(3) Médico Cirujano, Complejo asistencial Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles

Introducción: Las discrepancias de longitud de extremidades inferiores son causa común de consulta ortopédica pediátrica. La incidencia se desconoce con exactitud, debido principalmente a que en muchos casos puede pasar desapercibido. Su importancia radica en las posibles consecuencias tanto estéticas como funcionales.
Presentación del caso: Masculino, 14 años, con antecedente de caída desde un caballo no recibiendo asistencia médica. Madre refiere que luego de caída comienza con claudicación y dolor auto limitado en rodilla izquierda. Varios años después de la caída consulta por claudicación que ha ido aumentando en el tiempo. Tras exploración física y telerradiografía se detecta discrepancia de 65 mm de acortamiento femoral izquierdo. Se observa cierre de fisis distal femoral izquierda por probable secuela de fractura Salter Harris V. Se programa cirugía de alargamiento femoral izquierdo con tutor externo distractor monorriel marca Orthofix, la cual se realiza sin incidentes. Se logra un alargamiento de 0.75 mm diarios, con un alargamiento calculado de 65 mm final y se programa fisiodesis contralateral con eight plate en fisis femoral distal.
Discusión: Las dismetrías son una patología prevalente, de múltiples causas tanto congénitas como adquiridas, que hay que tener en mente como diagnóstico diferencial de claudicación para poder diagnosticarlo y elegir oportuna y correctamente el tratamiento, especialmente cuando aún no se ha completado el proceso de crecimiento, ya que en estos casos tenemos más opciones terapéuticas, que consisten en alargamiento o en frenar el crecimiento, dependiendo el caso.

Palabras clave:
Diferencia de Longitud de las Piernas, Alargamiento Óseo, Osteogénesis por Distracción

CC-100 RABDOMIÓLISIS POR FÁRMACOS: REPORTE DE UN CASO.

Javiera Araneda C (1) Carolina Sánchez V (1) Nicolás Aguayo R (1) Miguel Herrera M (1) José Morales A (2)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.
(2) Médico Internista, Cardiólogo, Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Introducción: Las estatinas y fibratos son en general medicamentos seguros. Sin embargo, existe cautela en lo referente a los reportes por miotoxicidad. Los síndromes miopáticos asociados con estas terapias van desde mialgias con miositis hasta rabdomiólisis.
Presentación del caso: Paciente sexo femenino de 66 años de edad, con antecedentes de enfermedad de Ebstein (insuficiencia tricuspídea severa), insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular con anticoagulante, hipertensión arterial, diabetes mellitus II, hipotiroidismo y dislipidemia mixta, consulta por cuadro de dolor en ambos muslos de aproximadamente 10 días de evolución que fue aumentando progresivamente de intensidad y que al momento de la consulta imposibilita la marcha. Dentro de los exámenes solicitados destaca Creatininquinasa (CK) total de 19.168 U/L. De sus antecedentes destaca consumo de atorvastatina en dosis altas y gemfibrozilo para manejo de sus patologías de base. Se hospitaliza con diagnóstico de rabdomiólisis secundaria a uso de estatinas y gemfibrozilo.
Se maneja con analgésicos, volemización y alcalinización de la orina, además de un monitoreo constante de la función renal y valores de CK total. La paciente evoluciona favorablemente, con disminución progresiva del dolor, con función renal siempre en rangos normales y CK en disminución progresiva.
Discusión: Las estatinas y fibratos son fármacos ampliamente utilizados en la población en general, pero es importante recordar que el uso de estos fármacos no debe subestimarse y tener en cuenta el riesgo potencial de efectos adversos, sobre todo a nivel muscular. De la misma forma hay que saber reconocer los síntomas de estos cuadros para así lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras Clave:
Rabdomiólisis, Gemfibrozilo, Dislipidemias.

CC-101 SÍNDROME ANTISINTETASA, REPORTE DE UN CASO.

Constanza Garrido B (1) Daniel González S. (2) Fernando Elgueta T (2) Rocío Carvajal N (2) Andrea Sáez E (3)

(1) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Talca, Talca.
(2) Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(3) Médico Recidente Medicina Interna, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es un trastorno incluido entre las miopatías inflamatorias idiopáticas que se caracteriza por presentar la asociación de miopatía inflamatoria, afección intersticial pulmonar, manos de mecánico, artritis no erosiva y la presencia de anticuerpos antisintetasas en suero.
Presentación del caso: Hombre de 58 años, con antecedente de hipertensión arterial primaria. Presenta historia de dos años de evolución de baja de peso progresiva no cuantificada, asociado a disnea de moderados esfuerzos. Inicialmente evaluado en policlínico de broncopulmonar con escáner de tórax que evidencia signos de enfermedad pulmonar intersticial difusa, los últimos 6 meses se agrega al cuadro debilidad muscular de predominio proximal asociado a disfagia, poliartritis y lesiones hiperqueratósicas en ambas manos. Es derivado a policlínico de reumatología por sospecha de dermatomiositis. En estudio inicial destaca CkT de 1677, VHS 70. Electromiografía orienta a proceso miopático asociado a elementos de una polineuropatía de características desmielinizantes y axonales. Estudio Inmunológico resulta positivo para anticuerpos anti JO1 y anti Ro. Pruebas de laboratorio e imagenológicas negativas para neoplasia. Con lo anterior se diagnosticó SA iniciando tratamiento con Prednisona 70 mg al día con lo que presenta rápida regresión de síntomas miopáticos y artríticos, normalizándose CkT. Respuesta que se mantiene en el seguimiento posterior.
Discusión: Se debe buscar dirigidamente anticuerpos antisintetasa en pacientes que cursen con cuadro de afección pulmonar difusa en contexto de miopatías inflamatorias idiopáticas, esta afección pulmonar tiene mejor pronóstico que la fibrosis pulmonar idiopática, por lo que establecer un diagnóstico adecuado y precoz permitirá mejorar el manejo de estos pacientes.

Palabras claves:
Miopatía Inflamatoria, Dermatomiositis, Fibrosis Pulmonar

CC-102 TUMORES ÓSEOS BENIGNOS: ENCONDROMATOSIS MÚLTIPLE, REPORTE DE UN CASO.

Ximena Vidal V (1) Macarena Salvadores M (1) Valentina Vargas D (1) María Roa B (1) Nicolás Valdivia R (2) Fernanda Galindo S (3)

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(2) Médico Traumatólogo Infantil, Complejo asistencial Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles
(3) Médico Cirujano, Complejo asistencial Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles

Introducción: La Encondromatosis, corresponde a la segunda lesión osteocartilaginosa benigna más frecuente. Se define como un tumor condrogénico, compuesto de cartílago hialino, localizado en la cavidad medular, derivado de una anormalidad en la función de los condroblastos de la fisis. Dentro de los problemas clínicos que pueden causar se incluyen: malformaciones esqueléticas, discrepancia en la longitud de las extremidades y riesgo potencial de malignización a condrosarcoma. Su incidencia es desconocida, debido a que la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y gran parte son hallazgos radiológicos.
Presentación del caso: Mujer, escolar, 10 años, sin antecedentes mórbidos, policonsultante por dolor localizado de 9 meses de evolución, asociado a aumento de volumen progresivo en mano izquierda. Radiografía con imágenes sugerentes de encondromas en 2do metacarpiano, 2da falange de dedo índice y medio de mano izquierda. Se realiza biopsia incisional, que resulta concluyente para tumor cartilaginoso bien diferenciado, sugerente de encondroma. Se realiza curetaje e injerto de hueso esponjoso de cresta iliaca y relleno de todas las lesiones. Paciente evoluciona satisfactoriamente, control radiográfico con adecuado relleno. Actualmente sin dolor, molestias ni signos de recidiva.
Discusión: El manejo mediante observación se considera de primera línea en pacientes con encondromatosis asintomática. El tratamiento quirúrgico consistente en curetaje intralesional profuso e injerto óseo, se indica sólo en pacientes sintomáticos, por ende, la sospecha clínica, evaluación y seguimiento, debe realizarse caso a caso, siempre teniendo en cuenta los potenciales problemas clínicos.

Palabras clave:
Osteocondrodisplasias, Encondromatosis, Trasplante óseo

CC-103 PINZAMIENTO FEMOROACETABULAR BILATERAL EN PACIENTE JOVEN, RESUELTO POR CIRUGÍA ARTROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Vania Jeria J (1) Natalia Soledad Iturra R (1) Camila Fernanda Henríquez L (1) Nicolás Andrés Cisneros P (1) Andrés Esteban Miralles V (2) Alonso Humberto Bolbaran C (3)

(1) Interno de Medicina, Facultad de medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago.
(2) Médico cirujano, becado de Traumatología, Universidad de Chile, Santiago.
(3) Médico cirujano, en Etapa de Destinación y Formación, CESFAM Raul Brañes

Introducción: El Pinzamiento femoroacetabular (PFA) es una causa importante de dolor inguinal, sobretodo en pacientes jóvenes, alcanzando hasta 10 – 15% de los casos. Sin embargo no siempre es sospechado por el médico general o especialista. Esto conlleva a un retraso promedio de 5.4 años en su diagnóstico, aumentando el riesgo de complicaciones articulares.
Presentación del caso: Paciente S. R. V. femenino, 27 años. Presenta cuadro de 10 años de resalte articular ocasional de cadera derecha, al colocarse de pie desde la posición sedente, sin dolor ni limitación funcional. El último año evoluciona con dolor inguinal al deambular, que obliga a detener la marcha, sin diagnóstico precisado a pesar de consulta ambulatoria. Acude a evaluación por traumatólogo, quien, luego de estudio radiográfico normal, solicita resonancia nuclear magnética (RMN) de cadera derecha, evidenciándose rotura y desinserción extensa de labrum acetabular. Por elevada sospecha de afectación contralateral, se solicita RMN cadera izquierda, que muestra la misma alteración. Se realiza diagnóstico de PFA bilateral y se realiza artroscopia de cadera derecha e izquierda en dos tiempos, donde se repara alteración. Posterior a cirugía se indica kinesiterapia motora y analgesia, evolucionando con mejoría clínica y alta médica.
Discusión: Para realizar el diagnóstico de PFA es fundamental sospechar esta patología, realizando historia clínica y examen físico detallados. El examen imagenológico de elección es la RMN. Una vez diagnosticada, se debe realizar su reparación quirúrgica, de elección artroscopia de cadera. Esto produce una mejoría clínica y disminuye a futuro el riesgo de desarrollar artrosis de cadera.

Palabras clave:
Pinzamiento femoroacetabular, dolor inguinal, resonancia nuclear magnética.

CC-104 SÍNDROME COMPARTIMENTAL COMO COMPLICACIÓN DE FRACTURA EXPUESTA, REPORTE DE UN CASO.

Ximena Vidal V (1) Macarena Salvadores M (1) Valentina Vargas D (1) María Roa B (1) Nicolás Valdivia R (2) Fernanda Galindo S (3)

(1) Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción
(2) Médico Traumatólogo Infantil, Complejo asistencial Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles
(3) Médico Cirujano, Complejo asistencial Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles

Introducción: El síndrome compartimental en pacientes pediátricos es un cuadro poco frecuente de ver debido al sub diagnóstico que conlleva. Generalmente el paciente no aporta mayor información y es diagnóstico puede retrasarse si no se sospecha. Debemos recordar que el diagnóstico es principalmente clínico y ante la sospecha es una urgencia traumatológica.
Presentación del caso: Varón de 7 años, sin antecedentes mórbidos, reside en sector rural a dos horas de la posta más cercana. Sufre caída desde un caballo con impacto sobre muñeca derecha, sin pérdida de conciencia. Se deriva desde posta con diagnóstico de fractura expuesta de antebrazo y cobertura antibiótica precoz a centro de alta complejidad. 6 horas más tarde se realiza aseo quirúrgico y reducción de la fractura. 12 horas después reingresa para nuevo aseo y reducción con osteosíntesis. Evoluciona con aumento importante de dolor en la zona, edema duro, dificultad a la movilización activa y pasiva. Se sospecha síndrome compartimental de mano y muñeca, ingresa a pabellón de urgencia, realizándose fasciotomía dorsal de 2º y 3º espacio intermetacarpianos y túnel carpiano, sin incidentes, se instala VAC por 7 días y se realiza injerto dermoepidérmico con buena evolución.
Discusión: El síndrome compartimental es una complicación de múltiples causas. En los niños se debe tener alta sospecha frente a evolución tórpida post quirúrgica, teniendo en cuenta que lo habitual es que evolucionen con poco dolor y buen estado de ánimo. Frente a la sospecha se debe actuar rápido y en forma agresiva, identificando los compartimentos afectados.

Palabras clave:
Fracturas abiertas, Síndromes compartimentales, Fijación interna de fracturas

CC-105 RECONSTRUCCION MEDIANTE ZETAPLASTIA DE CICATRIZ RETRÁCTIL PALMAR EN PREESCOLAR.

Agustín Cáceres C (1),Loreto Navarro R (1),Rodrigo Ahumada Z (1). Nicolás Valdivia R (2) Rafael Contreras A (3)

(1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad San Sebastián. Concepción, Chile
(2) Médico Cirujano, Complejo Asistencial "Víctor Ríos Ruiz". Los Angeles, Chile.
(3) Médico Cirujano, Hospital Familiar y Comunitario de Laja. Laja, Chile.

Introducción: La incidencia de quemaduras de mano ha sido extensamente reportada. En pacientes con superficie corporal quemada de un 15%, 54% tuvo compromiso de mano y extremidad superior. Su reconstrucción se transforma en un desafío dependiendo de la extensión y profundidad de los tejidos blandos, el cuidado inmediato post quemadura, intervención quirúrgica y terapia física subsecuente.
Presentación del caso: Preescolar femenina de 5 años, sin comorbilidades, Consulta en policlínico luego de tres años tras accidente en hogar con agua caliente en dedo medio mano izquierda , el cual se encontraba completamente retraído por cicatriz gruesa palmar. Se realizan dos intervenciones quirúrgicas 3 meses posteriores, la primera consta de zetoplastía , liberando adherencias logrando extensión -15° del dedo medio , se toma injerto de piel total de ambos pliegues inguinales , los cuales se fijan en las zonas de falta de cobertura. Debido a falta de extensión completa de dedo se realiza nueva intervención quirúrgica evidenciándose acortamiento tendón flexor, por lo que se realiza liberación de este y tenotomía a nivel de la muñeca. En controles posteriores paciente con extensión completa del dedo medio
Discusión: Se han resumido los factores que contribuyen a la deformidad de la mano: edema, infección, mal posicionamiento, inmovilización prolongada y una cobertura de piel tardía o insuficiente. No obstante un adecuado manejo agudo de la mano quemada, la cicatriz retráctil asociado al compromiso funcional de la mano sigue ocurriendo.

Palabras clave:
Colgajo, cicatriz, injerto.

CC-106 FRACTURA BILATERAL DE CALCÁNEO EN PACIENTE JOVEN DE 23 AÑOS.

Vicente Sergio García C.(1). Marco Antonio Koch B.(1). José Ignacio Bartolomé Matas E.(1). José Tomás Valdés M.(1). Dr. Diego Osvaldo Amenábar R.(2).

(1) Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago.
(2) Médico Traumatólogo, Profesor Investigador Universidad de Los Andes, Fellow de Cirugía de rodilla y artroscopia, Universidad de Los Andes.

Introducción: Las fracturas de calcáneo representan aproximadamente al 1-2% de las fracturas, siendo las más frecuente del retropié. Generalmente en pacientes jóvenes, secundarias a caídas de altura con carga axial. Un alto porcentaje (60-75%) corresponden a fracturas intra-articulares desplazadas.
Además, se asocian a otras lesiones del esqueleto axial producto del mecanismo y trasmisión de las fuerzas. Frecuentemente presentan lesión de partes blandas, dado su escasa cobertura. En fracturas intra-articular y/o desplazadas, el tratamiento ortopédico se dificulta, asociándose a un mayor número de complicaciones.
Presentación del Caso: Hombre 23 años, con antecedentes de DM1, fumador, consulta al SU luego de una caída de 3 mts en estado de ebriedad con las piernas en extensión y apoyo directo sobre el talón. Al ingreso con dolor en ambos talones, intensidad 10/10, incapacidad para bipedestar, pérdida de sensibilidad en zona plantar y tumefacción de zona posterior de ambos pies.
En el servicio de urgencia se solicitan radiografías y tomografías computarizadas (TC) de ambos calcáneos, lo que confirma fractura bilateral de calcáneo. El paciente se hospitaliza, se realiza reducción y osteosíntesis bilateral.
Al alta, evolución favorable. Control con TC a las 6 semanas confirma adecuada reducción. En control de los 3 meses post-cirugía, con bipedestación, persiste pérdida de sensibilidad de zona lateral del 5to ortejo derecho.
Discusión: Las fracturas de calcáneo son infrecuentes y se deben sospechar ante mecanismos de carga axial. Pese a que el tratamiento ortopédico está descrito, este paciente presentaba una fractura bilateral, cuyo tratamiento quirúrgico permitió una adecuada reducción, asegurando un reintegro laboral en menores tiempos.

Palabras Clave:
Fractura; Calcáneo; Adulto joven.

CC-107 MANEJO DE PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO DISTAL UTILIZANDO OSTEOSÍNTESIS E INJERTO ÓSEO. REPORTE DE UN CASO.

Wenceslao Zegers V. (1) Sebastián Cabello A. (1) Cristián Alliende P. (1) Nicolás Alejandro Franulic Mandujano (2)

(1) Alumno de Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago.
(2) Médico Cirujano, Becado Traumatología Universidad de los Andes.

Introducción: La pseudoartrosis es un trastorno de la consolidación de una fractura donde hay falta de unión definitiva generándose una falsa articulación. Para su mejoría es necesaria una intervención quirúrgica. Las principales causas de mala consolidación son vasculares, mala inmovilización y fractura en hueso patológico.
Presentación del caso: Paciente de 46 años, sexo femenino, hipertensa, obesa, insulinoresistente. El 31 de julio de 2014 sufre accidente de tránsito y es llevada a Urgencias Hospital Militar, constatándose una fractura supracondílea humeral derecha de tres fragmentos, de resolución quirúrgica con reducción abierta y osteosíntesis con dos placas de titanio y pernos de fijación. En controles mensuales posteriores permanece clínicamente con dolor y radiográficamente se observa retraso de consolidación. En 2016, por clínica, hallazgos radiológicos y tiempo de evolución se diagnostica pseudoartrosis. En septiembre 2016, se efectúa reintervención quirúrgica con retiro de placas, aseo de focos de metalosis, osteosíntesis con nueva placa y aporte biológico con injerto óseo autólogo de cresta iliaca.
Discusión: En este caso se presenta una pseudoartrosis de origen multifactorial generada probablemente a una insuficiencia vascular secundaria al síndrome metabólico de la paciente. Además, parece haber existido una mala estabilización del foco de fractura. En estos casos, realizar una nueva osteosíntesis con una correcta reducción y estabilidad es fundamental. El aporte biológico también se aconseja ya que así se contrasta en cierto grado la disminución de irrigación generada por el síndrome metabólico. La fractura deberá controlarse mensualmente de manera clínica y radiológica.

Palabras Claves:
Pseudoartrosis, Fracturas del Húmero, Trasplante óseo.

CC-108 ALARGAMIENTO HUMERAL EN PACIENTE CON DIFERENCIA DE LONGITUD DE EXTREMIDADES SUPERIORES.

María José Hernández SM. (1) Paula Godoy S. (1) Blanca Arnaiz M. (1) Mauricio Velásquez C. (1) Matías Alarcón D.(2)

(1) Interno de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco.
(2) Médico Traumatólogo Infantil, Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro, Universidad Mayor sede Temuco.

Introducción: La diferencia de longitud de extremidades superiores (DLEESS) es una patología infrecuente. Dentro de las causas se identifican el húmero corto congénito, detención del crecimiento postraumático y secuela de infecciones osteoarticulares o tumores.
Presentación del caso: Paciente consulta a los 6 años por DLEESS. Radiografía evidencia cierre completo de la fisis del humero proximal derecho, secuela de probable patología infecciosa a temprana edad, del cual no se cuenta con mayores antecedentes y una diferencia de 7 centímetros de longitud con el contralateral sano. Se planifica alargamiento humeral utilizando fijador externo monolateral de alargamiento pediátrico. Se realiza instalación de fijador y osteotomía diafisiaria sin incidentes. Evoluciona con neuropraxia del nervio radial por lo que se decide alargar a 0.5 milímetros/día y observar evolución. Se evidencia recuperación de extensión de muñeca por lo que se acelera a 1 milímetros/día. Se alarga 6 centímetros en total en 3 meses y luego queda con fijador estático por 6 meses. Actualmente existe relleno óseo en la zona de alargamiento y está a la espera de retirar los fijadores.
Discusión: En algunos casos la DLEESS es sólo una cuestión estética; sin embargo puede causar limitaciones funcionales, por lo que la corrección de esta diferencia es fundamental. La osteogénesis a distracción del húmero con fijación externa monolateral es el tratamiento de elección. La complicación postquirúrgica temprana más frecuente es la lesión del nervio radial con buen pronóstico. Al existir cierre completo de la fisis, se desarrollará una nueva DLEESS, necesitando posteriormente una reintervención cuando complete su crecimiento.

Palabras claves:
Alargamiento óseo, diferencia de longitud extremidades superiores, fijador externo.

CC-109 SINDROME DE BUDD CHIARI EN EL PUERPERIO TARDÍO: REPORTE DE CASO.

Patricia Palma C (1) Tamara Robles P (2) Dr. Pablo López L(3)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción.
(2) Alumno de medicina, Universidad de Concepción.
(3) Médico Cirujano, Becado Medicina Interna, Universidad de Concepción, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente.

Introducción: El síndrome de Budd Chiari agrupa distintas patologías que producen obstrucción parcial o total del flujo venoso hepático. Tiene una incidencia de 1:100.000 habitantes, siento una causa rara de daño hepático crónico (DHC), desencadenándose por estados procoagulantes: enfermedades mieloproliferativas, trombofilia, embarazo, tumores, entre otras.
Presentación del caso: Mujer de 23 años, normopeso, con antecedentes de parto vaginal de término hace 4 meses, sin consumo de alcohol, ingresó al HGGB por cuadro de un mes de evolución de ascitis y coluria. Estudiada con ecografía abdominal que mostró líquido ascítico y signos sugerentes de DHC más perfil hepático compatible. Dentro del mes había consultado otras veces en urgencias, iniciándose tratamiento empírico y sin estudio de la causa. Se realizó tomografía computarizada que mostró ausencia de representación de venas suprahepáticas y estenosis segmentaria de la vena cava inferior, diagnosticándose el Sindrome de Budd Chiari. Para determinar etiología, se inició estudio de trombofilias Factor II de protrombina y V Leiden, que resultaron negativos. Actualmente en espera de exámenes para descartar síndrome Antifosfolípido, en tratamiento anticoagulante y depletivo, con buena evolución, sin aparición de nuevos síntomas.
Discusión: A pesar de la baja incidencia este síndrome debiera sospecharse sobre todo en mujeres con antecedentes de partos recientes y sin comorbilidades. Considerando la multicausalidad debemos completar el estudio y descartar otras causas de procoagulación. El tratamiento depende del factor causal, generalmente anticoagulantes y estos no revierten el curso de la enfermedad. En los últimos años han surgido iniciativas de tratamiento quirúrgico, existiendo actualmente escasa literatura al respecto.

Palabras claves:
Sindrome de Budd Chiari, Daño hepátco crónico, Puerperio tardío.

CC-111 INCONTINENCIA PIGMENTI CON COMPROMISO NEUROLÓGICO

Daniela Santana F(1) Claudia Constanzo V(1) Matías Osorio R(1) Jorge Ortiz F(2) Rosario Alarcón C (3) Javier Cepeda S (4)

(1) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción.
(2) Alumno de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción
(3) Médico Dermatóloga, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción.
(4) Residente Pediatría, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción

Introducción: La Incontinencia Pigmenti (IP) o síndrome de Bloch-Sulzberger es una genodermatosis rara, de herencia dominante ligada al sexo, letal para la mayoría de varones afectados. Clínicamente las manifestaciones cutáneas se presentan en cuatro etapas: eritemato-ampollar, verrugosa, hiperpigmentada y atrófica o hipopigmentada. En el 80% existen manifestaciones extracutáneas, destacando alteraciones dentales (65-80%), oculares (35-47%) y del sistema nervioso (5-13%). El diagnóstico se basa en la clínica y antecedentes familiares, pudiéndose confirmar con biopsia de piel.
Presentación del caso: Recién nacida femenina de término adecuado para la edad gestacional, que desde el nacimiento presenta secuelas descamativas y costrosas que insinúan líneas de Blaschko en tronco y extremidades, no comprometiendo rostro. Además destaca cefaloparesia.
Con el diagnóstico clínico de IP se maneja solo con lubricación. Al tercer día de vida, presentó crisis clónica focal de hemicuerpo izquierdo cediendo con fenobarbital. Exámenes generales y fondo de ojo normales, ecografía cerebral sin hallazgos patológicos. Electroencefalograma mostró ocasional actividad epileptiforme interictal fronto-temporal derecha y resonancia nuclear magnética informó pequeñas zonas de restricción de la difusión frontoinsular y cortical frontal anteromedial derechos posiblemente isquémicas subagudas. Se decidió manejo con levetiracetam.
Discusión: Las lesiones cutáneas de la IP evolucionan a la resolución espontánea no requiriendo tratamiento específico, pero al momento del diagnóstico es importante la derivación oportuna para estudio de alteraciones asociadas, ya que estas definen el pronóstico de los pacientes afectados.

Palabras clave:
Incontinencia Pigmentaria, Genes Ligados al X, Convulsiones.

Premiación de Trabajos

MEJOR POSTER

CC-084 Quiste intraóseo de escafoides. Un hallazgo inusual.
Expositor: Hugo Eduardo Muñoz Navarrete.

MEJOR CASO CLÍNICO

CC-108 Alargamiento humeral en paciente con diferencia de longitud de extremidades superiores.
Expositor: María José Hernández San Martín

MEJOR EXPOSITOR DE CASOS CLÍNICOS

CC-103 Pinzamiento femoroacetabular bilateral en paciente joven, resuelto por cirugía artroscópica: a propósito de un caso.
Expositor: Camila Jeria Jofré

MEJOR EXPOSITOR DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

TI-09 Categorización de la consulta pediátrica en la urgencia del hospital las higueras, Talcahuano, año 2015.
Expositor: Christian Simpson V.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN A PREMIACIÓN

TI-21 Traumatismo torácico contuso.
Expositor: Alberto Eduardo Fuentes Espinoza

TI-01 Actividad anti-helicobacter pylori del aceite esencial de Drimys winteri y su compuesto β-cariofileno.
Expositor: Sebastian Camilo Espinoza Leiva

MEJOR TRABAJO XIV CCTEM 2016

TI-20 Trabajos de medicina deportiva en Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina entre 2009 y 2015.
Autores: Jose Miguel Castellón V, Alan Vigones A, Fernanda Torres G.

Premiación de Trabajos

FE DE ERRATAS

TI-08 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ELECTROCARDIOGRAMA SOLICITADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITAL TOLTÉN.

Jaime Leñero N.(1), Carla Ayala P. (1) Daniela Morales H. (1) Verónica Ceballos V. (1) Daniela Rodríguez B. (2)

(1) Estudiante de Medicina 5to Universidad Mayor Temuco.
(2) Medico General de Zona, Hospital De Toltén.

Introducción: En el último reporte del Ministerio de Salud, en Chile la primera causa de muerte en adulto son las enfermedades cardiovasculares. La incorporación de herramientas en los servicios de urgencia ha sido vital en la obtención de diagnósticos certeros, resolviendo de manera más eficaz estas patologías.
Objetivos: Caracterizar las consultas cardiovasculares en el servicio de urgencias que se le solicita electrocardiograma.
Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre pacientes consultantes en el Servicio de Urgencias del Hospital de Toltén, utilizando los datos de ficha electrónica analizados en planilla Excel. Se consideró a toda la población consultante en el servicio de urgencias hombre, mujeres y niños.
Resultados: De los 9705 pacientes atendidos entre Enero y Diciembre del 2015, 384 correspondían a consultas en las que se les solicitó electrocardiograma. La mayor frecuencia corresponden a varones con un total 57%. Con una moda de 62 años. El principal motivo de consulta fue dolor precordial (60,15 %) seguido por disnea, 16,14% seguido por 8,07% de dolor epigástrico. 42% fue informado como un trazado que no presentaba alteración. 15% diagnosticado con síndrome coronario agudo. 48 % de los trazados presentaron alteración del ritmo. La distribución según grupo etario: 7.1% > 18 años. 33.4% entre [18 – 65] años. 59.5% < 65 años.
Discusión: Los datos obtenidos en la muestra, se correlacionan con la literatura.
Conclusión: Concuerda con la literatura; Destaca el porcentaje de patologías resueltos en el servicio de urgencias del mismo establecimiento de salud.

Palabras clave:
Dolor precordial, Angina, Cardiovascular.

CC-004 TOXICIDAD PULMONAR SECUNDARIA A QUIMIOTERAPIA CON BLEOMICINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Víctor Eduardo Guiñez V.(1), Juan Alfonso Umaña R.(1), Alexander Giovanni Roa B. (1) Javier Andrés Licanqueo J.(1) Paulina Renne Salgado U. (2)

(1) Internos de Medicina - Universidad Mayor de Temuco
(2) Médico General – Cesfam El Carmen, Temuco

Introducción: Se estima que el 10% de todos los pacientes tratados con Bleomicina tienen algún tipo de toxicidad pulmonar. Su patogénesis es poco conocida, se cree que es debido a daño oxidativo. No hay pruebas específicas para establecer el diagnóstico, sin embargo, se basa en la combinación de un cuadro clínico compatible, un fármaco que es un culpable conocido o sospechado, y la exclusión de infección o afectación pulmonar de otra etiología. En general, el tratamiento incluye la interrupción del fármaco, el uso de glucocorticoides y cuidados de apoyo.
Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 49 años con antecedentes de cáncer testicular izquierdo tipo seminoma puro en estadio IIIB al cual se le realiza orquiectomía radical. Posteriormente completa 4 ciclos de quimioterapia con esquema BEP (Bleomicina, Etopósido, y Cisplatino). 2 semanas después comienza cuadro de disnea progresiva presentándose inclusive en reposo, asociado a sensación urente intratorácica a la inspiración, por lo que decide consultar. Al examen físico con murmullo pulmonar disminuido y abolido en tercio inferior izquierdo, con crepitaciones bibasales y espiración prolongada. Para completar estudio se realiza tomografía axial computarizada de tórax la cual evidencia infiltrado en vidrio esmerilado y engrosamiento septal parcheado de predominio bibasal, hallazgos que no se encontraban en tomografía realizada previamente a quimioterapia.
Discusión: Reacciones adversas a medicamentos debido a agentes antineoplásicos son una forma común de lesión iatrogénica, y los pulmones son un objetivo frecuente. La clave está en tener un alto índice de sospecha según el antecedente de la exposición.

Palabras Clave:
Fibrosis pulmonar, Quimioterapia, Bleomicina

CC-007 DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO DEL ABSCESO PROSTÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalina Alejandra Reyes S (1), Amador Francisco Montero R(1), Carmen Gloria Isolee Cruz G (2), Pamela Alejandra Bahamondes M (2), Andrés Navarrete C (3).

(1) Interno de Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco.
(2) Estudiante de Medicina, Universidad Mayor Sede Temuco.
(3) Radiólogo, Clínica Mayor, Temuco.

Introducción: El absceso prostático (AP) es una entidad poco frecuente, con alto número de complicaciones de no ser tratada oportunamente, cuya mortalidad varía entre 1 a 16%. El agente es principalmente Escherichia coli (70%), y en casos de diseminación hematógena desde un foco séptico Staphylococcus aureus. Su clínica es variada, cursando generalmente como una infección urinaria de evolución tórpida que puede llegar a sepsis. El diagnóstico definitivo se basa en pruebas imagenológicas.
Presentación del caso: Paciente masculino de 51 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de disuria y fiebre. Laboratorio compatible con infección urinaria, iniciándose tratamiento con ciprofloxacino. Al cabo del tratamiento los parámetros de laboratorios se normalizaron, pero la sintomatología persistía. En nuevos exámenes destacaba leucocitosis y proteína C reactiva baja. Se solicita tomografía computada axial (TAC) abdomen-pelvis y radiografía de tórax anteroposterior para estudio de síndrome febril sin foco. La TAC evidencian lesiones quísticas de la próstata y nódulos pulmonares cavitados, compatible con émbolos sépticos. Hemocultivo positivo para Staphylococcus aureus. Se maneja medicamente con buena respuesta.
Discusión: Si bien la incidencia del AP ha disminuido desde la aparición de los antibióticos, es una patología a tener presente debido a la gravedad y complicaciones asociadas, entre ellas la embolia pulmonar séptica. Requiere un alto grado de sospecha debido a la clínica inespecífica y apoyo imagenológico para su diagnóstico, siendo la ecografía transrectal el estudio de elección ante sospecha de AP por su seguridad, y la TAC ante duda diagnóstica o sospecha de complicaciones.

Palabras Claves:
Embolia, Sepsis, Tomografía Computarizada por Rayos X

CC-048 INUSUAL TUMOR DE MUSLO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Jesús Hernández S (1), Fernando Higueras L (1), Tamara Muñoz H (1), Ana María Palma P (1), Dr. Ramón Hernández N (2)

(1) Interno Medicina Universidad Mayor Sede Temuco
(2) Médico Especialista en Ortopedia y Traumatología

Introducción: Mixoma intramuscular (MI) es un tumor de tejidos blandos de origen mesenquimal, de etiologia desconocida. Afecta variadas locaciones como corazón y piel, pero con mayor frecuencia en extremidades superiores, muslos y glúteos

Presentación del caso: Mujer de 62 años consulta por aumento de volumen de 6 meses de evolución en cuádriceps derecho. Resonancia nuclear magnética (RNM) de muslo mostro tumor de 7x3 cm, en vasto intermedio de cuádriceps. La biopsia por punción es compatible con MI. Se realizó resección quirúrgica amplia. A 2 años de seguimiento, destaca función completa de la extremidad con defecto estético residual.

Discusión: La incidencia de MI es de 0.11/100.000 habitantes, edad típica de presentación es entre los 40-70 años, predominio en el sexo femenino (70%). Los MI suelen ser lesiones únicas, aunque se pueden presentar como lesiones múltiples que al asociarse con displasia fibrosa del hueso forman el Síndrome de Mazabraud. Las localizaciones más frecuentes son en músculos largos de las extremidades inferiores y suelen presentarse como masas palpables, firmes con dolor secundario a compresión de estructuras circundantes. En las pruebas de imágenes las radiografías suelen ser normales y las RNM muestran hallazgos como localización intramuscular, bordes de tejido similar a la grasa y alto contenido en agua, útiles para su diagnóstico. Se recomienda realizar estudio histológico confirmatorio. El tratamiento es la resección quirúrgica amplia, con bordes de seguridad adecuados, ya que los casos de recurrencia se deben a enucleación o resección incompleta y no se ha descrito malignización.

Palabras claves:
Mixoma intramuscular, tumor partes blandas,

CC-110 RABDOMIOLISIS INDUCIDA POR EJERCICIO.

Agustín Cáceres C (1), Loreto Navarro R (1), Rodrigo Ahumada Z (1), Rafael Contreras A (2) Juan Hermosilla Panés (1).

(1) Escuela de Medicina, Universidad San Sebastián. Concepción, Chile
(2) Hospital Familiar y Comunitario de Laja. Laja, Chile

Introducción: La causa más frecuente de rabdomiolisis son los traumatismos, consumo de algunos fármacos, endocrinopatías, convulsiones, o ejercicio extenuante en personas que no realizan entrenamiento físico de modo rutinario. La falla renal es una de sus principales complicaciones.
Presentación del caso: mujer de 36 años, sin comorbilidades, sedentaria, no fuma, no usa farmacos. Consulta por mialgias en extremidades inferiores y region lumbar baja, desde hace 48 horas, atribuidas a realizacion de clase de spinning de dos horas, 3 dias previo a la consulta; era su primera actividad en el gimnasio luego de estar 3 años sin realizar actividad fisica. Afebril y sin otra sintomantologia. Se toma hemograma y perfil bioquímico, destacando CK-Total 127.000 U/L, creatininemia 0,65. Perfil tiroideo normal. Electrolitos plasmaticos normales. Se hospitaliza en Unidad de Cuidados Intermedios para manejo de Rabdomiolisis. Se volemiza con Suero Fisiológico y alcaliniza la orina. A las 24 horas de hospitalizacion inicia disminucion de valores de CK-Total, con 10.500 U/L al 4to día de hospitalizacion, trasladandose a pieza para continuar manejo. No presentó deterioro de la funcion renal durante su hospitalizacion y al control al mes del alta, normalizó todos sus examenes.
Discusión: El ejercicio muy intenso puede provocar cuadros de rabdomiolisis severa. La prevalencia es dificil de estimar. La asociacion con estados de deshidratacion puede aumentar el desarrollo de esta patologia. Es una condicion que debe sospecharse, sobretodo por el aumento de los deportistas de fin de semana, o el mayor acceso a los gimnasios.

Palabras clave:
Rabdomiolisis, insuficiencia renal, sedentarismo.

5, 6, 7, 8
OCTUBRE
2016

CONGRESO CIENTÍFICO TEMÁTICO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: TRAUMATOLOGÍA Y MEDICINA DEPORTIVA

XIV

INICIO INSCRIPCIONES PARA ASISTIR AL CONGRESO **18/07/16**

PRIMER PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: 25 de julio al 21 de agosto
Miembros ANACEM: $20.000 | General: $25.000
SEGUNDO PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: 22 de julio al 18 de septiembre
Miembros ANACEM: $21.600 | General: $27.000
TERCER PERÍODO DE INSCRIPCIÓN: 19 de septiembre al 5 de octubre
Miembros ANACEM: $24.000 | General: $30.000

PERÍODO DE RECEPCIÓN POSTULACIONES TRABAJOS CIENTÍFICOS **31/07 - 04/09/16**

MÁS INFORMACIÓN EN: www.facebook.com/ACEM.UANDES

Patrocina: Universidad de los Andes · Clínica Universidad de los Andes · SOCHMEDEP

Auspicia: Grupo CTO · iVMedical

Organiza: ACEM · ANACEM

Academia Científica de Estudiantes de Medicina
ACEM UANDES
Monseñor Álvaro del Portillo 12455
Santiago, Chile.
acemuandes@gmail.com