



LIBRO DE RESUMENES



XX JORNADAS CIENTÍFICAS 2024 “Presentación de Trabajos”

10 y 11 mayo del 2024, Pichilemu

Directores

Dr. César Mateluna F.
Vice Presidente
Sociedad Médica Sexta Región
Dr. Alejandro Cerda G.
Director Médico Hospital de Pichilemu



Coordinadores

Dra. Lucía Álamos L., Dra. Ivonne Armijos C.
Dra. Patricia Tobar A. Dr. Rodrigo Moreno S.
Sociedad Médica Sexta Región
Dr. Andrés Fuentealba D.
SDM Hospital de Pichilemu



**ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA, UNA ENTIDAD
DESCONOCIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Liset Agüero Calderón (1), Mario Isaac Elías Vargas Ross (2), Lilian Valentina Gamboa Silva (3), Alonso Ignacio García Valdebenito (4), Luis Marcos Cid Barría (4)
(1) Médico APS, Cesfam Marcelo Mena, Valparaíso, (2) Médico EDF, Hospital de Maullín.
(3) Médico EDF, Cesfam Plaza Justicia, Valparaíso, (4) Médico Radiólogo, Hospital Biprovincial Quillota-Petorca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA) es una afección infrecuente, producida por la hipersensibilidad al hongo *Aspergillus fumigatus* (AF), que debe sospecharse ante la presencia de infiltrados pulmonares en un paciente portador de asma crónico o fibrosis quística. Se revisa la literatura a propósito de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer, 62 años con DM2, HTA e Hipotiroidismo, historia de Asma bronquial que no logra control con triterapia inhalatoria, es derivada desde APS a Broncopulmonar quien solicita TC tórax que muestra múltiples pequeñas opacidades de condensación parcheadas con predominio hacia la periferia y opacidades centrolobulillares migratorias, lo que orienta al diagnóstico de ABPA por lo que se realizan niveles de Inmunoglobulina E que resultan elevado, recuento eosinofílico elevado, test cutáneo + para aspergillus lo que confirma el diagnóstico y se maneja con Voriconazol con escasa mejoría por lo que se escala a anticuerpo monoclonal (Duplimumab).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES Se revisa la literatura en español del tema, En Chile hay reportado menos de 50 casos de ABPA, principalmente en el Hospital del Tórax, la confirmación se realiza con una imagen compatible y exámenes que muestren eosinofilia e hipersensibilidad ante el hongo que la produce, para iniciar tratamiento antimicótico, el pronóstico es variable, en general tienden a recidivar las lesiones.

DISCUSION: La ABPA es infrecuente, debe sospecharse activamente ante un paciente con difícil control de su asma bronquial.

**NÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE,
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Liset Agüero Calderón (1), Lilian Valentina Gamboa Silva (2), Alonso Ignacio García Valdebenito (3), Luis Marcos Cid Barría (3)

(1) Médico APS, Cesfam Marcelo Mena, Valparaíso, (2) Médico EDF, Cesfam Plaza Justicia, Valparaíso, (3) Médico Radiólogo, Hospital Biprovincial Quillota-Petorca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune de etiología desconocida que suele comprometer articulaciones y en menor medida otros órganos, generando nódulos subcutáneos, pulmonares, cardiacos y en el sistema nervioso central. Los nódulos pulmonares usualmente son asintomáticos, a no ser que sean grandes o cavitados. La cavitación es frecuente en estas lesiones, pudiendo provocar derrame pleural y/o fístula broncopleural. Se revisa la literatura a propósito de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente sexo femenino de 83 años, con antecedentes de HTA y AR. Consulta en unidad de emergencias por cuadro de 3 días de evolución de disnea. Tomografía computada de tórax con contraste evidencia neumotórax derecho, bronquiectasias bilaterales y lesiones cavitadas subpleurales, dentro de cuya etiología se sugiere considerar que correspondan a nódulos reumatoideos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES. Los nódulos pulmonares reumatoideos suelen encontrarse en la zona media y superior de los pulmones, ser múltiples de base pleural, y de tamaño variable. También pueden presentarse como nódulos solitarios, como lesiones cavitadas y en ocasiones se asocian con derrame pleural, neumotórax o pnoneumotórax. Pueden resolverse espontáneamente o reaparecer sin relación con el curso de la artritis. El diagnóstico diferencial debe incluir principalmente micobacterias, infecciones con diseminación hematógena, otras enfermedades como sarcoidosis, silicosis, vasculitis, metástasis o tumores primarios pulmonares. NR pulmonares se relacionan clásicamente con el tabaquismo, la positividad del FR, la coexistencia de NR cutáneos, el HLA DRB1, pero también existen los casos inducidos por el propio tratamiento con FAME sintéticos o la terapia biológica anti-TNF.

DISCUSIÓN: Los nódulos pulmonares en la artritis reumatoide son una forma de presentación de la enfermedad, sin embargo, es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial debido a las variadas etiologías que pueden provocar un cuadro clínico similar.

**ABORDAJE DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL TERCIARIA EN
ATENCIÓN PRIMARIA. A RAÍZ DE UN CASO**

Nicolas Alejandro Águila Mayorga (1), *Angelina Sofia Genta Ortega* (1), *Antonia Carolina Marín Toro* (1), *Reinaldo Herrera Tapia* (2), *Rosario Andrea Marín Toro* (3)

(1) Médicos EDF, CESFAM Héctor García,

(2) Médico General CESFAM Héctor García

(3) Interna Sexto año de Medicina, Pontificia Universidad Católica

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia suprarrenal es un trastorno que se caracteriza por un déficit de glucocorticoides, al que en ocasiones puede asociarse déficit en la producción de mineralocorticoides o andrógenos adrenales. Esta puede catalogarse en términos generales como primaria, secundaria o terciaria dependiendo si esta deficiencia de cortisol es producida por un defecto en las glándulas suprarrenales, glándula pituitaria o hipotálamo. Actualmente presenta una baja prevalencia de 2.1/10.000 personas según datos de la Unión Europea.

PRESENTACIÓN: Adulta mayor de 67 años con antecedentes de Hipertensión Arterial en tratamiento con losartán y amlodipino, además de polimiositis/dermatomiositis en tratamiento actual con azatioprina, refiere uso de prednisona por 14 años, el cual es suspendido hace más de 7 meses. Acude a consulta en CESFAM por cuadros reiterados de hipotensión desde hace 5 meses aproximadamente, manteniendo cifras tensionales de 80/60 – 90/50 – 75/ 55mmHg, presentando múltiples atenciones en SAPU y morbilidad de centro de salud anterior, donde se suspende de manera progresiva tratamiento antihipertensivo de base sin obtener mejoría. Durante la consulta refiere mialgias, baja de peso, náuseas y anorexia no se evidencia signos de estigmas cutáneos, cambios de pigmentación u otras lesiones, presión arterial de 82/56mmHg. Debido a presentación clínica se solicita estudio de niveles de cortisol matutino y niveles de ACTH, presentado cortisol basal de 2.42 con ACTH en 6.09 debido a esto es referida a centro asistencial secundario donde actualmente mantiene tratamiento con especialista por un diagnóstico de insuficiencia suprarrenal terciaria.

DISCUSIÓN: A pesar de su baja prevalencia a nivel mundial, es de suma importancia conocer su presentación clínica para lograr un reconocimiento temprano y oportuno, evitando manejos poco apropiados o erróneo, ya que un retraso en adecuado tratamiento puede llevar a un gran impacto sobre la vida y salud de las personas pudiendo llevar a desenlaces potencialmente mortales.

**MANEJO NEUROPSIQUIÁTRICO DE TEMBLOR ESCENCIAL GRADO IV.
ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA COMO
ALTERNATIVA QUIRÚRGICA**

Jaime Hernán Alarcón Sandoval (1), David Antonio Branada Godoy (2), José Francisco Fuentes Constenla (2), Camila Villanueva De La Fuente (3), Constanza Paz Rodríguez Medina (3),
(1) Médico EDF, CESFAM Violeta Parra, Chillan,
(2) Médico CESFAM Violeta Parra, Chillan.
(3) Internas de Séptimo año de Medicina UCSC

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Temblor esencial (TE) es una patología del movimiento caracterizada por temblor de acción que afecta las manos y los brazos, casi siempre es bilateral y, a veces, ligeramente asimétrico. Puede afectar la cabeza, la voz y, con menor frecuencia, la cara o el tronco. Se puede graduar de acuerdo a su amplitud (siendo grado IV el más severo con 5 cm de amplitud).

Tiene una prevalencia en población general de 1% y sube a 5% en población mayor de 60 años. 50% de los pacientes tiene antecedente familiar, subiendo al 80% cuando se presenta antes de los 40 años. La evidencia de estudios familiares y de vinculación sugiere un patrón de herencia autosómico dominante. Desde lo quirúrgico se postula estimulación cerebral profunda en el núcleo intermedio ventral del tálamo como opción viable.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer, 57 años con antecedente personal de cardiopatía valvular en TACO y estructura límite histriónica de personalidad y antecedente familiar de padre con temblor esencial grado IV, diagnosticado a los 72 años. Paciente desde los 43 años con temblor leve de mano derecha (grado I) que se intensificó hace 3 años –posterior a cirugía cardíaca por recambio aórtico y mitral– sin bradicinesia, marcha normal, sin alteraciones de tono ni trofismo muscular, destaca temblor de acción bilateral cefálico y laríngeo, con esta historia clínica se deriva a especialidad de neurología donde se confirma diagnóstico de temblor esencial severo grado IV dejando tratamiento farmacológico con trihexifenidilo, primidona y topiramato (anteriormente solo tratamiento con beta bloqueador y primidona), además de lo anterior desde el punto de vista psiquiátrico en tratamiento con paroxetina y clonazepam, psiquiatra contrarrefiere: “paciente con síntomas psiquiátricos basales (síntomas de depresión recurrente e histrionismo acentuado) exacerbado por patología neurodegenerativa crónica e irrecuperable, mencionar que es una usuaria de Programa de Salud Mental (PROSAM) de larga data (>10 años), desde donde se ha manejado en forma paralela a la atención secundaria, tanto la parte neurológica como psiquiátrica. Actualmente por su edad se propone una alternativa quirúrgica como la estimulación cerebral profunda en núcleo intermedio ventral del tálamo como opción terapéutica, ya que sigue refractaria a tratamiento neurológico, por consiguiente, disregulada emocional con poca respuesta al esquema psicofarmacológico y psicoterapéutico.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: Si bien el TE es frecuente, sobre todo en población mayor de 60 años y con antecedente familiar, la presentación severa es infrecuente y causa una pérdida de calidad de vida importante, debido a las repercusiones en las limitaciones físicas como mentales. En este caso llama la atención la edad temprana de presentación y además el grado de exacerbación de patología de personalidad, donde se acentúa mucho el histrionismo y el ánimo distímico debido a la pobre respuesta de fármacos, sin embargo, desde el punto de vista quirúrgico existe la opción de estimulación cerebral profunda en tálamo.

INSULINOMA, CAUSA TRATABLE DE HIPOGLICEMIA

Sebastián Alonso Aspee Carrasco (1), Lissette Elizabeth Ritz Stuardo (1), Carlos Felipe Arellano Butikofer (2) **Catalina Ignacia Aspee Carrasco (3)**

(1) Médicos EDF, Hospital San Vicente de Arauco, Arauco

(2) Médico Cirujano, CECOSF 8 de mayo, Talcahuano

(3) Estudiante de Medicina Universidad de los Andes, Santiago

INTRODUCCIÓN: El insulinoma es un tipo de tumor neuroendocrino funcional que se manifiesta con hipoglucemia causada por secreción inapropiada de insulina. Se presenta comúnmente como tumor benigno solitario, pero a veces asociado a neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM1). Tienen característicamente hipoglucemia en ayunas. Se diagnostica mediante pruebas bioquímicas y estudios de imagen. La resección quirúrgica es la opción de tratamiento preferida.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino de 36 años sin antecedentes conocidos, con múltiples consultas en urgencias por episodios recurrentes de sudoración y parestesias que cedían con alimentación de 2 años de evolución. Se hospitaliza para estudio realizándose prueba de ayuno prolongado requiriendo su interrupción por constatar hipoglicemias severas. Estudio con Insulina y Péptido C elevados. Resonancia de abdomen muestra nódulo hipervascular de 16x12mm en proceso uncinado de páncreas. OctreoScan positivo para receptores de somatostatina en mayor grado que lo habitual en dicha región. Por esto, se realizó enucleación tumoral. Biopsia compatible con neoplasia neuroendocrina de bajo grado, escasas células beta, bien granuladas, con insulina irregularmente inmunofluorescente, con un patrón medular, sin compromiso ganglionar. Posteriormente sin episodios de hipoglicemia.

CONCLUSIÓN: Los insulinomas son tumores raros del páncreas, generalmente benignos, que pueden ocurrir esporádicamente o como parte del síndrome NEM1. El diagnóstico se establece mediante ayuno supervisado. Las técnicas de imagen se pueden usar para localizar la lesión y aumentar las posibilidades de éxito quirúrgico. En ausencia de metástasis, los pacientes se curan después de una resección quirúrgica completa.

OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA EN PACIENTE CON HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA DIFUSA IDIOPÁTICA (ENFERMEDAD DE FORESTIER). PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sebastián Alonso Aspee Carrasco (1), Francisca Alejandra Ayala Leal (2), Carlos Felipe Arellano Butikofer (3), Carlos Fabián Ramos Lagos (4), **Catalina Ignacia Aspee Carrasco (5)**,

(1) Médico EDF, Hospital San Vicente, Arauco.

(2) Médico EDF, CECOSF España, Hualpen, Bío Bío

(3) Médico APS, CECOSF 8 de mayo. Talcahuano

(4) Médico Cirujano, Hospital las Higueras, Talcahuano

(5) Estudiante de Medicina Universidad de los Andes, Santiago

INTRODUCCIÓN: La hiperostosis esquelética difusa idiopática (DISH) se caracteriza por marcada osificación de ligamentos, mayoritariamente paraespinales, pudiendo ocasionar compresión medular segmentaria. Sin tratamiento, sin datos epidemiológicos en Chile. Se presenta un portador parapléjico de 65 años con historia de úlceras por presión (UPP), consulta por progresión y fiebre intermitente.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente de 65 años con antecedentes de DISH, parapleja y vejiga neurogénica, UPP isquiáticas bilaterales tratadas quirúrgicamente, con tigeciclina y ciprofloxacino por 26 días; biopsia y resonancia magnética (RM) descartaron osteomielitis. Consulta en Hospital Higueras, Talcahuano, por 15 días de fiebre hasta 39.5°C y progresión de UPP con signos infecciosos. Presenta parámetros inflamatorios altos; hipoalbuminemia severa. Urocultivo positivo para Klebsiella con betalactamasa espectro extendido (BLEE). Completa 19 días de amikacina y piperacilina con tazobactam. Persiste fiebre y alza inflamatoria, nuevo urocultivo y hemocultivos negativos. Cintigrama óseo sugerente de osteomielitis trocantérea izquierda. Tomografía axial computada (TAC): signos de osteomielitis isquion y maléolo peroneo derechos; artritis séptica cadera izquierda (ASCI). Se realiza aseo quirúrgico extenso. Cultivo tejido óseo (TO) cadera izquierda positivo para Enterococcus avium susceptible a ampicilina y Proteus mirabilis meticilinoresistente. Completa 3 meses de piperacilina con tazobactam. Evoluciona favorablemente, afebril con descenso de parámetros inflamatorios y mejoría clínica. TAC control sugiere ASCI subaguda. Nuevo aseo quirúrgico; cultivo TO y líquido sinovial sin desarrollo microbiano. Completa 6 semanas con ertapenem y amoxicilina. Presenta buena respuesta radiológica.

DISCUSIÓN: Resulta interesante evaluar cómo esta patología de base y el manejo de sus complicaciones condicionaron una puerta de entrada hasta producir osteomielitis y artritis séptica de difícil manejo.

**FIBROMATOSIS DESMOIDES DE COMPARTIMIENTO ABDUCTOR
MUSLO DERECHO, REPORTE DE UN CASO**

Sebastián Alonso Aspee Carrasco (1), Francisca Alejandra Ayala Leal (2), Carlos Felipe Arellano Butikofer (3), Carlos Fabián Ramos Lagos (4), **Catalina Ignacia Aspee Carrasco (5)**

(1) Médico EDF, Hospital San Vicente, Arauco.

(2) Médico EDF, CECOSF España, Hualpen, Bío Bío

(3) Médico APS, CECOSF 8 de mayo. Talcahuano

(4) Médico Cirujano, Hospital las Higueras, Talcahuano

(5) Estudiante de Medicina Universidad de los Andes, Santiago

INTRODUCCIÓN: Los tumores desmoides son una entidad rara y benigna, con patrón de crecimiento infiltrativo frecuente recidiva, sin metástasis. Predomina en el sexo femenino proporción 4:1, mayor frecuencia entre 10 - 40 años.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 39 años, consulta por 1 año de coxalgia derecha, 5 meses con aumento de volumen en región anterolateral proximal de muslo derecho y limitación funcional. RNM muslo derecho: masa tumoral agresiva, infiltrante de porción media de la cadera y tercio proximal interno del muslo derecho. Biopsia de masa tumoral muestra tejido muscular dentro de límites histológicos conservados. No se reconoce atipia ni neoplasia. TAC muslo derecho: masa con densidad de partes blandas, aspecto neoplásico, 7.7 x 7.6 cm, sin signos de sangrado activo, ni diseminación. Biopsia abierta del compartimiento medial muslo derecho impresiona lesión infiltrativa, compatible con fibromatosis musculo-aponeurotica. AngioTAC: masa con densidad de partes blandas, de bordes lobulados e irregulares, estructura heterogénea y realce, ubicada en la cara medial del muslo derecho proximal, de aproximadamente 10.9 x 8.1 cm, sin signos de compromiso óseo en este estudio. Dicha masa presenta irrigación arterial de la femoral profunda. Se planifica cirugía de resección completa del compartimiento abductor.

DISCUSIÓN: La fibromatosis desmoides ocupa un punto intermedio entre las neoplasias benignas y malignas. Un porcentaje significativo de estos procesos recurren, pero no tienen el potencial de dar metástasis. En nuestro medio estas lesiones son poco conocidas por el médico clínico lo que da lugar a que los pacientes no reciban el tratamiento óptimo y los patólogos tienen dificultades en reconocer estas lesiones que en algunas ocasiones pueden ser confundidas con otros procesos neoplásicos de tejido fibroblástico. Se hace necesario el reporte de casos, especialmente en ubicaciones atípicas como lo es el caso expuesto.

**MANEJO QUIRÚRGICO DE TUMOR PHYLLODES BORDERLINE CON
COMPORTAMIENTO SARCOMA-LIKE**

Christopher Pablo Hantsch Roa (1), Angelyn Fernández Gutiérrez (2), **Felipe Barcaza Osorio (3)**,
Ángela Margarita González Yáñez (4) Rocío Constanza Ceballos Jorquera (3)

(1) Becado Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile

(2) Mastóloga, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(3) Interno de Sexto año de Medicina, Universidad de O'Higgins.

(4) Internas de Séptimo año de Medicina, Universidad de O'Higgins.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tumor phyllodes de mama, es infrecuente (incidencia 1 por cada 100.000), posee una presentación clínica variada, desde un comportamiento benigno hasta presentarse como sarcoma avanzado. Se clasifica dentro de tumores fibroepiteliales de la mama, Se divide según su comportamiento histológico: benigno (70%), borderline (20%) o maligno (10%). Posee una incidencia peak entre los 40 y 50 años. El tratamiento principalmente se enfoca en la exéresis del tumor, tumorectomía, mastectomía parcial o mastectomía total y seguimiento imagenológico ambulatorio, rara vez es necesario explorar infiltración ganglionar. En situaciones donde no se logra el "R0" ni márgenes oncológicos de 1cm, se complementa con radioterapia adyuvante. El objetivo de este estudio es presentar un caso clínico de manejo intraoperatorio de tumor phyllodes con histología borderline con características sarcomatoideas.

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Mujer de 35 años, consulta por nódulo en CSEI de 7 cm indurado, fijo, con retracción de la piel. Mamografía y ecografía mamaria evidencia nódulo sólido de 5 cm BI-RADS 4. Biopsia core que muestra nódulo compatible con Tumor Phyllodes borderline, con moderada celularidad, atipia citológica de leve a moderada. Evaluada 9 meses después (debido a lactancia) se evidencia nódulo de 15 cm que ocupa toda la mama. Piel sana con vascularización acentuada, axila negativa. Por lo que se decide mastectomía total izquierda.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: En intraoperatorios se evidencia compromiso de planos profundos incluido pectoral mayor, menor y músculo serrato, con origen sugerente hacia la cola de spencer fijo al músculo pectoral menor, hallazgos que impresionan tumor sarcomatoide. No lográndose concretar márgenes quirúrgicos. Pieza quirúrgica 1.510gr total. Confirmado con biopsia postoperatoria.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: Infrecuente en la literatura. El rápido crecimiento asociado a la infiltración de planos profundos, dificultan la posibilidad de concretar márgenes oncológicos. Se recalca la importancia del seguimiento periódico, planificación preoperatoria oportuna, decisión intraoperatoria y manejo radioterapia cuando amerite.

**OSTEOSARCOMA VS ENFERMEDAD DE POTT,
PROPÓSITO DE UN CASO**

Leisa Belisario S., Barbara Sthefany Carrillo Moreno., Daniel Malambo R., Holger Cepeda Z.
Médicos APS, CESFAM Bicentenario, Renca.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis espinal representa el 50 % de los casos de tuberculosis osteoarticular y, sin un tratamiento oportuno, puede ocasionar discapacidad (por complicaciones neurológicas) y deformidad. Se sospecha de esta enfermedad con base en los antecedentes del paciente, la clínica y los hallazgos radiológicos. El diagnóstico se establece con la identificación de *Mycobacterium tuberculosis*, y las características histopatológicas. El diagnóstico diferencial más importante de la tuberculosis espinal es la espondilodiscitis piógena y el cáncer. La resonancia magnética es la prueba de imagen indicada para la valoración del compromiso neurológico y el estudio diagnóstico diferencial. El tratamiento principal es la quimioterapia antituberculosa, y la cirugía puede ser coadyuvante en los casos de tuberculosis espinal complicada, luego de evaluar el déficit neurológico y la deformidad resultante

CASO CLÍNICO: Un paciente masculino de 42 años consultó por dolor lumbar irradiado a ambas piernas con limitación del movimiento de un año de evolución. En vista que sus síntomas se intensificaron con pérdida de peso y dificultad para caminar acude al Servicio de Urgencia el 7 de julio del 2022 donde se solicita TC de columna lumbar reveló compromiso osteolítico en L5 con extensión a partes blandas intrarraquídeas por lo que inicialmente se sospecha el diagnóstico de osteosarcoma de columna lumbar. Sin síntomas respiratorios ni urinarios, se hospitalizó para estudios adicionales. La TAC toracoabdominopélvica mostró nódulos pulmonares, signos de bronquiolitis y focos nefríticos. La resonancia magnética confirmó espondilodiscitis L4-L5 con colección epidural y raquiostenosis. Se solicito pruebas para tuberculosis (TB) resultaron negativas, pero debido a imágenes sugerentes y PPD positivo (13 mm), se diagnosticó Tuberculosis ósea y se inició tratamiento antibiótico el 26 de julio del 2022, con duración total de 9 meses con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, Refiere mejoría significativa posterior a tratamiento y se indica alta médica.

DISCUSIÓN: La espondilodiscitis infecciosa, en especial la tuberculosa, afecta a 0.4-2.0 personas por cada 100,000 de la población occidental. Esta variante presenta cuadros clínicos crónicos con síntomas amplios, desde asintomáticos hasta fracturas y paraplejias. El mal de Pott, caracterizado por dolor torácico posterior, deformación cifótica y abscesos paravertebrales, es común, pero un 2% de casos muestra presentaciones atípicas, como prolapso de disco, abscesos o lesiones circunferenciales. La TB vertebral, suele ser endémica pero complicada por el aumento de casos de cáncer, dificulta su diagnóstico. Aunque la resonancia magnética es sensible para el diagnóstico de TB vertebral, la confirmación definitiva requiere biopsia, ya que no se basa únicamente en imágenes.

CONCLUSION: Al momento de realizar el diagnóstico TB lumbar tener en consideración posibles diagnósticos diferenciales entre esas metástasis de diferentes tipos de cáncer y solicitar los estudios correspondientes en vista de que cuenta con una prevalencia importante.

**DISOCIACIÓN Y PSICOSIS EN PACIENTE CON EPILEPSIA.
MANEJO EN APS.**

David Antonio Branada Godoy (1), Jaime Hernán Alarcón Sandoval (2), José Francisco Fuentes Constenla (1), Camila Villanueva De La Fuente (3), Constanza Paz Rodríguez Medina (3)

(1) Médico, CESFAM Violeta Parra, Chillan.

(2) Médico EDF, CESFAM Violeta Parra, Chillan

(3) Interna de Séptimo año de Medicina UCSC

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Epilepsia es una enfermedad que presenta alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos. La bibliografía muestra poca descripción de fenómenos disociativos en relación con crisis convulsivas generalizadas o de ausencia, y describe con frecuencia las psicosis ictales, los cuales son episodios psicóticos que habitualmente tienen una recuperación del juicio de realidad tras los episodios.

El objetivo del trabajo es presentar un caso de epilepsia de difícil tratamiento con fármacos antiepilépticos (FAE) con varias comorbilidades psiquiátricas, entre ellas, trastorno disociativo y sospecha de trastorno psicótico.

CASO CLÍNICO: Se realiza seguimiento a un paciente masculino de 38 años, con antecedente de depresión, abuso de OH y THC durante la adolescencia, e intento suicida a los 18 años, que requirió hospitalización en unidad de corta estadía. Retoma tratamiento por Trastorno de Ansiedad y Cefalea crónica a los 31 años, y tras escalar Sertralina hasta 100 mg/día, empeora cefalea, síntomas ansiosos, y surgen episodios disociativos, en los cuales presentaba desrealización, caída a nivel y compromiso de conciencia de 1 minuto de duración aproximada, con posterior recuperación de conciencia. Tras presentar convulsión tónico-clónica, es evaluado por neurología, se realiza estudio de imagen y electroencefalograma, confirman epilepsia parcial compleja y de ausencia, secundarias de probable etiología traumática. Se inicia tratamiento con Levetiracetam. Con tratamiento no ocurren nuevas convulsiones tónico-clónicas, pero empeoran crisis de ausencia y fenómenos disociativos, y se agregan episodios en los cuales, según refiere “veía fragmentarse el mundo”, o “sentía que la realidad no era real y que el mundo es una simulación”.

Tras intento autolítico, en evaluación de urgencia se cambia antidepresivo a escitalopram 20 mg/día y en evaluación con neurología se cambia anticonvulsivante a Ácido Valproico. Usuario mejora en frecuencia de crisis de ausencia, pero persisten fenómenos disociativos. Empeora en ánimo, y manifiesta pensamientos en torno a la muerte, minusvalía y culpa. Se realiza ajuste farmacológico, agregando Risperidona 1 mg/día y cambiando escitalopram 20 mg/día por Venlafaxina 150 mg/día. En evaluación por psiquiatra, con moderada mejoría en ánimo, se percibe a usuario con psicomotricidad reducida y persistencia de crisis de ausencia con episodios disociativos asociados. Al profundizar en experiencia vivida en estos episodios disociativos y crisis de ausencia, se llega al diagnóstico de psicosis ictal. Se decide adicionar Lamotrigina hasta alcanzar 200 mg/día, e interconsultar a neurología. En la actualidad el usuario se encuentra con una reducción de los episodios de ausencia (2 semanales), y con mejoría de ánimo y de síntomas disociativo/psicóticos.

CONCLUSIONES Y DISCUSION: Se estima que entre el 30% a 60% de los casos de epilepsia presentan comorbilidad la depresión la más frecuente (30% según autores), seguido por episodios de irritabilidad/agresividad, ansiedad y psicosis. Los episodios disociativos se encuentran subdiagnosticados.

Es muy común que en atención primaria este tipo de pacientes deba pasar por neurólogos y psiquiatras para llegar a un esquema psicofarmacológico adecuado y esquema antiepiléptico adecuado.

**"PUFFY HANDS", UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL DE POLIMIALGIA
REUMÁTICA. REPORTE DE UN CASO**

Diego Ignacio González Galarce (1), Nicolás Javier Olivares Marchant (2), Verónica Patricia Lorca Díaz (2), **Javiera Valentina Bulat Navarrete** (2), Sayuri Chiba Hernández (3)

(1) Médico Cirujano, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(2) Estudiante de Medicina, Universidad de O'Higgins

(3) Interna de Medicina, Universidad de O'Higgins

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El edema del dorso de las manos, o "puffy hands", es una manifestación poco común de la Polimialgia Reumática (PMR) y otras patologías reumatológicas, indicando posibles diagnósticos diferenciales como síndrome paraneoplásico. El objetivo de este reporte es presentar un caso de puffy hands como manifestación atípica de PMR, destacando la importancia de considerar esta presentación para un diagnóstico preciso y el manejo adecuado de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional (reporte de caso clínico).

RESULTADOS: Hombre de 76 años, previamente sano, presenta dolor y rigidez en mano derecha, omalgia bilateral y limitación en actividades diarias. Exámenes revelan sinovitis en varias articulaciones. Tratamiento con corticoides muestra mejoría rápida y completa de síntomas en una semana. Se descarta síndrome paraneoplásico con varios estudios sin hallazgos. Control posterior muestra parámetros inflamatorios normales.

CONCLUSIONES: Se presenta un caso atípico de PMR, denominado "puffy hands", con inflamación y edema doloroso en manos. Es crucial sospecharlo debido a su similitud con los síndromes paraneoplásicos. Aunque la PMR responde bien a corticoides, puede indicar cáncer. Aunque el estudio oncológico fue negativo, se resalta un riesgo elevado de cáncer hasta 12 meses después del inicio de la PMR. Se enfatiza la importancia del seguimiento y la vigilancia de otras señales de malignidad.

**METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES,
REPORTE DE UN CASO**

Jordán Javier Cabrera Ferrer, José Ignacio Ojeda Cofré, Kleber Castro Rivera, Carimar Ferrer V.
Médicos, CESFAM N°2 Dr. Eduardo De Geyter, Rancagua

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales representa el 3% de las neoplasias del adulto, siendo uno de los tumores urológicos con evolución más agresiva e impredecible. Aproximadamente el 30% de los pacientes presentan enfermedad metastásica, siendo menos frecuente el tejido celular subcutáneo, presentando una diseminación importante de la enfermedad y con pronóstico desfavorable.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus tipo 2 y carcinoma de células renales variedad células claras G3 pT1b, con nefrectomía radical izquierda realizada el 16 de octubre de 2023. Acude a consulta de morbilidad en CESFAM 2 de Rancagua, derivado por cirujano plástico particular, por presentar lesión nodular, exofítica, de bordes eritematosos, irregulares, consistencia blanda, friable, exudado serohemático, indoloro, de aproximadamente 3cm de diámetro, en cuero cabelludo de región occipital, de 1 mes de evolución, quien realiza resección de lesión y envía a estudio anatomopatológico, el cual reporta cuero cabelludo infiltrado de neoplasia maligna con componente de células claras, margen cutáneo negativo para neoplasia, que dista 0,3cm del margen más cercano y margen periférico en contacto con la neoplasia, con estudio histoquímico con PAS positivo, AE1/AE3: positivo y PAX8: positivo, por lo cual se deriva a urología del HFRZ. En ese establecimiento es valorado por urología, oncología y cuidados paliativos. Se solicitó TAC de tórax, abdomen y pelvis, donde no evidencian recidiva torácica o abdominopelviana, adenopatías mediastínicas inespecíficas, posiblemente reactivas. Se indicó tratamiento con pazopanib 800mgr cada 24 horas, tramadol/paracetamol 32mgr/325mgr 2 comprimidos cada 8 horas, metoclopramida 10mgr cada 8 horas en caso de náuseas, PEG 3350 17gr cada 24 horas, metamizol/pargerverina 25 gotas cada 8 horas y zopiclona 7,5mgr cada 24 horas. Mantiene controles con oncología, actualmente cumple con 3er ciclo de pazopanib 800mg día mensual, evidenciando respuesta completa en la lesión de cuero cabelludo. Se evidenció síndrome mano pie grado 2 y se disminuyó dosis a 600mg. Últimos exámenes realizados el 18-03-2024 hg 17 seg 71% PLT: 188.000, WBC: 6100, creatinina: 1,90, BT 1,29, TGO 122, TGP 212, GGT 115.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: La metástasis cutánea, presenta una baja incidencia y representa un signo de mal pronóstico en pacientes con antecedentes de carcinoma de células renales. Por su difícil diagnóstico, es importante realizar un adecuado interrogatorio y examen físico, en casos como el presentado, para un manejo correcto, oportuno y así prevenir posibles complicaciones.

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO
DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO**

Ivette Rocío Carrasco Moreno, Valentina Belén Pardo Fredes, Andrea Cristina Saba Atuez,
Médicas EDF, CESFAM Santa Anita, Lo Prado

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica altamente prevalente en atención primaria, afectando al 27.6% de la población chilena según la Encuesta Nacional de Salud de 2017. Se estima que un 5-10% son de causa secundaria. De ellas, el hiperaldosteronismo primario (HAP) es una de las más comunes, caracterizado por una alteración de la glándula suprarrenal en que se produce un exceso de aldosterona.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de una alta sospecha clínica de hipertensión secundaria a través de la presentación de un caso de HAP.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 37 años, con antecedente de HTA diagnosticada a los 22 años en tratamiento con losartán y antecedente familiar de HTA de inicio precoz. Presenta múltiples consultas por cefalea, destacando presión arterial diastólica sobre 100 mmhg y en uno de los episodios parestesia de extremidades. El estudio inicial sin hallazgos, sin embargo, es derivada por sospecha de HTA secundaria. Se continúa estudio con ecografía renal, metanefrinas urinarias y niveles de aldosterona y actividad renina plasmática, siendo la relación de estas últimas mayor a 25, confirmando la sospecha de HAP. Se completa estudio con escáner abdominal y se inicia tratamiento con espironolactona.

DISCUSIÓN: Es relevante conocer las claves clínicas que orientan a una causa secundaria de HTA. El HAP se caracteriza por una HTA resistente en personas jóvenes, que puede acompañarse de debilidad muscular, poliuria, polidipsia, parestesias y calambres musculares, secundario a la hipokalemia y alcalosis. Es importante destacar que la hipokalemia se detecta en menos del 30% de los casos.

CONCLUSIÓN: El HAP es una causa importante de hipertensión arterial secundaria. La identificación temprana es esencial para su correcto estudio, tratamiento y así prevenir sus complicaciones.

**MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER DE PRÓSTATA: METÁSTASIS
CUTÁNEA, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ivette Rocío Carrasco Moreno, Andrea Cristina Saba Atuez, Valentina Belén Pardo Fredes
Médicas EDF, CESFAM Santa Anita, Lo Prado

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es una preocupación de salud en Chile, siendo la tercera causa de muerte en hombres. A nivel mundial, en 2020, se diagnosticaron alrededor de 1.4 millones de casos nuevos, según la IARC y la OMS. A pesar de la prevalencia elevada de este cáncer, las metástasis cutáneas son poco común, representado una incidencia < 1%. Estas metástasis pueden aparecer como nódulos o lesiones en diferentes áreas como son el pene, escroto o abdomen.

CASO CLÍNICO: Hombre de 61 años, con dependencia severa por un infarto medular, inicia con lesiones en zona inguinal izquierda de meses de evolución, aparentemente indoloro y sin prurito por insensibilidad en la zona. Lesiones tipo pápulas induradas, eritematosas, agrupadas, en zona inguinal izquierda. En el laboratorio destaca un antígeno prostático específico 842 ng/ml. Se realiza biopsia de lesiones cutáneas y se evalúa por especialidad cáncer de próstata metastásico, pendiente resultado.

DISCUSIÓN: El hallazgo de lesiones cutáneas en cáncer de próstata es un hallazgo muy poco común, pero hay que tenerlo presente dentro del abanico de diagnósticos diferenciales de lesiones cutáneas, sobre todo en hombres de este rango etario. La detección temprana aumenta las posibilidades de un tratamiento efectivo y mejora el pronóstico del paciente.

CONCLUSIONES: La identificación precoz de estas lesiones cutáneas puede ser crucial para un manejo efectivo de la enfermedad. Destaca la necesidad de educación continua para los profesionales de la salud y la concienciación de los pacientes sobre la importancia de informar cualquier cambio cutáneo para una atención óptima y oportuna.

Los exámenes preventivos son piedra angular en la pesquisa y pronóstico de la enfermedad; por lo que como profesionales de salud debemos siempre promoverlos y solicitarlos en población correspondiente.

**ENFERMEDAD DE MOYAMOYA AVANZADA,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Bárbara Sthefany Carrillo Moreno, Leisa Belisario S., Daniel Malambo R.,
Holger Cepeda Zambrano**
Médicos APS, CESFAM Bicentenario, Renca

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Moyamoya es una enfermedad vascular encefálica oclusiva progresiva, no inflamatoria, no aterosclerótica, de etiología desconocida. Su mayor prevalencia se da en la población oriental, siendo más frecuente en mujeres y en personas jóvenes, destacando un primer peak entre 10 y 15 años y luego 40 y 50 años. La sintomatología puede ser variable, presentándose de forma asintomática o sintomática, en esta última, expresada en infartos cerebrales, crisis isquémicas transitorias, hemorragias cerebrales y convulsiones. El diagnóstico se realiza a través de Angiografía y el tratamiento considera múltiples terapias tanto médicas como quirúrgicas, siendo estas últimas las más importantes en el cambio en la historia natural de la enfermedad.

CASO CLÍNICO: Masculino de 69 años, antecedente de ACV a los 17 años (no estudiado), Hipoacusia e Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), en tratamiento con Tamsulosina 0,4 mg cada 24 horas, acude a servicio de urgencia por presentar cuadro clínico de 3 días, caracterizado por presentar cuadro de torpeza, desequilibrio, disimetría y “conductas extrañas”. Niega cefalea, caídas, queja cognitiva previa o compromiso de conciencia. Al examen físico de ingreso destaca desorientación parcial en tiempo, hiperreflexia en hemicuerpo izquierdo con clonus agotable, temblor de intención bilateral mayor a izquierda, disimetría leve, disdiadococinesia leve en extremidad superior izquierda, sin otras alteraciones neurológicas. Se decide realizar RNM cerebral + Angioresonancia cerebral con contraste, la cual revela hemorragia intracerebral (HIC) + Hemorragia subaracnoidea (HSA) parietal izquierda en etapa antigua. Paciente es evaluado por neurólogo de turno, quien, en vista de hemorragia atípica, decide ingresar en UTI, iniciar medidas de neuroprotección y complementar estudios con AngioTac de cerebro y cuello, la cual resulta normal, electroencefalograma con resultado normal y Angiografía cerebral que concluye Enfermedad de Moyamoya avanzada, con oclusión de carótidas terminales, cerebrales medias y anteriores. Durante estancia hospitalaria, paciente no presenta deterioro neurológico, por lo que se decide egresar y continuar manejo ambulatorio. Actualmente, paciente se encuentra a la espera de resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La Enfermedad Moyamoya es una entidad clínica poco sospechada en Latinoamérica debido a su baja incidencia. Suele no ser incluida en el diagnóstico diferencial de los eventos cerebrales vasculares, por lo que resulta importante sospecharla en población, principalmente joven, y sin factores de riesgo, que presentan eventos cerebrovasculares, ya que el diagnóstico oportuno permite una adecuada intervención tanto clínica como quirúrgica en miras de mejorar el pronóstico, el cual depende de la severidad y naturaleza de la presentación, así como de los episodios de recurrencia.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET A PROPÓSITO DE UN CASO

Gisvel Carrillo P. (1), Neylin Vásquez G. (1), Yaneska Castillo A. (1), Matías Pinochet R. (2), Ivana Hernández S. (3)

(1) Médico General, CESFAM La Granja

(2) Médico EDF, CESFAM La Granja, La Granja

(3) Médico General, CESFAM Malaquías Concha, La Granja

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Charles Bonnet (CBS) fenómeno de alucinaciones visuales que ocurren en pacientes con privación de la visión en ausencia de trastornos cerebrales, psiquiátricos, farmacológicos o sistémicos, común en edad avanzada.

OBJETIVO: Descripción de Caso clínico de paciente con CBS del CESFAM Granja Sur, con la finalidad de dar a conocer sus principales características clínicas y forma de presentación que ayude a descartar diagnósticos erróneos.

CASO CLÍNICO: Femenina 56 años, HTA, DLP, DM2, RDNP, Glaucoma OD. En 2022 inicia visualización espontánea de imagen negra en ojo izquierdo En forma de araña, promedio 4 veces por semana durante 5 meses, posteriormente se asocia la imagen de un ratón, 6 meses posterior visualizó personas corriendo y sombras inespecíficas que pasan y desaparecen. Presentada en consultoría a servicio de Neurología HPH donde especialista tras evaluación completa, confirma el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se reporta caso de paciente Femenina con síndrome de Charles Bonnet. Se realiza revisión de literatura

DISCUSIÓN: El CBS no es reconocido por los médicos generales y frecuentemente puede diagnosticarse erróneamente como psicosis o demencia temprana; la prevalencia es de 39% en enfermedad macular y un 20% en glaucoma, entre el 11% al 15% de los adultos mayores con problemas de visión admiten tener alucinaciones visuales, la edad avanzada representa un factor de riesgo entre los 70 y 85 años. El manejo se individualiza según el grado de síntomas, a menudo resulta suficiente enseñarles a suprimir las alucinaciones, se ofrece tratamiento a aquellos con alucinaciones continuas o con imágenes perturbadoras, pudiendo necesitar dosis bajas de antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa, ISRS, medicamentos anticonvulsivos. Importante considerar como diagnóstico diferencial, tener índice de sospecha para lograr realizar el tratamiento de manera oportuna y mejorar la calidad de la vida del paciente.

ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA. REPORTE DE CASO

**Soledad Alejandra Castillo Roca (1) Matías Benjamín Rojas Rodríguez (1),
José Rafael González Hidalgo (2)**

(1) Médico EDF, Hospital de Galvarino, SS Araucanía Sur

(2) Médico, Hospital de Galvarino, SS Araucanía Sur

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica progresiva es una enfermedad autoinmune crónica de causa desconocida que se caracteriza por disfunción vascular generalizada y fibrosis de la piel y órganos internos. Es poco frecuente, suele debutar alrededor de los 40-50 años, predomina en mujeres y en población caucásica.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 57 años, sin antecedentes médicos cursa con cuadro de 5 meses de evolución con prurito, dolor, induración de la piel, rigidez en manos, muñecas y tronco, tos y edema de antebrazos. Al examen físico se comprueba rigidez, edema y se evidencia calcinosis de las manos, reynaud y despigmentación en sal y pimienta. En capiloscopía, vasos tortuosos, áreas hemorrágicas y fibrosis de piel.

Se toman exámenes de laboratorio: Factor reumatoideo negativo, AntiCCP negativo, ANA anti centrómero 1/160, ENA negativo, Anti DNA negativo, quantiferon negativo, Anticore VHB negativo, VDRL no reactivo. Complemento C3 y C4 normales, hemograma y bioquímico normal. Espirometría normal. Se realiza biopsia de piel de antebrazo izquierdo: esclerodermia (morfea)

Se inicia micofenolato e hidroxicloroquina. Se amplía estudio con Tac de tórax: Imágenes sugerentes de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (NSIP), con mayor compromiso de bases pulmonares. Además, se evidencia un aumento del calibre del esófago. Por compromiso cutáneo y pulmonar extenso se inicia rituximab endovenoso y se aumenta dosis de micofenolato, a la espera de mejoría de la sintomatología.

DISCUSIÓN: Ya que la etiología y patogénesis no se conocen bien, el tratamiento es difícil, incompleto y no curativo. En general los pacientes se tratan con terapia sintomática basada en órganos y cuando existe afectación difusa suelen tratarse con terapia inmunosupresora sistémica. En caso de resistencia de la enfermedad, se indican inmunoglobulina endovenosa como rituximab.

**TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST):
PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Soledad Alejandra Castillo Roca (1) José Rafael González Hidalgo (2,)
Matías Benjamín Rojas Rodríguez (1)
(1) Médicos EDF, Hospital de Galvarino, SS Araucanía Sur
(2) Médico, Hospital de Galvarino, SS Araucanía Sur

INTRODUCCIÓN: El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es una neoplasia poco común que se origina en el tracto gastrointestinal, representan cerca del 1% de los tumores del tracto gastrointestinal y puede surgir en cualquier punto desde el esófago hasta el ano.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con GIST de gran tamaño e irresecable y revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se accedió a la Ficha Clínica electrónica del paciente previa autorización por consentimiento informado.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 59 años con antecedentes de Enfermedad diverticular, colecistectomizado y apendicectomizado, tabáquico suspendido hace 1 año (1 cigarrillo día por 10 años), hace 1 año presentó cuadro respiratorio de 2 meses de evolución de tos húmeda en ocasiones hemoptoica, por lo que se tomar radiografía de tórax y posterior TAC de tórax donde evidencia gran masa abdominal de probable origen gástrico, sin evidencia de compromiso secundario en tórax. A la anamnesis dirigida síntomas inespecíficos de larga data como saciedad precoz, dispepsia, dolor abdominal inespecífico, posteriormente con la toma de endoscopia digestiva superior, TAC Tórax Abdomen y Pelvis, RMN de abdomen y endosonografía con toma de biopsia se hace el diagnóstico de Tumor del estroma gastrointestinal de 21x18x15 cm.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: En este caso, a pesar del tamaño del tumor, los síntomas iniciales fueron inespecíficos cumpliendo con una de las características de los GISTs cuyo diagnóstico en general es incidental, sin embargo, el crecimiento lento de estas neoplasias no estuvo presente en este caso, donde el tumor no era visible en imágenes previas de 3 años anteriores, cuando el paciente fue evaluado por diverticulitis. Por el tamaño del tumor se consideró quirúrgicamente y se inició tratamiento con Imatinib un inhibidor de la tirosina cinasa.

**REACCIONES ALÉRGICAS A ANESTÉSICOS LOCALES
EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MENOR EN
CESFAM 2 “DR EDUARDO DE GYETER”**

Kleber Castro Rivera, José Ignacio Ojeda Cofré, Jordán Javier Cabrita Ferrer, Carimar Ferrer V.
Médicos, CESFAM N°2 Dr. Eduardo De Geyter, Rancagua

INTRODUCCIÓN: La incidencia de reacciones alérgicas a los anestésicos locales es baja, sabiendo que el efecto adverso más grave de los anestésicos locales es su toxicidad sistémica, afectando al sistema nervioso central y cardiovascular. Esto posterior a una dosis superior a la recomendada o por una inyección intravascular inadvertida, si se llegaran a presentar reacciones alérgicas, estas son consideradas leves, conociendo previamente si realmente existe una reacción por hipersensibilidad a los componentes del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio del total de procedimientos de Cirugía menor en este centro; en el lapso de 1 año, siendo un total de 100 procedimientos en planos superficiales de la piel y/o estructuras de fácil abordaje, tales como: heridas cutáneas; abscesos cutáneos; patología ungueal; biopsias cutáneas; lesiones subcutáneas; entre otras. Usando como anestesia local Lidocaína Clorhidrato 2% y Mepivacaina 3%

Además, se hizo un estudio comparativo de artículos publicados sobre reacciones a anestésicos locales, utilizando plataformas digitales como Google Académico, PubMed, Science direct, entre otros.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: En general las reacciones a anestésicos locales en los procedimientos realizados en este centro, son similares a las presentadas en los diversos estudios encontrados, siendo muy pocas las reacciones presentadas, siempre que se siga las recomendaciones sobre la dosificación y técnica de inoculación para una correcta administración del anestésico.

DISCUSIÓN: Es importante comparar la realidad local sobre reacciones a los anestésicos locales, en procedimientos de cirugía menor, con los estudios encontrados, ya que no existen muchos estudios a nivel país, esta información podrá ser utilizada para apoyar futuros estudios sobre el uso de anestésicos locales y su seguridad y eficacia, además de reforzar el uso de protocolos de seguridad para tomar acciones rápidas en el caso de presentarse alguna reacción de mayor relevancia en el paciente.

MIOCARDITIS EN MUERTE SÚBITA A PROPÓSITO DE UN CASO

Holger Cepeda Zambrano, Daniel Malambo R., Barbara Sthefany Carrillo Moreno, Leisa Belisario S.
Médicos APS, CESFAM Bicentenario, Renca

INTRODUCCIÓN: La muerte súbita es el deceso fortuito de un individuo que aparenta previamente sano o con alguna patología conocida dentro de la primera hora de inicio de los síntomas, su principal causa es la fibrilación ventricular, que a la vez cuya principal causa en mayores de 35 años son las coronariopatías y en jóvenes, las enfermedades cardíacas previas como miocardiopatías o trastornos de la actividad eléctrica (canalopatías: Síndrome de Brugada, Síndrome de QT largo). La miocarditis es predominantemente una enfermedad de adolescentes y adultos jóvenes y más común en el sexo masculino, dentro de las múltiples causas, se encuentra drogas, fármacos, infecciosa cuya clínica puede ir desde un individuo asintomático, síntomas inespecíficos hasta la muerte súbita.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, masculino, sin antecedentes previos, hábito tabaquismo, no drogas, consulta en SAR tras haber presentado 2 síncope esa mañana, refiere estar asintomático. Ingresa caminando, hemodinámicamente estable, al examen físico destaca leve excoriación y contusión en región occipital, sin signos de focalidad neurológica Glasgow 15. Durante examen físico paciente presenta pérdida de conciencia repentina en 2 oportunidades (segundos de duración) entra en PCR y se inicia RCP y soporte cardiovascular avanzado, manejo vía aérea con RCE tras 40 minutos de reanimación. Es trasladado a Hospital donde se estudia. TC de cerebro sin hallazgos relevantes; Angio TC sin TEP, neumopatía multifocal de predominio posterior con bronquiolititis asociada. Laboratorio: troponinas 1322, CKMB 60.44, creatinina 1.59, BUN 12.8, Na 138, Cl 94, PCR 2, Hto 47.5, Hb 15.6, leucocitos 32.230. Ingres a UCI con requerimiento de DVA y CVE por episodios de TV monomórfica sostenida y se inicia amiodarona 1200 mg al día. Se traslada a UCO, presenta nuevo episodio de TV que requirió CVE. Se logra extubación a los 12 días, es trasladado a ICAR, se realiza Eco TT: normal; CNG: sin lesiones de arterias coronarias; TC de cerebro: sin hallazgos; Angio Tc de vasos del cuello y cerebro: dentro de límites normales; EEG: discreta lentitud del ritmo de base, reactivo, sin actividad epileptiforme; RNM cardíaca: Alteraciones tenues en secuencias de caracterización tisular, en un patrón consistente con miocarditis, disfunción leve del VD. Se instala DAI bicameral sin incidentes con Rx de control normal. Dado de alta con terapia farmacológica: Amiodarona 200 mg al día, bisoprolol 2.5 mg cada día, levetiracetam 1 gramo cada 12 horas, pregabalina 75 mg cada 24 horas, quetiapina 25 mg al día. Paciente en buenas condiciones generales, sin déficit motor o neurológico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: La Eco TT muestra miocarditis, sin antecedentes conocidos. La miocarditis explicaría la elevación de las troponinas sin cambios en el electrocardiograma. Otras causas a estudiar serían sarcoidosis, para lo cual existen estudios invasivos como biopsia; miocardiopatía hipertrófica, en la que generalmente se evidencian cambios en la pared ventricular, cardiopatía hereditaria para lo cual sería importante un estudio genético, además de un estudio electrofisiológico.

**MIELOMA MÚLTIPLE:
SOSPECHA Y UTILIDAD DE HERRAMIENTAS BÁSICAS**

Paulo Andrés Cerda Aguirre (1), Rodrigo Feeley Morales (1), Lilian Valentina Gamboa Silva (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Carlos Oviedo Zárate, Copiapó
(2) Médica EDF, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El Mieloma múltiple (MM) es el tumor primario óseo más común. Su máxima incidencia es entre la quinta y séptima década con una predominancia de hombres mujeres de 2:1. El Mieloma Múltiple y el carcinoma metastásico debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de todo paciente mayor a 40 años con un nuevo tumor óseo. El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico de un paciente evaluado en CESFAM.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 54 años con antecedentes de Hipotiroidismo en tratamiento regular consulta en agosto del año 2021, por cuadro de astenia y dolor torácico persistente, posterior a cuadro de COVID19 sin necesidad de hospitalización en abril del 2021. Se solicitó en dicho momento radiografía de tórax, sin hallazgos relevantes. Vuelve a consultar en diciembre del 2021, por cuadro de dolor lumbar y glúteo tras administración de complejo vitamina B inyectables indicados en SU. En dicho momento, dada la persistencia de la sintomatología de astenia y dolor óseo difuso, se indica manejo de dolor, radiografía de caderas y exámenes generales disponibles en CESFAM. En febrero del 2022, se evalúan exámenes destacando Creatinina sérica de 1,1mg/dL, Hb 9,9g/dl normocítica hipocrómica y VHS 28. Ante la sospecha de Mieloma múltiple, se solicita radiografía nueva radiografía de tórax y radiografía de huesos largos de forma particular. A marzo del 2022, se cuenta con resultados de radiografía de tórax donde destaca: "Fracturas en clavícula y costillas, sugerentes de fractura en hueso patológico. Osteólisis en clavícula y costillas con diferencial de mieloma múltiple versus lesión secundaria". Ante los hallazgos radiográficos, se deriva a medicina interna para completar estudio. Actualmente usuaria cuenta con confirmación diagnóstica y recibió tratamiento en el centro de resolución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Es importante la alta sospecha diagnóstica frente a dolores óseos persistentes con síntomas sistémicos de patología neoplásica, especialmente ante exámenes sugerentes para poder lograr un diagnóstico temprano que pueda mejorar el pronóstico gracias a un tratamiento oportuno.

SÍNDROME POST-COVID Y RELACIÓN CON DETERIORO CARDIOVASCULAR

Paulo Andrés Cerda Aguirre (1), Rodrigo Feeley Morales (1), Lilian Valentina Gamboa Silva (2)
(1) Médicos EDF, CESFAM Carlos Oviedo Zárate, Copiapó
(2) Médica EDF, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso

INTRODUCCIÓN: La infección por SARS-CoV-2 afecta el sistema vascular y las propiedades de coagulación de la sangre, generando daño en las paredes vasculares y generando coágulos tanto a nivel micro como macrovascular. Las principales consecuencias de la alteración de microcirculación son el estrechamiento u oclusión de capilares, generando cambios en la capacidad de transporte de oxígeno, complacencia de vaso y otros. Los mecanismos específicos siguen siendo poco claros.

MATERIAL Y MÉTODO: Mujer de 59 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Obesidad, en controles usando Losartán 50mg/12h y Aspirina 100mg/día de forma regular, sin alteraciones previas de presión arterial o antecedentes de difícil manejo. Presenta cuadro de COVID-19, posterior al cual desarrolla síntomas de Insuficiencia cardíaca además de descompensación de Hipertensión arterial. Se modifica terapia agregando Carvedilol 3,125mg/12h y Espironolactona 25mg/día, manteniendo presiones arteriales elevadas. Posteriormente se escala terapia antihipertensiva con Amlodipino 10mg/día, Espironolactona 50mg/día y optimizando dosis de Carvedilol, pero persiste con elevación de presión arterial y síntomas de insuficiencia cardíaca. Paciente con ECG normal y exámenes con función renal normal. Se deriva a paciente para completar estudio de Hipertensión arterial secundaria e IC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El Síndrome Post-Covid sigue siendo un cuadro relativamente nuevo para nuestro medio, el cual tiene consecuencias a largo plazo que siguen en investigación. La afectación que tiene tanto en la microvasculatura como macrovasculatura puede llevar a alteraciones posteriores a resuelto el episodio infeccioso, pudiendo modificar o agravar patologías previas de nuestros pacientes. He ahí la importancia de continuar el estudio respecto a este síndrome.

**MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA:
REPORTE DE UN CASO**

Arantza Mariana Victoriano Pereira (1), **Sayuri Chiba Hernández (2)**,
Verónica Patricia Lorca Díaz (3),

(1) Becada Medicina Interna, Universidad de Santiago de Chile

(2) Interna de Medicina, Universidad de O'Higgins

(3) Estudiante de Medicina, Universidad de O'Higgins

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La meningoencefalitis tuberculosa es una de las formas más graves de tuberculosis extrapulmonar, donde la clínica es poco específica dificultando su diagnóstico precoz, por lo que conlleva a una evolución desfavorable, tanto como secuelas irreversibles o la muerte.

Presentamos un caso de meningoencefalitis tuberculosa, resaltando sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento, con el fin de mejorar la comprensión y abordaje de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO: Observación y registro de caso clínico.

RESULTADOS: Paciente masculino de 68 años, venezolano, con antecedentes de HTA, DM2. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de 2 semanas de evolución por decaimiento, mialgias y diarreas, afebril, evolucionando con compromiso de conciencia cualitativa caracterizado por desorientación, agitación psicomotora y alucinaciones visuales. Al examen físico neurológico, no se observan signos de focalidad ni signos meníngeos. Se ingresa a sala de medicina interna donde evoluciona rápidamente con mayor desorientación y tendencia a la hipertensión arterial, con peak febril hasta 38°C. Al examen neurológico: compromiso 7mo par craneal izquierdo, hemiparesia izquierda de predominio braquial, sin rigidez nuchal, glasgow 9. Se traslada a UPC, donde se realiza PL con estudio LCR: leucos 120 a predominio MN 100, ADA 16; ante este resultado, se solicita PCR TBC en LCR siendo (+), por lo que se inicia tratamiento antituberculoso. Evoluciona con hidrocefalia aguda, manejada con instalación de drenaje ventricular externo, además de presentar crisis convulsivas tónico-clónicas, eventos isquémicos y hemorrágicos agudos en región temporal y pontina izquierda. Se logra estabilización, pero con importantes secuelas neurológicas irreversibles.

CONCLUSIONES: La meningoencefalitis tuberculosa es una enfermedad con alta letalidad y secuelas neurológicas irreversibles. A pesar de los esfuerzos, persisten desafíos en su diagnóstico y manejo a largo plazo.

**FORMA FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB
EN LA REGIÓN DE O'HIGGINS**

Catalina Andrea Cifuentes Trujillo (1), Rodrigo Fernando Moreno Salinas (2),

Mauricio Hormazabal Ahumada (3)

(1) Médica EDF, Hospital de Pichilemu

(2) Médico Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(3) Médico, Hospital de San Fernando

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ) es una encefalopatía esponjiforme transmisible o enfermedad priónica de carácter degenerativo, progresivo y letal. La mayoría de los casos son esporádicos, hay raros casos adquiridos y 15% son genéticos por mutaciones en el gen de la proteína prion (PRNP) en el cromosoma 20. En Chile habría una incidencia mayor por estar presente en familias con mutaciones asociadas a efecto fundador en el sur del país, heredado en forma autosómica dominante (MIM 123400). **Objetivos.** Se presenta la primera familia con ECJ identificada en la región centro de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO. Se presenta un caso clínico familiar y se discute en relación a la evidencia nacional actual.

RESULTADOS. Caso índice mujer de 46 años con padre diagnosticado ECJ, su estudio RM cerebro es sugerente ECJ, con panel de encefalitis autoinmune y de anticuerpos onconeuronales negativos que descartan otras etiologías. Estudio gen PRNP codón 129 metionina/metionina homocigoto y codón 120 ácido glutámico/lisina heterocigoto. Padre nacido en comuna rural de región del Maule de padres consanguíneos primos hermanos paternos y con hermanos de ambos sexos y sobrinos también fallecidos con ECJ. Madre en estudio por encefalopatía autoinmune.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. Las primeras familias chilenas con ECJ publicadas son de Chillán (Gálvez et al, 1987). Esta familia es originaria del Maule con varios afectados en la región de O'Higgins y presenta como genotipo el codón 129 met/met asociado a la susceptibilidad de la enfermedad y una variante nueva en el codón 120 glu/lys, siendo su genotipo distinto de otras familias publicadas (Cartier y col, 2006). Luego, sería una nueva forma familiar de la cual hay que definir su correlato clínico, agregando mayor diversidad a la relación genotipo-fenotipo familiar de esta enfermedad en Chile. El manejo de esta enfermedad es complejo debido al riesgo heredo familiar, la heterogeneidad de la presentación clínica y finalmente porque se trata de una enfermedad neurodegenerativa letal para la que no hay tratamiento. No existen pruebas genéticas predictivas seguras, heredándose solo cierta susceptibilidad a desarrollar la enfermedad, pero con baja expresión y curso clínico incierto, no conociéndose aún factores desencadenantes, agregándose en esta familia ser portadora de una nueva variante de genotipo de ECJ.

**SÍNDROME DE CAUDA EQUINA SECUNDARIO A HERNIA DE
NÚCLEO PULPOSO LUMBAR**

Catalina Andrea Cifuentes Trujillo (1), *Sofía Isidora Guiñez Torres (1),
Mario Andrés Puentes Soto (2),
(1) Médicas EDF, Hospital de Pichilemu
(2) Médico APS, Hospital de Pichilemu*

INTRODUCCIÓN: El síndrome de cauda equina (SCE) es una entidad poco frecuente que se manifiesta por la compresión de las raíces nerviosas distales al cono medular y constituye una urgencia neuroquirúrgica. Se estima una incidencia de 1:33.000 a 1:100.000. Su etiología más frecuente es secundaria a compresión por una hernia de núcleo pulposo (HNP) lumbar, aunque existen otras causas como tumores espinales, hematomas, fracturas, infecciones, entre otros. La prevalencia de HNP lumbar sintomática es del 1 al 3%, únicamente el 2 al 6% de ellas van a provocar un SCE.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un caso clínico y se discute en relación a evidencia.

RESULTADOS: Paciente femenina de 49 años con antecedentes de hipertensión arterial, artritis reumatoide, hipotiroidismo, depresión y HNP L5-S1 derecha. Acude a servicio de urgencias por cuadro de 1 año de lumbociática derecha asociado a incontinencia fecal hace 2 meses, en últimos 2 días se agrega incontinencia urinaria y anestesia en silla de montar. Al examen físico destaca Escala de Coma de Glasgow 15 (GCS), reflejo rotuliano abolido a derecha, fuerza conservada en extremidades inferiores e hipoestesia en extremidad inferior derecha mayor en maléolo lateral. Ante sospecha de SCE se deriva a hospital de mayor complejidad para estudio con imagen y evaluación por neurocirugía. El estudio imagenológico mediante resonancia magnética (RM) de columna lumbar evidencia HNP L5-S1 parasagital derecha descendente migrada de menor tamaño respecto a RM anterior. Evaluada por equipo de neurocirugía, se decide realizar microdiscectomía L5-S1 y L4-L5 derecha, sin complicaciones. Ante evolución clínica favorable se decide alta médica y control ambulatorio.

DISCUSIÓN: La presentación clínica del SCE es variada, siendo fundamental su conocimiento para realizar un diagnóstico precoz debido a que constituye una urgencia neuroquirúrgica con secuelas graves si no recibe tratamiento oportuno. Si progresa puede evolucionar a paraplejía, incontinencia permanente e impotencia sexual, por lo tanto, es imprescindible conocer esta patología.

**DISPLASIA FIBROSA MANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Daríá Colque Huanacu (1), **Camila Oyarzún P.** (2), **Renato Gunckel M.** (3),
Marcelo Mardones M. (3)

(1) *Cirujana Dentista, Adscrita en Hospital San José.*

(2) *Residente de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial, Hospital San José.*

(3) *Cirujano Maxilofacial, Hospital San José.*

INTRODUCCIÓN: La displasia fibrosa (DF) se considera un trastorno fibroóseo hamartomatoso del desarrollo, caracterizada por la sustitución de tejido óseo normal por tejido fibro óseo, de etiología desconocida. Radiográficamente, las lesiones se caracterizan por un aspecto de vidrio esmerilado debido a la mezcla de elementos óseos y fibrosos.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 59 años de edad es derivada de su centro de Salud al servicio de Cirugía Maxilofacial del hospital San José por presentar aumento de volumen en el lado izquierdo de la mandíbula, con una evolución de hace 5 años. Al examen físico se evidencia una asimetría facial marcada, como resultado de una masa tumoral de consistencia dura-pétrea, indolora a la palpación, que se extiende desde la línea media mandibular a la zona retromolar izquierda. Las radiografías convencionales y la tomografía computarizada mostraron un aumento difuso de la lesión de la mandibular, con pérdida de patrón trabecular normal que conduce al patrón clásico en vidrio esmerilado. Se realizó biopsia incisional de la lesión, dando como diagnóstico: Lesión fibrososea compatible con displasia fibrosa mandibular. Se procedió a realizar remodelación ósea o raspado quirúrgico con la preservación del nervio mentoniano. La paciente evoluciono favorablemente en el post operatorio inmediato.

DISCUSIÓN: El diagnóstico de la DF se realiza, en gran parte, en función de las características clínicas, radiográficas e histopatológicas. La toma de una conducta conservadora o quirúrgica para la DF dependerá de varios factores: como la edad, presencia de sintomatología. En el tratamiento quirúrgico debe tener en cuenta la edad del paciente, suele recomendarse intervenir una vez finalizado el crecimiento del paciente.

CONCLUSIONES: La DF en su forma monostótica debe tener un estricto análisis para su adecuado manejo, de esa manera evitar recidivas y tener éxito en el tratamiento.

Palabras clave: displasia fibrosa, mandíbula, tratamiento.

**MALFORMACIÓN VASCULAR EN LENGUA: REPORTE DE UN CASO
CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Darío Colque Huanacu (1), Camila Oyarzún P. (2), Lazo Pérez (3), Marcelo Mardones M. (3)

(1) Cirujana Dentista, Adscrita en Hospital San José.

(2) Residente de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial, Hospital San José.

(3) Cirujano Maxilofacial, Hospital San José.

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones vasculares (MV) son lesiones benignas, no tumorales y poco frecuentes, que producen dilataciones anormales de los vasos, sin proliferación de las células endoteliales. Se clasifica según el tipo predominante de vaso sanguíneo involucrado en, lesiones de alto flujo (arterial y arteriovenosas) y lesiones de bajo flujo (malformaciones venosas, capilares y linfáticas).

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 26 años derivado del Centro de Salud Maruri al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital San José por presentar lesión vascular en lengua con evolución de 5 años, asintomático. Al examen físico se identificó un nódulo de tamaño aproximado 1,5x1 cm, de aspecto violáceo color rojo azulado, redondeado, que no desaparece a la vitropresión, de consistencia dura elástica y no dolorosa a la palpación superficial ni profunda. Se realizaron Ecografía Doppler y Angioresonancia para evaluar la vascularidad. La impresión ecográfica mostró signos de malformación vascular de alto flujo. Al ser una lesión focalizada y con vasos aferentes de pequeño calibre se realizó la extirpación quirúrgica de toda la lesión, sin ninguna complicación.

DISCUSIÓN: El tratamiento de las (MAV) continúa siendo controversial y un desafío clínico, por lo que no está claramente establecido. Actualmente existen varias modalidades terapéuticas y quirúrgicas (resección quirúrgica, embolización, crioterapia, escleroterapia o tratamiento con láser). La selección del tipo de modalidad de tratamiento depende del tipo, ubicación, profundidad y progresión de la lesión. Las imágenes juegan un papel importante en el diagnóstico de malformaciones vasculares.

CONCLUSIÓN: Las MAV, son lesiones benignas y poco frecuentes, que afecta a la cavidad bucal. Los estudios imagenológicos son imprescindibles para evaluar la gravedad de la lesión. El abordaje quirúrgico se considera oportuno realizarlo dependiendo de la gravedad de la lesión.

TRAUMA MAXILOFACIAL, “HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN FRANCISCO” ENERO 2008-DICIEMBRE 2018 SUCRE, BOLIVIA

Darí Colque Huanacu (1), **Aillón L. Huáscar J.** (2), **Jhamil Chamoso F.** (3), **Verónica Yucra A.** (3), **Jhaqueline Méndez B.** (3)

(1) Cirujana Dentista, Adscrita en Hospital San José.

(2) Cirujano Maxilofacial, Hospital del Niño “Sor Teresa Huarte Tama”.

(3) Odontólogo

INTRODUCCIÓN: El trauma maxilofacial es una patología actualmente muy frecuente y compleja. Según la Organización Mundial de la Salud el trauma se define como “daño intencional o no, causado al organismo por una fuerte exposición a fuentes de energía que sobrepasan su margen de tolerancia.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de trauma maxilofacial según el tipo de trauma o diagnóstico, la edad, el género, etiología y región afectada en la Unidad de Emergencias y Odontología del Hospital “San Francisco” durante el periodo comprendido entre enero 2008 a diciembre 2018.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte transversal en el que se analizaron las historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por trauma maxilofacial en un periodo de 10 años. La muestra estuvo constituida por 1,637 pacientes. Las variables analizadas fueron: tipo de trauma o diagnóstico, edad, género, etiología y región afectada.

RESULTADOS: Según el tipo de trauma o diagnóstico el tejido blando (contusión y laceración), fue el más prevalente 44.8%. Según el grupo de edad, las contusiones de tejido blando fueron las más comunes en grupos de 1 a 9 años. Mientras que las fracturas, fueron más frecuentes en pacientes de 20 a 29 años. El género masculino fue el más afectado 73.5%. En cuanto a la etiología del trauma, en general, las caídas fueron las más frecuentes 48.1%. Respecto a la región anatómica afectada, en tejido blando la más afectada fue la región frontal 32.4%; sin embargo, respecto a fracturas, la más prevalente fue la fractura nasal 5.3%.

CONCLUSIONES: El tejido blando fue el más prevalente frente a fracturas. El género masculino fue el más frecuente. Las caídas fueron la causa más común. En tejido blando la más afectada fue la región frontal y respecto a fracturas, la más prevalente fue la fractura nasal.

**ANEMIA SEVERA POR SÍNDROME DE RAPUNZEL EN ADOLESCENTE
DE 14 AÑOS. REPORTE DE UN CASO.**

María José D'Orazio Nava, Médico General Cesfam Maule

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Rapunzel es una rara presentación del Tricobezoar caracterizado por la extensión del pelo ingerido desde el estómago hasta el duodeno o más allá. Los Bezoares se comportan como sedimentos en el tracto gastrointestinal que aumentan de tamaño por el cúmulo de alimentos o fibras no absorbibles. La tricotilomanía se encuentra clasificado dentro del espectro de los desórdenes obsesivos compulsivos y es visto principalmente en mujeres. Tiene una prevalencia del 1 a 3% en población adolescente. Se entiende que arrancarse el cabello puede servir como un mecanismo de alivio para el estrés u otros estados emocionales no deseados, o también servir como método para regular emociones.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Adolescente de 14 años, femenino, padres ausentes, red de apoyo por familiares cercanos. Consulta por ánimo bajo, baja autoestima por el aspecto de su cabello, historia reciente de tricotilomanía (en cuero cabelludo) sin admitir que consumía el cabello que se arrancaba y asegurando que no continuaría esta práctica. Inicia psicoterapia con poca adherencia. Posterior a seis meses es llevada a Servicio de Urgencias por cuadro de debilidad, vómitos, dolor abdominal difuso cólico, por lo que realizan TAC de abdomen con hallazgo de Obstrucción intestinal por Bezoar gigante con extensión a duodeno, además de anemia severa (6.1g/dl). Ameritó dos transfusiones sanguíneas previo a resolución quirúrgica por laparotomía exploratoria. La paciente evolucionó favorablemente, al alta, derivación a Psiquiatría Infanto-juvenil desde su consultorio.

DISCUSIÓN: Existen complicaciones tales como malnutrición severa, obstrucción intestinal, perforación del estómago y pancreatitis aguda. Anemia por malabsorción de hierro o por ulceración crónica con hematemesis en el 6% de los casos.

CONCLUSIÓN: Un punto crítico en el manejo es la prevención secundaria ya que están descritos los Tricobezoares recurrentes y usualmente ocurre en pacientes que no han tenido el adecuado seguimiento o manejo psiquiátrico.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO: TASA DE EGRESO HOSPITALARIA POR
CEFALEA NO MIGRAÑOSA EN EL PERIODO 2019-2022 EN CHILE.**

Claudio Díaz R. (1), Fiorella Rangel R. (2), Gabriel Sanguinetti G. (3), María Sanguinetti G. (4)

(1) Médico Cirujano, Cesfam Santa Cruz, Servicio de Salud de O'Higgins.

(2) Médico Cirujano, DSM Litueche, Servicio de Salud de O'Higgins.

(3) Médico Cirujano, DSM Marchigüe, Servicio de Salud de O'Higgins.

(4) Médico Cirujano, DSM Chimbarongo, Servicio de Salud de O'Higgins.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso y uno de los mayores contribuyentes a discapacidad. Las cuales requieren en algunos casos estudio en hospitalizados. El objetivo de este estudio es analizar la Tasa de Egresos Hospitalarios (TEH) en pacientes hospitalizados por cefalea en el período 2019-2022 en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo, transversal, sobre los egresos hospitalarios por cefalea no migrañosa entre los años 2019-2022 en Chile (n=2145). Se utilizaron datos públicos proporcionados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, se calculó TEH. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS. La mayor TEH se evidenció en el año 2019 con 5,76/100.000 habitantes. El sexo femenino presentó la mayor TEH con 5,40; el sexo masculino presentó una TEH en el período de estudio de 2,87. El grupo etario de 20 a 44 años, presentó la mayor TEH con 6,22 por cada 100.000 habitantes de ese grupo etario.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN. Se evidencia una disminución en TEH desde el año 2020, esto podría deberse al descenso progresivo evidenciado de la prevalencia de cefaleas primarias en las últimas décadas a nivel latinoamericano. El sexo femenino, podría presentar mayor TEH, secundario a una mayor prevalencia reportada de esta enfermedad en mujeres, entendiéndose que una mayor prevalencia podría influir en una mayor TEH. El grupo etario con mayor TEH podría explicarse ya que se reporta como un grupo poblacional con mayor prevalencia de cefalea las cuales podrían conllevar a una hospitalización. En conclusión, se evidencia un grupo de riesgo para presentar una hospitalización por cefalea, se necesitan mayores estudios para lograr evidenciar si existe una posible asociación de presentar una mayor prevalencia con una mayor TEH.

**DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ATENCIONES
PROFESIONALES EN PACIENTES INGRESADOS A CURACIONES
AVANZADAS POR ULCERAS DE PIE DIABÉTICO EN EL CESFAM
PADRE JOAN ALSINA DURANTE EL AÑO 2023**

*Jerry Enrique El Yamel Vera, Nora Margarita Mendoza Martínez, José Antonio Suarez Gómez
Médicos Generales, CESFAM Padre Joan Alsina, San Bernardo, RM*

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es la complicación que mayor número de hospitalizaciones motiva en la población diabética. Para la prevención de esta patología se debe disponer de un equipo multidisciplinario que la aborde de manera integral y efectiva, en donde la evaluación nutricional toma gran importancia por el cambio de requerimientos de macronutrientes en estos pacientes. Estas atenciones se encuentran contempladas en el MAIS, que aplicamos como centro de salud familiar, y sus tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad del cuidado y centrado en la persona.

OBJETIVOS: Describir la cantidad de controles profesionales que se realizaron en la atención multidisciplinaria de pacientes ingresados a curaciones avanzadas por ulcera de pie diabético con énfasis en los controles nutricionales en el CESFAM Padre Joan Alsina en el año 2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Se extrajo información del REM P4 de diciembre 2023, plataforma IRIS salud y plataforma de rayen salud, sobre las atenciones realizadas en el CESFAM Padre Joan Alsina, por diagnóstico de diabetes mellitus durante el año 2023. Se analizaron las variables de atención por curaciones avanzadas de enfermera, médico y nutricionista.

RESULTADOS: En el año 2023 hubo un total de 1865 controles de pacientes diabéticos, de los cuales 36 pacientes fueron derivados a curaciones avanzadas por ulcera de pie diabético. Entre estos 36 pacientes se realizaron 978 atenciones de enfermera por curaciones avanzadas, 111 evaluaciones por médico y 25 evaluaciones de nutricionista.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: De las atenciones profesionales realizadas en 2023 a los pacientes en curaciones avanzadas por pie diabético en el CESFAM Joan Alsina se realizaron en promedio 0.69 atenciones nutricionales por paciente, posiblemente por la falta de horas profesionales en dicha área para la población inscrita en el centro.

CONCLUSIONES: Se observa que la evaluación nutricional fue escasa en la atención de pacientes en curaciones avanzadas por pie diabético, lo que genera un problema en mantener un control metabólico estricto, esto vuelve insuficiente las medidas para el tratamiento y prevención de aparición de nuevas lesiones en dichos pacientes.

HEMATOMA MEDULAR SUBDURAL. REPORTE DE UN CASO

Felipe Nicolas Elgueta Galdames (1), Victoria Elton Budge (1), Carla Melissa Vaca Méndez (2),
(1) Médicos EDF, Hospital de Curacautín.
(2) Médico General, Hospital de Curacautín.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los hematomas medulares son muy poco frecuentes y pueden clasificarse en intramedulares, subdurales y extradurales, siendo los subdurales los menos frecuentes (5%). Además, pueden ser espontáneos, traumáticos o secundarios. Debido a su baja frecuencia su diagnóstico puede ser difícil y requiere un alto índice de sospecha.

CASO CLÍNICO: Consulta en la unidad de emergencias del Hospital de Curacautín una paciente de sexo femenino de 41 años con antecedente de hipertensión arterial. Refiere cuadro de dos horas de dolor lumbar muy intenso, que se presenta luego de realizar esfuerzo físico leve, asociado a paresia y parestesia de extremidades inferiores y dificultad a la marcha. Al momento de la consulta los signos vitales muestran una crisis hipertensiva. Al examen físico destaca dolor a la palpación lumbar y en el examen neurológico una paresia flácida arrefléctica. Se solicita TAC de columna dorsal y lumbar que muestra una lesión espontánea densa intrarraquídea extramedular que se extiende desde T10 a L2 que pudiese estar determinada por un hematoma subdural. Se realiza manejo de la crisis hipertensiva y del dolor y se deriva inmediatamente al centro de referencia neuroquirúrgico donde confirma el diagnóstico mediante resonancia nuclear magnética y se maneja de forma quirúrgica. La paciente es dada de alta sin secuelas funcionales.

DISCUSIÓN: los hematomas subdurales son una patología poco frecuente. Pueden ser espontáneos o secundarios a trauma, anticoagulación, vasculitis, tumores, malformaciones vasculares o procedimientos invasivos. Cuando no se encuentra una causa clara se plantea como causa fisiopatológica un aumento de la presión venosa. La presentación clínica clásica es un dolor intenso y punzante en el sitio del hematoma que puede irradiarse. Posteriormente aparecen síntomas de compresión medular. Es importante la alta sospecha clínica cuando aparece el dolor y se descartan otras causas ya que el tratamiento en la etapa inicial mejora el pronóstico funcional del paciente.

Conclusiones: El hematoma medular subdural es una patología poco frecuente que requiere un alto índice de sospecha y derivación inmediata a un centro que cuente con una unidad neuroquirúrgica para confirmar y resolver la compresión medular lo más pronto posible.

**NISTAGMO CONGÉNITO Y SU RELACION CON PATOLOGIA OCULAR
PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO**

Carimar Ferrer V., Jordán Javier Cabrita Ferrer, Kleber Castro Rivera,
José Ignacio Ojeda Cofre
Médicos, CESFAM N°2 Eduardo De Geyter, Rancagua

INTRODUCCIÓN: El nistagmo congénito se presenta desde el nacimiento o se manifiesta en los primeros seis meses de vida, se asocia con una gran variedad de patologías oculares: cataratas congénitas, glaucoma congénito, aniridia, acromatopsia, alta miopía, albinismo oculo-cutáneo, hipoplasia del nervio óptico y amaurosis congénita de Leber, a este tipo de nistagmo se le denomina sensorial, por su parte; puede estar relacionado con alteraciones en el sistema motor en forma primaria y a esta variedad de nistagmo se denomina nistagmo motor congénito; también existe el nistagmo motor secundario a patología neurológica, a medicaciones o drogas. Se considera necesario precisar sobre este tema, que, aunque infrecuente, puede afectar de forma permanente la vida del paciente si no es tratado correctamente y oportunamente.

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO: Lactante de 1 mes de vida, acude con ambos padres a control sano del primer mes, en cuanto a los antecedentes perinatales: embarazo controlado desde las 14 semanas, tabaco las primeras semanas, diabetes gestacional tratada con dieta (hospitalizada por descompensación), presenta movimientos oculares desde el nacimiento. Al examinar se evidencian movimientos oculares repetitivos de forma horizontal-pendular, que se acentúan al estimularlo al tacto o la voz y ceden al reposo; se deriva a Neurología y Oftalmología infantil respectivamente, especialista al examinar reporta: no fija mirada en examinador, reflejo amenaza (-) FO (no se logra, opacidad corneal puntiforme), pupilas no reactivas, impresiona coloboma. Se plantea hipótesis diagnóstica de amaurosis congénita, solicita RMN de cerebro y órbita con anestesia, evaluación por oftalmología infantil (pendiente). Al cierre de este resumen paciente aún se encuentra a espera de evaluación por oftalmología y realización de estudio de imagen para definir diagnóstico y rehabilitación visual, si aplica en este caso.

DISCUSIÓN: Si bien la prevalencia de nistagmo infantil no es elevada, es necesario hacer énfasis en la importancia de derivar de forma precoz los casos de nistagmo congénito o infantil, con la finalidad del abordaje temprano de las patologías oculares o neurológicas y así maximizar las posibles terapéuticas que permitan alcanzar la mayor calidad de vida de los pacientes. El pronóstico del paciente con nistagmo dependerá de la causa del mismo, tomando en consideración mejor pronóstico para los pacientes con cataratas congénita, no así a los pacientes con amaurosis congénita de Leber; en todos los casos las medidas terapéuticas irán encaminadas a conseguir el máximo de visión posible, es indispensable un diagnóstico precoz a edades tempranas para lograr la rehabilitación visual, el desarrollo de destrezas en paciente con mal pronóstico ocular y garantizar su incorporación a la sociedad.

**SÍNDROME DE CAPGRAS Y FREGOLI, UNA PATOLOGÍA POCO COMÚN.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Francisco Antonio Figueroa Mitelman (1), Andrea Ester Mellado Sepulveda (2)

(1) Médico EDF, Cesfam Canela, Coquimbo

(2) Médica EDF, Hospital de Salamanca, Coquimbo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Síndrome de Capgras es uno de identificación errónea delirante. Es la falsa creencia de que alguien significativo ha sido reemplazado por un duplicado idéntico, aunque el "impostor" puede reemplazar también a un animal u objeto inanimado. Es infrecuente y se asocia generalmente a la etapa final de ciertas demencias; pero en el caso de ocurrir en pacientes sin demencia suele desarrollarse en aquellos con lesiones del hemisferio cerebral derecho.

MATERIAL Y MÉTODO: En este trabajo, presentamos el caso de un paciente que debuto con síndrome de Capgras, para posteriormente presentar los signos y síntomas típicos de demencia tipo Alzheimer. Paciente con antecedentes de HTA, insuficiencia venosa crónica, insomnio no orgánico. Consulta por historia aportada por su esposo. Se trata de paciente con olvidos frecuentes, desorientación temporo espacial y de persona, episodios de agresividad con familiares, deterioro cognitivo. Refiere que hace 15 años no reconoce a su esposo, único afectado de la familia, piensa que se trata de un impostor y constantemente lo agrede. Animo sin cambios, niega alucinaciones visuales o auditivas. Independiente en ABVD, dependiente moderado en AIVD, minicog 1 pto, minimal mental no realizable por poca cooperación de la paciente. Se realiza estudio de neuroimágenes con TAC de cerebro, que evidencia atrofia cortical, sin lesiones ocupantes, isquémicas o hemorrágicas. Se estudia en extrasistema con RNM de cerebro que informa hiperintensidad de sustancia blanca en lóbulo parietal derecho y atrofia de este mismo.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Se aborda como demencia tipo Alzheimer y se despeja diagnóstico con psiquiatría de síndrome de Capgras y Fregoli.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: El síndrome de Capgras es infrecuente, presente en menos del 1% de la población. Más infrecuente es que se presente en etapas iniciales de un cuadro de demencia. Generalmente aparece en etapas finales de la enfermedad. Esto se puede explicar por los múltiples modelos etiopatogénicos y su asociación a otras patologías neuropsiquiátricas.

**PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS Y
ADULTOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA:
RELACIÓN CON PANDEMIA COVID-19**

Eduardo Flores Casco (1). Arturo Roizblatt S. (2) Nicole Grossman K.(3)

(1) Médico, Programa Salud Mental, CESFAM Cristo Vive, Santiago, Chile.

(2) Médico Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría Oriente. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. (3) Residente de Psiquiatría Adultos, Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Un estudio en el que se comparó la prescripción de psicofármacos en el año de inicio de la pandemia, y los años previos, demostró un aumento significativo en la prescripción de psicotrópicos en todos los grupos etarios. En este estudio, se propone evaluar la modificación de prescripciones de psicofármacos en pacientes pediátricos y adultos en un Centro de Atención Primaria de la Región Metropolitana de Santiago, Chile, entre los períodos prepandemia, durante y pospandemia Coronavirus-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio transversal observacional. Se revisaron todas las prescripciones de psicofármacos indicadas a pacientes por grupos etarios y se estudió el porcentaje de prescripciones por periodo. Se construyó el intervalo de confianza para la media del porcentaje de prescripciones de psicofármacos en los años prepandemia, y se compararon los valores de los años 2020 en adelante, con ese periodo. Se estudió la distribución de prescripciones a psicofármacos y se evaluó la asociación entre cada periodo mediante el test de chi-cuadrado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La pandemia de SARS-CoV-2, generó un aumento estadísticamente significativo del porcentaje de prescripciones de psicofármacos en pacientes adultos: prepandemia (93,02%), pandemia (97,44%) y pospandemia (94,85%). En pacientes pediátricos el porcentaje de prescripciones era mayor en prepandemia (6,98%) y disminuye en pandemia (2,56%) y pospandemia (5,15%). El monitoreo de la prescripción de psicofármacos en relación a la pandemia, en este estudio, mostró modificaciones que pueden ser de interés, al ser un indicador confiable que podría evidenciar aumento de enfermedades psiquiátricas, lo que facilitaría el desarrollo de estrategias de salud pública.

DISCUSIÓN: En pacientes adultos el porcentaje de prescripciones de los años 2020 en adelante se encuentran fuera del intervalo de confianza, no así en pacientes pediátricos.

**“ABDOMEN AGUDO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE NEFRITIS
INTERSTICIAL EN ADOLESCENTE”**

Sebastián Ignacio Fournies Aracena, Agustín Andrés Echeverría Gianelli,
Roberto Ignacio Appelgren Neira,
Médicos EDF, Hospital de Fresia, Llanquihue

INTRODUCCIÓN: El Abdomen Agudo (AA) es un síndrome clínico de presentación frecuente en los Servicios de Urgencias, que traduce irritación peritoneal e implica descartar patología quirúrgica asociada. Dentro de las causas más frecuentes está la Apendicitis Aguda, lo cual obliga a tomar una conducta activa para una resolución quirúrgica oportuna.

En general se pueden dividir en causas inflamatorias/infecciosas, hemorrágicas y obstructivas.

A continuación, se presenta un caso clínico de una adolescente con Nefritis bilateral que presenta como manifestación inicial dolor abdominal agudo.

CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 19 años, con antecedentes de Asma Bronquial controlada, consulta en el Servicio de Urgencia por dolor abdominal de dos días de evolución, asociado a náuseas y vómitos, de intensidad progresiva a nivel periumbilical y en fosa iliaca derecha. Al examen físico destacó signos de irritación peritoneal, por lo cual se sospecha Apendicitis Aguda, siendo derivada al hospital de mayor complejidad para eventual resolución quirúrgica.

En dicho centro se indica una Tomografía Computada (TC) de Abdomen y Pelvis con contraste que arroja: nefritis bilateral multifocal. En los exámenes destacó creatinina 2.42 mg/dl, sin elevación de parámetros inflamatorios. Se inicia tratamiento antibiótico empírico para Pielonefritis Aguda.

DISCUSIÓN: El AA es causado frecuentemente por alguna patología inflamatoria/infecciosa subyacente que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia.

La nefritis es un compromiso inflamatorio del riñón, frecuentemente asociado a infección urinaria en mujeres jóvenes, aunque poco frecuente como manifestación inicial con dolor abdominal.

El estudio con imagen es de vital importancia a la hora de definir conducta.

CONCLUSIÓN: El AA es un síndrome que en ocasiones pudiera ser la primera manifestación de patologías de resolución médica. El caso clínico presentado pretende reforzar la amplitud en el diagnóstico diferencial al momento de enfrentarse a un adolescente con dolor abdominal.

**ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS
Y SU RELACIÓN CON CÁNCER COLORRECTAL.**

Agustín Andrés Echeverría Gianelli, Roberto Ignacio Appelgren Neira,
Sebastián Ignacio Fournies Aracena
Médicos EDF, Hospital de Fresia, Llanquihue

INTRODUCCIÓN: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad ampliamente reconocida por sus consecuencias que van desde embolias sépticas, falla valvular, sepsis y muerte. Entre los microorganismos que generan esta enfermedad destaca el *Streptococcus gallolyticus* (ex *S. bovis*) por su amplia asociación con el cáncer colorrectal. Se presenta un caso real con el objetivo de conocer esta relación Bacteremia - EI - cáncer colorrectal.

CASO CLÍNICO: Hombre 58 años, antecedente de HTA. Consulta por dolor cervical de 1 me, asociado a fiebre y sudoración nocturna. Ex. Físico normal. Exámenes Hb 10.8, PCR 113, VHS 77. Se deriva al Hospital de Puerto Montt para descarte de espondilodiscitis cervical, la cual se confirma con RNM de columna cervical. Dentro del estudio paciente con hemocultivos con *S. gallolyticus* y con ecocardiograma con vegetación sobre válvula aortica nativa (VAo), evaluado por coloproctología se indica colonoscopia, con resultado pendiente.

DISCUSIÓN: La EI por *S. gallolyticus* es un marcador de riesgo de cáncer colorrectal incluso en pacientes asintomáticos. La asociación entre ambas enfermedades es ampliamente reconocida y está descrita desde el año 1978 cuando se describió una serie de pacientes con bacteremia por *S. bovis* y su relación con patología gastrointestinal especialmente cáncer colorrectal. A partir de estos estudios se ha hecho cada vez más conocida esta asociación, llegando a diferenciar el riesgo según biotipo del *S. bovis*, siendo el biotipo 1 (*S. gallolyticus*) el de mayor riesgo.

Si bien la causa no está claramente precisada, se plantea que la relación entre el tumor y el *S. gallolyticus* podría tener ser por la sobreexpresión de colágeno tipo IV y la capacidad de este patógeno para adherirse a él.

Por lo tanto, es fundamental conocer esta relación para buscar activamente cáncer colorrectal en pacientes con EI por *S. gallolyticus*.

**DERMATOMIOSITIS EN UNA URGENCIA DE BAJA COMPLEJIDAD.
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Sebastián Ignacio Fournies Aracena (1), Roberto Ignacio Appelgren Neira (1),
Martín Mellado Medina (2)
(1) Médicos EDF, Hospital de Fresia, Llanquihue
(2) Médico EDF, CESFAM Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La dermatomiositis es una miopatía inmunomediada caracterizada por debilidad de musculatura proximal y por presentar lesiones cutáneas típicas. Se presenta el caso de una mujer de 21 años que desarrolla una dermatomiositis grave.

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años, sin antecedentes, acude a urgencias por historia de 2 semanas de dolor lumbar y de extremidades, asociado a edema de ambos tobillos, disnea y debilidad de miembro inferior izquierdo. Además, destaca eritema heliotropo y signo del pistolero. Al laboratorio presenta CK 8572, GOT 612, GPT 384. Se maneja con hidratación abundante y se deriva. En Hospital Base se confirma diagnóstico de dermatomiositis, ANA (+) 1:80 en patrón granular AC-4,5, panel de miositis con NXP-2 (+), se descarta neoplasia. Recibe metilprednisolona, con mala evolución, se indica inmunoglobulinas con respuesta parcial, evoluciona con falla ventilatoria requiriendo VMI y manejo en UPC. Posteriormente evolución favorable luego de larga hospitalización.

DISCUSIÓN: La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria que presenta lesiones cutáneas patognomónicas (pápulas de Gottron y eritema heliotropo), además de eritema violáceo pruriginoso asociado al signo del pistolero. Su prevalencia es de 1-6 / 100.000 adultos en USA, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (2:1) y entre los 40 y 60 años, por lo que el caso de nuestra paciente sería poco común. El anticuerpo NXP-2 se asocia a miopatía severa y un riesgo elevado de neoplasia en adultos, justificando estudio completo. El tratamiento suele requerir manejo asociado de corticoides y otros inmunosupresores, siendo el rituximab usado como 2 línea y las inmunoglobulinas intravenosas cuando este último falla.

CONCLUSIÓN: La dermatomiositis es una enfermedad con signos clínicos característicos, que en adultos requiere descartar presencia de neoplasias y puede tener una evolución grave que requiere el uso de múltiples inmunosupresores.

**PAPILOMATOSIS LARÍNGEA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN
SUPRAGLÓTICA SEVERA INFANTIL**

**Sebastián Ignacio Fournies Aracena, Roberto Ignacio Appelgren Neira,
Agustín Echeverría Gianelli,
Médicos EDF, Hospital de Fresia, Llanquihue**

INTRODUCCIÓN: La papilomatosis laríngea está dentro de los tumores benignos más frecuentes en niños, pero su clínica inespecífica y lenta progresión puede hacer que pase desapercibida. Se presenta a un niño de 13 años con una presentación tardía y una obstrucción supraglótica grave en una consulta ambulatoria en hospital de baja complejidad.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 13 años, con antecedentes de trisomía 21 y cardiopatía operada, presenta historia de disnea progresiva de 1 mes, asociada a estridor las últimas 2 semanas, ortopnea e hiperextensión del cuello al estar sentado. Inicialmente evaluado en policlínico del Hospital de Fresia, ante sospecha de obstrucción de vía aérea se solicita radiografía de cavum que evidencia aumento de partes blandas a nivel supraglótico. Se deriva a urgencias para manejo inicial y luego a Hospital base para manejo definitivo. Es evaluado por otorrinolaringología con nasofibroscopia que describe epiglotis con aumento de volumen sugestivo de papilomatosis con obstrucción parcial de 50% de lumen glótico. Posteriormente evoluciona con mayor apremio respiratorio, requiriendo intubación y manejo en UPC.

DISCUSIÓN: Las obstrucciones supraglóticas crónicas son poco frecuentes en niños. Su evolución puede ser poco sintomática y por ende requerir un mayor índice de sospecha para evitar progresiones graves. La papilomatosis laríngea es una enfermedad de origen viral, causada por el virus papiloma humano. La disfonía progresiva, suele ser un signo temprano de esta enfermedad. En formas proliferativas, puede presentar disnea, observándose un estridor progresivo durante semanas o meses, tal como ocurrió en este caso.

CONCLUSIÓN: Conocer diagnósticos diferenciales sobre causas de obstrucción supraglótica permite aumentar el índice de sospecha en casos como este. La importancia de una historia clínica detallada, examen físico y radiografía, fueron elementos determinantes en la conducta relacionada a este paciente.

**MIOPERICITOMA, DIAGNOSTICO DERMATOLÓGICO INFRECUENTE Y
DIFERENCIAL DE ANGIOQUERATOMA, PRESENTACIÓN DE CASO.**

Eliseo Andrés Fuentes Foncea (1), Karla Fernanda Hott Schultz (2)

(1) Médico EDF, Hospital de Porvenir

(2) Dermatóloga, Hospital Clínico de Magallanes

INTRODUCCIÓN: El angioqueratoma es una anomalía vascular benigna, frecuente, sin distribución específica, única o múltiples, caracterizada por pápulas, hiperqueratósicas o acantósicas de color rojo oscuro o negro e indoloras. El miopericitoma es un tumor de partes blandas perivascular, muy infrecuente con distribución acral, papulonodular, frecuentemente dolorosa y asociada a tejido vascular. Siendo frecuente la patología dermatológica en Atención Primaria de Salud (APS) y de difícil manejo para el médico cirujano, se presenta un caso típico de una enfermedad subdiagnosticada con sus las claves diagnósticas y diferenciales entre ambas patologías.

CASO CLÍNICO: Usuario masculino de 50 años, con antecedente de dislipidemia tratada con rosuvastatina 20mg y sin alergias. Acude nuevamente a APS, posterior a múltiples consultas en las que se sospechó nevus rubí, granuloma telangectásico hemangioma profundo y malformación vascular (derivándose con este diagnóstico a dermatología). Es evaluado con cuadro de 6 años evolución de lesión nodular rojo oscura hiperqueratósica, vitro presión positiva de 10*10mm dolorosa en cara lateral del antebrazo izquierdo, reincidente a sección autorrealizada con importante sangrado. Por su evolución se sospecha angioqueratoma realizándose escisión en losanjo con electrocoagulación basal.

Resultado anatomopatológico destaca lesión 7mm, sin márgenes comprometidos, actina sm(+++), desmin a(-) CD34(-) y S100(-), compatible con miopericitoma.

CONCLUSIONES: Las consultas dermatológicas más frecuentes en APS son dermatitis atópica, seborreica y pañal, acné, psoriasis, exantemas y lesiones cutáneas únicas/aisladas. Las lesiones cutáneas son un desafío para el médico general al considerar su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Por lo anterior, destacamos en este caso, el color, vitro presión e importante sangrado para sospechar tumor/malformación vascular y, el dolor a la palpación como el síntoma principal para diferenciar entre miopericitoma y tumor/malformación vascular. Por último, la presencia de actina sm, y ausencia de CD34 corroboran la hipótesis diagnóstica con predominio de músculo liso por sobre desarrollo vascular.

**DESARROLLO DE TRASTORNO NARCISISTA MALIGNO EN CONTEXTO
DE DISFUNCIÓN FAMILIAR Y DISFORIA DE GÉNERO, UNA MIRADA
DESDE EL CICLO VITAL EN APS**

**José Francisco Fuentes Constenla (1), Jaime Hernán Alarcón Sandoval (2),
David Antonio Branada Godoy (1) Felipe Sánchez Jaña (3),
(1) Médico, CESFAM Violeta Parra, Chillán
(2) Médico EDF, CESFAM Violeta Parra, Chillán
(3) Psicólogo, CESFAM Violeta Parra, Chillán.**

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El trastorno narcisista de la personalidad es caracterizado por un patrón de grandiosidad, necesidad de atención y admiración, las relaciones interpersonales superficiales y la falta de empatía. Sus datos epidemiológicos están mal definidos, se estima una prevalencia entre 0 y 2.2% siendo en general más prevalente en hombres. Destacan dentro de sus comorbilidades los trastornos del ánimo, de ansiedad y uso de sustancias. Las hipótesis sobre su patogénesis refieren una interacción entre factores genéticos biológicos y psicosociales, siendo todos ellos aún inconsistentes en su evidencia. El narcisismo maligno es un subtipo grave, también definido como un paso intermedio hacia el trastorno antisocial. Se caracteriza por añadir tendencias antisociales, paranoides, sádicas y de automutilación. El objetivo del trabajo es presentar el desarrollo de un trastorno narcisista maligno, en contexto de comorbilidades psiquiátricas y en la etapa de desarrollo de la personalidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza seguimiento a una paciente femenina de 17 años con antecedentes de intento autolítico y autolesiones desde los 12 años. Testigo y víctima de violencia intrafamiliar (VIF), maltrato desde los 9 años. El padre consumo alcohol y drogas. Se pesquisan síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno de ansiedad generalizada. Se inicia dosis escalada de Sertralina hasta 150 mg. Transcurren nuevos episodios autolíticos impulsivos, se agrega Risperidona 1 mg. Aparecen síntomas de disforia de género, sin embargo, evoluciona sin identificarse como trans masculino, sino como bigenero. Se presentan nuevos episodios de autolesiones con intención suicida al igual que crisis de ansiedad, se agrega clonazepam 5 mg diarios y se aumentó Sertralina a 200 mg. Se añaden alteraciones sensorio-perceptivas, auditivas que le incitan a hacerse daño ella u a terceros destacando episodio en donde se encuentra con un cuchillo en la mano a punto de atacar a su madre. Se pesquisa especial interés sobre personajes con conductas sádicas, así como también por la taxidermia. Se deriva por sospecha primer brote esquizofrenia, evaluada por psiquiatra quien descarta, planteando trastorno de personalidad límite y/o narcisista maligno, disfunción familiar y disforia de género. Se disminuye sertralina 150 mg, se aumenta risperidona a 2mg, se agrega lamotrigina 100 mg y quetiapina hasta 100 mg. Posteriormente se cambia risperidona por aripiprazol 10 mg. Episodio de heteroagresión, mata a uno de sus gatos ahorcándolo, justificando que estaba enfermo. No existe sensación de culpa ni empatía al respecto. Se exacerban alucinaciones auditivas que la juzgan por el acto. En la actualidad se reconoce como trans masculino, aunque rechaza el proceso de tránsito. Mejora paulatinamente el ánimo y los fenómenos alucinatorios.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: El trastorno de personalidad narcisista, subtipo maligno, conlleva dificultades en su diagnóstico debido a las distintas clasificaciones que destacan o desestiman ciertas características psicológicas, entendiéndose que existen subconjuntos de pacientes con distintos perfiles, donde se hace relevante la inclusión de la experiencia y el funcionamiento psicológico del individuo más que el cumplimiento de determinados criterios. Si bien los factores de su patogenia no son claros, y los datos epidemiológicos no son precisos, existen factores de riesgo en etapas claves del desarrollo de la estructura de la personalidad que nos pueden guiar hacia su pronta sospecha y manejo desde el seguimiento en APS.

**GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA E INSUFICIENCIA
CARDÍACA AGUDA: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE
GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA**

Catalina Patricia Hermosilla Fica, **Fabiola Andrea Gajardo Hardy**, Valeria Andrea Benítez Vidal
Médicas Cirujanas, Hospital Intercultural Kallvu Llanka, Cañete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La glomerulonefritis aguda postinfecciosa (GNAP) es una lesión inflamatoria de predominio glomerular y patogenia inmune desencadenada por gérmenes variados. Es propia de la edad infantojuvenil y la presentación rápidamente progresiva es infrecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: Datos obtenidos de ficha clínica. Se presenta caso de adolescente femenina, 14 años, que cursa con GNAP rápidamente progresiva asociada a edema pulmonar agudo, constatándose disfunción miocárdica sin alteración estructural, hematuria y proteinuria en rango nefrótico. Al examen físico destaca edema de extremidades inferiores, lesiones tipo impétigo en abdomen y extremidades, cuyos cultivos resultan positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible y *Globicatella sanguinis*. Se pesquisan títulos de Antiestreptolisina O elevados e hipocomplementemia. Requirió manejo con ventilación mecánica, dobutamina, antibióticos, bomba de infusión continua de furosemida, labetalol y nifedipino, además de corticoesteroides en bolos. Ecocardiograma de control demuestra recuperación de función cardíaca y función renal retorna a su basal. Persiste hipertensa, en manejo con losartán.

DISCUSIÓN: La aparición de la GNAP suele ocurrir 1 a 2 semanas tras infecciones faríngeas, 4 a 6 semanas tras infecciones cutáneas y en formas no estreptocócicas, se desarrolla en forma simultánea; la anamnesis debe ir dirigida a pesquisar antecedente de infecciones, recordando que gran variedad de microorganismos pueden producir GNAP, incluyendo virus, hongos y parásitos. La forma más frecuente de presentación de la GNAP es el síndrome nefrítico agudo, siendo menos frecuentes la oliguria (menos del 50% de los casos), proteinuria en rango nefrótico (menor al 4%) y la presentación rápidamente progresiva (menor al 0,5%), todas presentes en el caso descrito. En el enfrenamiento inicial se debe tener alto nivel de sospecha para orientar correctamente el manejo, considerando siempre la posibilidad de presentación de formas infrecuentes. Además, se debe realizar seguimiento cercano ante la eventual aparición de complicaciones como enfermedad renal crónica o hipertensión arterial.

**TRATAMIENTO DEL BRUXISMO CON TOXINA BOTULINICA.
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Matías García R. (1), Valentina Saavedra U. (2), Catalina Leal S. (3)

(1) Odontólogo EDF, CESFAM la Higuera,

(2) Médico EDF, CESFAM la Higuera

(3) Médico EDF, CESFAM Dr. Eduardo Ahués, Maipú, RM

INTRODUCCIÓN: El bruxismo es una actividad repetitiva de los músculos masticatorios caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o por tensión en la mandíbula. No siempre es posible identificar un único factor etiológico del bruxismo, pero sí se conocen algunos factores de riesgo, como la ansiedad y el estrés, los trastornos del estado de ánimo y/o del sueño, la toma de determinados fármacos, como antidepresivos y antipsicóticos, el abuso de alcohol o drogas. En las últimas dos décadas se han realizado varios estudios para investigar la eficacia de la toxina botulínica para reducir el bruxismo nocturno.

OBJETIVOS: Evaluar el uso de la toxina botulínica en el tratamiento del bruxismo, analizando sus indicaciones, ventajas y desventajas.

MATERIAL Y MÉTODO: Búsqueda en PubMed con los términos libres “Bruxism” AND “Botulinum Toxin”. Criterios de inclusión: Artículos científicos publicados en revistas ISI entre los años 2000-2023, en idioma inglés. Criterios de exclusión: Estudios con enfoque en estética facial.

RESULTADOS: Se encontraron 50 artículos científicos, que abarcaban estudios clínicos y revisiones bibliográficas.

DISCUSIÓN: Los músculos masetero, temporal y pterigoideo medial son los músculos que elevan la mandíbula y están implicados en el fenómeno para fisiológico del bruxismo. Después de la inyección, tanto la evaluación subjetiva (cuestionarios y EVA) como la evaluación objetiva (PSG y EGM) muestran una mejoría en los síntomas y el estado de contracción muscular. La participación de más sitios o más grupos de músculos (por lo tanto, una dosis final más alta) conduce a resultados mejores y más duraderos, al menos durante el primer mes de acción.

CONCLUSIÓN: La toxina botulínica surge como una solución terapéutica viable, especialmente en el caso de pacientes que no cumplen bien o que no han notado una mejoría de los síntomas tras otros tratamientos con métodos convencionales.

**USO DE FIBRINA RICA EN PLAQUETAS Y LEUCOCITOS (L-PRF) COMO
COADYUVANTE POSTERIOR A EXODONCIA DE TERCEROS MOLARES:
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Matías García R. (1), Valentina Saavedra U. (2), Catalina Leal S. (3)

(1) Odontólogo EDF, CESFAM la Higuera,

(2) Médico EDF, CESFAM la Higuera

(3) Médico EDF, CESFAM Dr. Eduardo Ahués, Maipú, RM

INTRODUCCIÓN: El L-PRF es un derivado de la sangre que se obtiene mediante una técnica de centrifugación que preserva las células sanguíneas, plaquetas y leucocitos en una matriz de fibrina tridimensional.

La extracción de terceros molares es un procedimiento quirúrgico odontológico común. A su vez, los terceros molares impactados, se han relacionado con diversas afecciones como pericoronaritis, reabsorción radicular, enfermedad periodontal, caries, quistes y tumores. Se han propuesto técnicas para ayudar con la reparación y evitar futuras complicaciones, entre ellas, el uso de L-PRF.

OBJETIVOS: Revisar la literatura sobre los efectos del L-PRF en la reparación y manejo de complicaciones posterior a la extracción de terceros molares.

MATERIAL Y MÉTODO: Búsqueda en PubMed con los términos libres “L-PRF[TIAB] AND (Third molar OR Wisdom tooth)”. Criterios de inclusión: Artículos científicos publicados en revistas ISI entre los años 2010-2024, en idioma inglés. Criterios de exclusión: Estudios sobre usos de L-RPR en implantología, estudios con uso de otros elementos diferentes al L-PRF.

RESULTADOS: Se encontraron 13 resultados, que abarcaban estudios clínicos y revisiones bibliográficas.

DISCUSIÓN: Existen diferentes publicaciones que sugieren una contribución positiva del L-PRF en el proceso de reparación del tejido post-extracción, apoyando así el uso de este material autólogo como un método eficaz y prometedor en el ámbito clínico, destacando por liberar cantidades significativas de citoquinas y factores de crecimiento. No obstante, los resultados son controversiales, existiendo artículos que no avalan su uso.

CONCLUSIÓN: El L-PRF se destaca por liberar cantidades significativas de citoquinas y factores de crecimiento, proporcionando beneficios directos para la reparación, regeneración y vascularización del tejido. Sin embargo, la evidencia aún es limitada siendo necesario más estudios que avalen su uso de manera sistémica.

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON
VILDAGLIPTINA EN UN CESFAM METROPOLITANO
TRAS SU INCORPORACIÓN EN LA CANASTA
DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Antonia Isabel Garib Serrano, Andrea Cristina Saba Atuez, Moisés Jahir Rojas Gallardo
Médicos EDF, CESFAM Santa Anita, Lo Prado, Santiago

INTRODUCCIÓN: La vildagliptina es un hipoglicemiante oral perteneciente a la familia de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4), es un medicamento seguro, con bajo riesgo de hipoglicemia. Incorporado en octubre 2022 a la canasta GES de diabetes mellitus 2, su uso se encuentra regulado por el Ord. 3916. Los criterios de inclusión para su uso son: Personas con diagnóstico de diabetes mellitus 2, mayor a 65 años, y con diagnóstico de enfermedad renal crónica (VFG < 60 ml/min/1.73). En nuestro medio se encuentra disponible desde octubre 2023.

OBJETIVOS: Analizar a los pacientes que iniciaron terapia con vildagliptina en los últimos 6 meses en un CESFAM Metropolitano

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo retrospectivo. Se analiza base de datos obtenida desde los registros de farmacia del CESFAM, de vildagliptina indicada entre octubre 2023 y marzo 2024.

RESULTADOS: Se indicó vildagliptina a 19 pacientes en este período. El 63% mujeres, con edad promedio de 74 años. El 31.6% de los pacientes tienen ERC etapa 4, 21.1% 3B, y 42.1% 3A. El 52% utilizaba insulina al momento del inicio. Las principales indicaciones fueron: Diabetes descompensada (31.6%), reemplazar la metformina en pacientes con VFG disminuida (31.6%), y pacientes que ya la utilizaban previamente, pero la compraban.

DISCUSIÓN: La vildagliptina es beneficiosa por su muy bajo riesgo de hipoglicemia, su bajo costo comparado con otros antidiabéticos y su buena biodisponibilidad. Se recomienda preferirla en pacientes adultos mayores frágiles, de IMC límite bajo y VFG disminuida. En este centro es un medicamento subutilizado, pese a la alta prevalencia de Diabetes y ERC, por lo que es fundamental estudiar las barreras en su uso, junto a la implementación de estrategias de educación y difusión.

**TUMORES APENDICULARES: EXENTERACIÓN ANTERIOR PÉLVICA
POR INFILTRACIÓN VESICAL Y UTERINA EN PACIENTE
JOVEN EMBARAZADA**

Christopher Pablo Hantsch Roa (1), Gustavo Javier Montesinos Abujatum (2), Jorge Ignacio Escarate Lorca (2), **Ángela Margarita González Yáñez (3)**, Barbara Constanza Araneda González (4)

(1) Becado Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile.

(2) Cirujano Coloproctólogo, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(3) Becada Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile.

(4) Interna de Séptimo año de Medicina, Universidad de O'Higgins.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los tumores apendiculares representan al 0,5% de las neoplasias gastrointestinales. La presentación puede variar desde un hallazgo incidental, posterior resolución quirúrgica en urgencias hasta grandes masas pélvicas. Estudios revelan que 0,9% al 1,4% de las apendicectomías de urgencia son secundarias a neoplasias. Su pronóstico y manejo dependen de la histología, tamaño tumoral y compromiso a órganos distantes. El objetivo de este estudio, es presentar un caso de tumor apendicular mucinoso, en paciente joven embarazada, con compromiso uterino, vesical, ureteral y su manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso clínico femenino 28 años, dentro de controles prenatales, se constata masa abdominal pericólica derecha. reporta adenocarcinoma de probable origen digestivo. Resonancia magnética de abdomen y pelvis sin contraste, describe masa en fosa iliaca derecha y supravesical de 10 x 8 x 14 cm, neoplasia de origen mucinoso, con compromiso de ciego, colon ascendente y cúpula vesical. Estudio de laboratorios destaca CEA 14.9, AFP, Ca 125, Ca19-9 normales. Dado tamaño, en coordinación con equipo de obstetricia, se decide interrupción de embarazo a las 34 semanas, el cual transcurre sin incidentes y se programa para hemicolecotomía derecha.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Masa pélvica pétreo que compromete, vejiga, útero y anexos. Acceso a espacio de retzius, compromiso cúpula vesical y pared anterior de útero. Rectosigmoides no comprometido. Se realiza histerectomía. junto a Urología; se define cistectomía radical. Se diseña conducto ileal con 20 cm de íleon terminal formación tipo Bricker. Confecciona ileotransverso anastomosis latero-lateral manual isoperistáltica. Biopsia post quirúrgica muestra Adenocarcinoma aserrado con componente mucinoso grado uno, 10 x 7 x 7 cm, con invasión de vejiga y útero. Score de brote tumoral Alto. Margenes (-). 0/23 linfonodos, sin metástasis.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO: Caso infrecuentes en la literatura, requiriendo manejo multidisciplinario desde el hallazgo en pre-natal, hasta el manejo intraoperatorio. Se logran márgenes oncológicos independiente del tamaño tumoral.

ESCLEROSIS TUBEROSA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía Isidora Guíñez Torres (1), Catalina Andrea Cifuentes Trujillo (1),
Mario Andrés Puentes Soto (2),
(1) Médicas EDF Hospital de Pichilemu,
(2) Médico APS Hospital de Pichilemu

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Tuberosa (ET) es un síndrome neurocutáneo hereditario autosómico dominante con una amplia variedad fenotípica, provocada por mutación en los genes TSC-1 y TSC-2 implicados en el mecanismo de supresión de tumores. Su incidencia es de 1/6.000-1/10.000 nacidos vivos. Se caracteriza por el compromiso multisistémico de la aparición de tumores benignos tipo hamartomas principalmente en la piel, cerebro, corazón, ojos, riñones y pulmones, y se asocia a trastornos neuropsiquiátricos. La expresividad de la ET es variable debido al mosaicismo y a los modificadores genéticos-epigenéticos.

CASO CLÍNICO: Se presenta caso de paciente sexo masculino de 9 años diagnosticado con esclerosis tuberosa en Nueva Zelanda hace 4 años en seguimiento por especialistas, quien inicia controles en Hospital Pichilemu. Madre nacionalidad chilena y padre neozelandés adoptado, sin consanguinidad ni antecedentes familiares. Paciente sin antecedentes perinatales ni neonatales, en el aspecto físico destaca lesiones hipopigmentadas difusas y lesiones angiomasas en mejillas. Desarrollo psicomotor y neurológico normal, sin episodios convulsivos.

Evaluado por oftalmología, neurocirugía, neurología, cardiología, nefrología y genetista infantil.

En estudios realizados destaca ecografía renovesical con quiste cortical renal derecho de 0.8 cm e imagen nodular isoecogénica de 0.8 cm renal izquierda. Resonancia magnética (RNM) cerebral con múltiples túberes en foco frontal derecho, ventricular frontal izquierdo y cerebelo izquierdo. RNM médula espinal, cintigrama renal, fondo de ojo, electrocardiograma y ecocardiograma sin alteraciones. Genetista sugiere iniciar estudio genético por sospecha de mutación de novo.

CONCLUSIÓN: La ET es una patología hereditaria poco frecuente, pudiendo presentar origen hereditario familiar conocido o mutaciones de novo, ésta última representa aproximadamente el 80% de los casos. Habitualmente se diagnostica durante la infancia presentando una triada clásica con convulsiones, discapacidad intelectual y angiofibromas faciales, sin embargo, ésta se produce en menos de un tercio de los pacientes. Dada su amplia variedad de manifestaciones clínicas y gravedad, requiere una alta sospecha clínica para diagnosticar.

**“CUANDO LA TUBERCULOSIS INVADE: REPORTE DE CASO
EXTRAPULMONAR COMO MENINGITIS TUBERCULOSA”**

Paula Belén Gutiérrez Espinoza (1), Carlos Felipe Arellano Butikofer (2), Dominique Pascale Perramont Dezerega (3), Maximiano Andrés Puga Mamut (4), Javiara Andrea Salgado Torres (5)

(1) Médica APS, CECOSF Los Lobos La Gloria, Talcahuano

(2) Médico APS, CECOSF 8 de mayo, Talcahuano

(3) Médica EDF, CESFAM Dr. Luis Lozic Pérez, Talcahuano

(4) Médico APS, CESFAM Los Cerros, Talcahuano

(5) Médica, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales

INTRODUCCIÓN: La Tuberculosis, es una enfermedad infectocontagiosa transmitida por *Mycobacterium tuberculosis*, se manifiesta principalmente a nivel pulmonar, sin embargo, entre 1 a 5% se podría presentar a nivel del sistema nervioso central, entre ellas la Meningitis Tuberculosa, ésta es la forma de presentación más letal, incapacitante y presenta un desafío al momento del diagnóstico. El siguiente caso evidencia el diagnóstico y las manifestaciones clínicas de la Meningitis Tuberculosa:

CASO CLÍNICO: Paciente sexo femenino 68 años con antecedentes mórbidos de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, consulta por cuadro de compromiso del estado general, cefalea holocraneana progresiva, náuseas, vómitos, temblores generalizados, inestabilidad en bipedestación y disartria. Es evaluada en unidad de urgencias por Neurología e ingresa por síndrome atáxico. Se toma neuroimagen que impresiona romboencefalitis. Se toma punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo, compatible con meningitis, por lo que se inicia tratamiento empírico ampliado. Film Array negativo. A las 24 horas de iniciado el tratamiento evoluciona con posterior quiebre clínico, con episodio febril. Se toma nueva punción lumbar, con estudio GeneXpert para Tuberculosis, siendo este último positivo. Se inicia tratamiento antituberculoso con dosis fija combinada con Rifampicina, Isonicida, Pirazinamida y Etambutol, además se inicia Dexametasona. Se mantuvo en unidad de paciente crítico, con necesidad de ventilación mecánica. Evolucionó con tetraplejía por polirradiculitis tuberculosa. Posteriormente se presenta con mejoría clínica y de laboratorio, sin nuevas complicaciones. Evoluciona de manera favorable en domicilio. Se realizan sesiones de kinesioterapia motora y fonoaudiología, logrando recuperación motora total.

CONCLUSIÓN: La Meningitis Tuberculosa es una complicación grave de la tuberculosis extrapulmonar, en este caso subraya los desafíos en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, destacando la importancia del diagnóstico temprano y el manejo multidisciplinario para lograr una recuperación completa y evitar complicaciones devastadoras.

**ABSCESO HEPÁTICO GIGANTE COMO PRESENTACIÓN
DE HEPATOMEGALIA**

Catalina Patricia Hermosilla Fica, Fabiola Andrea Gajardo Hardy, Valeria Andrea Benitez Vidal, Lukas Antonio Canales Guzmán
Médicos EDF, Hospital de Cañete

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hepatomegalia es un signo clínico habitual. Dentro de sus causas está la patología infecciosa, congestiva, colestásica, infiltrativa, entre otras. Entre las infecciosas, puede presentarse como hepatomegalia generalizada como es el caso de las hepatitis, o con lesiones focalizadas, como por ejemplo los quistes, y los abscesos. Éstos últimos se pueden originar en contexto de enfermedad biliar, vía portal, hematógena, o directa. La presencia de enfermedad biliar subyacente se da dentro de un 40 a 60% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODO: Datos obtenidos de ficha clínica electrónica. Femenina de 33 años, rural, sin antecedentes conocidos. Historia de 3 meses de evolución de dolor y aumento de volumen abdominal en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, y fiebre. Exploración física reveló la presencia de gran masa bajo reborde costal derecho, blanda, sensible, y dolorosa. Ecografía abdominal demostró gran lesión quística, 17 x 20 centímetros de diámetro, sugerente inicialmente de hidatidosis. Exámenes de laboratorio cursaron con alza de parámetros inflamatorios y patrón colestásico. Se manejó inicialmente con antibioterapia biasociada endovenosa y antiparasitario. Se realizó exploración quirúrgica vía laparotomía abierta, evidenciando un quiste gigante de 20 x 27 centímetros aprox, que drenó 3.800 cc de pus intraquístico. Biopsia describió lesión cavitada necrotizante supurativa concordante con absceso y cultivo del contenido supurativo resultó positivo para *Citrobacter freundii*. Tras manejo quirúrgico y antibioterapia dirigida paciente evolucionó de manera favorable siendo dada de alta posteriormente.

DISCUSIÓN: Es importante estudiar todo paciente que presente hepatomegalia. Dentro del estudio inicial están las pruebas de funcionalidad hepática y la imagenología, donde el estudio de elección es la ecografía o tomografía computarizada abdominal. Por su accesibilidad muchas veces se elige la ecografía abdominal como estudio inicial. Ante la sospecha de una lesión de posible etiología infecciosa, se debe iniciar rápidamente terapia empírica y gestionar evaluación por especialidad para definir necesidad de manejo quirúrgico.

**IMPORTANCIA DE ESTUDIO DE HEMATURIA PERSISTENTE EN
CONTEXTO DE CASO DE CÁNCER RENAL A PROPÓSITO DE UN CASO**

Johana Hernández Torrealba, Nathali J. Romero Patiño, Viviana Rapetta Rodríguez
Medicas Generales, Cesfam Las Torres Peñalolen,

INTRODUCCIÓN: hipernefroma es un tipo de cáncer renal que se origina en las células del túbulo contorneado proximal. En Chile, representa el 2,7% de todos los cánceres, con una tasa de incidencia de 5,6 casos por 100.000 habitantes. Es más frecuente en hombres y se presenta principalmente entre los 60-70 años. Los factores de riesgo incluyen tabaquismo, obesidad e hipertensión. El diagnóstico precoz es clave, ya que en etapas tempranas el tratamiento quirúrgico puede ser curativo. En etapas avanzadas, se utilizan terapias sistémicas dirigidas.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de larga data. Acude al servicio de urgencia con un cuadro clínico de 12 horas de evolución, caracterizado por disuria, hematuria, retención aguda de orina y dolor abdominal en hipogastrio, con puño percusión positiva en fosa renal izquierda. A su ingreso, se realizó la instalación de una sonda vesical, evidenciando un gasto franco hemático de aproximadamente 550 ml. A pesar del drenaje vesical, el paciente persistía con dolor, siendo derivado a un centro de atención secundaria para exámenes complementarios. Los estudios revelaron una caída en la tasa de filtración glomerular (51 ml/min) y creatinina elevada (1.4 mg/dl). La (PieloTac) mostró una masa renal izquierda de 25 mm x 45 mm compatible con hipernefroma o carcinoma de células renales localmente avanzado, con infiltración de los senos renales y coágulos en la vía urinaria y lumen vesical, sin evidencia de diseminación a distancia. Ante estos hallazgos, se decidió una nefrectomía total por el equipo de urología para la resolución del carcinoma renal localmente avanzado. Actualmente, el paciente está en estudios para definir próximas terapias.

DISCUSIÓN: Este caso resalta la importancia de estudiar exhaustivamente la hematuria en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, ya que estas comorbilidades aumentan el riesgo de desarrollar neoplasias urológicas, como el hipernefroma o carcinoma de células, en el caso del paciente mencionado presento hematuria de larga data evidenciadas en orinas completas revisadas en ficha crónica del paciente por 12 meses aproximadamente sin estudios pertinentes hasta el momento de la complicación, En pacientes con estas comorbilidades, la hematuria debe abordarse con prontitud, ya que puede ser un signo temprano de neoplasias urológicas. Una evaluación completa, incluyendo estudios de imagen y pruebas de laboratorio, es crucial para un diagnóstico preciso y un manejo adecuado mejorando el pronóstico de la enfermedad.

**TUBERCULOSIS GANGLIONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE
NÓDULO CERVICAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO,
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Tomás Rodolfo Hodali Cabrera (1), Francisco Javier Morales Arriagada (2)
(1) Médico EDF, Hospital Dr. Eduardo González Galeno de Cunco, Región de La Araucanía
(2) Médico EDF, Hospital de Queilen

INTRODUCCION: Las adenopatías cervicales son una causa frecuente de consulta en el ámbito pediátrico, en gran medida por la aprehensión que genera en los padres, dentro de sus causas existe una amplia variedad de causas, siendo las infecciosas una de las principales. En este trabajo se aborda la tuberculosis (TB) ganglionar como diagnóstico diferencial a partir de un caso. La TB pulmonar es el tipo más común de TB en niños, sin embargo, la presentación extrapulmonar representa entre el 30-40% de los casos, pudiendo presentarse en una gran variedad de sitios anatómicos. En varios reportes la TB ganglionar intra y extratorácica es la presentación más frecuente de TB extrapulmonar en niños, siendo la ubicación cervical una de las predominantes. La sospecha diagnóstica es fundamental para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

MATERIAL Y MÉTODO: Trabajo corresponde a reporte de caso en el cual se describe caso clínico de paciente femenina de 4 años edad que consulta por aumento de volumen cervical de 3 meses evolución.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Paciente femenina de 4 años edad consulta de forma ambulatoria por cuadro de aumento de volumen cervical único de 3 meses evolución, sin sintomatología agregada, al examen se describe lesión redondeada blanda de 1.5 cm diámetro a nivel cervical izquierdo. Dentro de estudio laboratorio hemograma sin leucocitosis, sin elevación VHS. Se indica tratamiento antiinflamatorio sin mejoría, posteriormente tratamiento antibiótico sin respuesta clínica, por lo que se decide realizar biopsia de lesión que determina: linfadenitis crónica con hiperplasia linfoide de tipo reactiva, tinción Zhiel Neelsen y Kin Youn elementos bacterianos alcohol ácido resistente (BAAR) sin reacción tisular. Al interrogatorio dirigido padres refieren que profesora de jardín habría presentado TB el año previo a la consulta. Se deriva paciente a nivel terciario de salud para seguimiento equipo tuberculosis donde se complementa estudio de muestra con PCR mycobacterium tuberculosis complex: negativo, Quantiferon TB: negativo, Baciloscopia de expectoración: negativa, cultivo Koch expectoración: negativa. Test VIH: negativo. Dado hallazgo histológico e historia de exposición, se define tratamiento con cuatriterapia, paciente con buena evolución clínica durante el tratamiento, asintomática del punto de vista sistémico y respiratorio. Dado buena evolución dada de alta de programa TB.

DISCUSION Y COMENTARIOS: La TB ganglionar puede presentarse como una primoinfección o reflejar una reactivación de infección previa. El estudio microbiológico y/o anatómopatológico a través de PAAF o biopsia es fundamental para certificar el diagnóstico, siendo la PAAF el método ideal por su costo efectividad y seguridad. Es necesario mantener una alta sospecha clínica para un estudio diagnóstico y tratamiento oportuno, sobre todo adenopatía subaguda o crónica, sin respuesta a tratamiento antiinflamatorio y antibiótico, sumado sospecha de posible contacto con fuente TB. La implementación de la vacuna BCG y de la búsqueda activa de enfermos siguen siendo un punto relevante para lograr el control de esta patología a nivel de comunidad.

**INFARTO ESPLÉNICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR
ABDOMINAL EN SERVICIOS DE URGENCIA,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Tomás Rodolfo Hodali Cabrera (1), Francisco Javier Morales Arriagada (2)

(1) Médico EDF, Hospital Dr. Eduardo González Galeno de Cunco, Región de La Araucanía

(2) Médico EDF, Hospital de Queilen, Chiloé

INTRODUCCION: El dolor abdominal sigue siendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencia de nuestro país y debido a sus múltiples causas significa un desafío al momento de plantear el diagnóstico causal. En el presente trabajo se aborda el infarto esplénico como diagnóstico diferencial de dolor abdominal a partir de un caso. El infarto esplénico es una causa rara de dolor abdominal, caracterizado por dolor abdominal de inicio agudo-subagudo localizado en hemiabdomen izquierdo, habitualmente en personas con antecedente de: desorden hematológico, hipercoagulabilidad, trauma abdominal o enfermedad tromboembólica. Las dos principales causas son tromboembolismo y enfermedades mieloproliferativas.

MATERIAL Y MÉTODO: Trabajo corresponde a descripción de caso clínico, donde se describe caso de paciente masculino de 54 años edad que consulta por cuadro de dolor abdominal en servicio urgencias del Hospital de Cunco.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Paciente masculino de 54 años, con antecedente tabaquismo y consumo problemático de OH suspendido hace 5 años, consulta por cuadro de dolor abdominal de 3 semanas evolución con intensificación hace 7 días asociado a vómitos aislados, sin diarrea, sin fiebre, sin hematoquezia. Al examen normotenso, normocárdico, quejumbroso, afebril, abdomen con leve distensión, doloroso en flanco izquierdo con resistencia muscular. Laboratorio sin elevación parámetros inflamatorio, perfil hepático normal. Se deriva paciente a hospital de mediana complejidad para estudio con TC que evidencia: signos de hepatopatía crónica, leve ascitis, signos de infarto esplénico y contenido hipodenso en ventrículo izquierdo. Se Hospitaliza en dicho centro para estudio y manejo con HBPM asociado a analgesia. Evoluciona de forma favorable, con buena respuesta a tratamiento. Destaca en estudio complementario: hemocultivos negativos, ecocardiograma que evidencia signos de insuficiencia cardiaca con FEVI 20%, hipoquinesia difusa, sin signos de endocarditis infecciosa ni trombos intracavitarios. Dado buena evolución se indica alta y seguimiento ambulatorio por cardiología.

DISCUSION Y COMENTARIOS: El infarto esplénico es una causa rara de dolor abdominal y se debe mantener dentro de los posibles diagnósticos diferenciales al momento de afrontar estos pacientes. Dentro del estudio inicial el laboratorio es inespecífico y puede presentar leucocitosis y LDH elevada. El estudio con imágenes es imperativo, siendo la TC con contraste endovenoso el método de elección en el cual se puede ver áreas hipodensas en forma de cuña que no realzan al contraste. Se debe estudiar y descartar dirigidamente las causas originarias con énfasis en patología tromboembólicas y enfermedades mieloproliferativas. El manejo es principalmente de la causa subyacente, siendo el manejo conservador lo más habitual y el manejo quirúrgico en casos de complicación como hemorragia, abscesos, ruptura esplénica o aneurisma.

**CIRUGÍA MENOR, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ACCESIBLES EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. HOSPITAL COMUNITARIO DE
PORVENIR, TIERRA DEL FUEGO**

Francisca Dayane Lavin Flores (1), Eliseo Andrés Fuentes Foncea (2)

(1) Odontóloga EDF, Hospital de Porvenir

(2) Médico EDF, Hospital de Porvenir

INTRODUCCIÓN: El Hospital Comunitario de Porvenir cuenta únicamente con médicos generales y se encuentra situado en Tierra del Fuego, Región de Magallanes, derivándose al Hospital Clínico de Magallanes (HCM) en caso de requerir biopsias o procedimientos quirúrgicos que realiza un dermatólogo/a para toda la región. La cirugía menor (CM) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos, realizados en piel y anexos o tejido subcutáneo con anestesia local o troncular, pudiendo incluir una evaluación anatómo patológica; esta prestación en la atención primaria de salud (APS) brinda acceso a procedimientos muchas veces realizados por cirujana/os o dermatólogo/os. El presente estudio, describe las CM realizadas en el transcurso del año 2023 en el Hospital de Porvenir.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo de pacientes sometidos a CM entre enero y diciembre 2023 en el Hospital Comunitario de Porvenir. Estadística realizada por Excel 365 con datos demográficos, procedimientos y diagnóstico clínico-patológico

RESULTADOS: Se realizaron 32 CM el 2023, 62% hombres, edad 49 +16 años, 56% presentaron enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), tiempo de espera promedio 62 +26 días, realizándose 15 resección, 5 quistectomías, 5 onisectomías totales y 4 parciales y 2 lipomectomía, presentando 2 procedimientos con complicaciones. El resultado anatómo patológico se entregó a 69 +6 días del procedimiento con 90% de correlación clínico-patológica.

DISCUSIÓN: Las CM dieron solución principalmente a fibromas blandos y patología ungueal sin complicaciones en población con ECNT que no serían evaluadas en atención secundaria. Se resolvió únicamente patologías benignas con excelente correlación clínico anatómo patológica con tiempos de espera para atención y entrega de informe aceptables, los cuales disminuyeron progresivamente durante el transcurso del año. Se propone ampliar el estudio para evaluar el beneficio de la población y descongestión de procedimientos del HCM al realizar mayor variedad y cantidad de cirugías menores, considerando la escasas de dermatólogo/os y tiempos prolongados de esperas.

**INUSUAL PRESENTACIÓN DE SCHWANNOMA VESTIBULAR CON
COMPROMISO DE MÚLTIPLES PARES CRANEALES.
REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO**

**Francisca Dayane Lavín Flores (1), Francisco Gamboa Silva (2), Iván González Yáñez (3),
Patricio Alejandro Barraza Egaña (4)**

(1) Cirujana Dentista EDF, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir

(2) Cirujano Máxilo Facial, Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas

(3) Otorrinolaringólogo, Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas

(4) Médico EDF, Hospital Marco Chamorro Iglesias, Porvenir

INTRODUCCIÓN: Los schwannomas son tumores benignos conformados por las vainas de mielina que revisten los nervios. Un sitio de presentación habitual es cabeza y cuello, destacando una mayor frecuencia en el nervio vestibular (VIII), facial (VII), vago (X) y trigémino (V). La falta de sospecha diagnóstica y la gran variedad de síntomas locorregionales secundarios a la compresión de estructuras por el crecimiento del tumor, retrasan el diagnóstico y tratamiento de esta patología. El presente trabajo expone un caso inusual de Schwannoma por su variedad de síntomas/extensión, tratado quirúrgicamente con resolución completa de la patología y parcial de síntomas.

CASO CLÍNICO: Usuario masculino 59 años recluso, consulta en urgencias por cuadro de 6hrs de evolución de dolor paroxístico (durante los últimos 2 años, duraba entre 30-90min), hemifacial izquierdo, fulgurante, EVA10/10, al que se asocia hace 6 meses a parestesia, paresia completa e hipoacusia izquierda y disfagia lógica de sólidos pequeños. Se realizó tomografía computarizada y resonancia magnética que muestran tumor de 44*40*32mm, originado en el espacio masticatorio, alcanzando fosa craneal media, espacio pterigopalatino y parafaríngeo, comprometiendo el V, VII, VIII y X par craneal izquierdo.

Se realiza resección de tumor con técnica de abordaje webber Ferguson en maxilar izquierdo, sin complicaciones. Histopatológicamente destaca S100(+) y SOX-10(+) compatible con schwannoma. Posterior a la cirugía el presidiario es controlado al 1er, 3er y 6to mes post operatorio, con disminución progresiva de la paresia hemifacial izquierda y disfagia ilógica; persistiendo con hipoacusia neurosensorial leve e inadecuación del sonido.

CONCLUSIONES: Los schwannomas son tumores que pueden comprometer importantes elementos en el área máxilo facial llegando a comprimir múltiples estructuras con afección neurológica. Por lo cual, la sospecha diagnóstica y estudio imagenológico son imprescindibles para un tratamiento precoz, mejorando así el pronóstico, calidad de vida y disminuyendo la morbilidad quirúrgica de los usuarios.

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL MELANOMA: REPORTE DE UN CASO

Katherine Dolymer Licón Rivas (1), *Leunam Manuel Oropeza Leal (2)*

(1) *Médico General, CECOSF Todos los Santos, Villarrica*

(2) *Médico General, CECOSF Dr. Maximino Beltran Mora, Lautaro*

INTRODUCCIÓN: El melanoma es un tipo de cáncer de piel agresivo, que se origina de los melanocitos, células productoras de melanina. En el presente trabajo, se busca el análisis detallado de la evolución de un caso de melanoma, con el objetivo de comprender mejor su progresión y tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino quien presenta lesiones de piel con una evolución mayor a 5 años, las cuales fueron progresiva, con sangrado intermitente, lo que hace acudir a la consulta. Es derivado al policlínico de cirugía cabeza y cuello, donde se realiza biopsia de las lesiones confirmando Melanoma Ulcerado.

OBJETIVOS: Analizar la evolución del melanoma en un caso clínico específico, Identificar factores de riesgo y características clínicas asociadas. Metodología: Se llevo a cabo un estudio retrospectivo en el que se recopiló y analizaron los datos clínicos, histológicos y seguimiento de un paciente con melanoma.

DISCUSIÓN: Los resultados obtenidos muestran una progresión significativa del melanoma, destacando la importancia de la detección temprana y el seguimiento continuo de esta enfermedad.

CONCLUSIÓN: Este estudio relata la complejidad del melanoma y la necesidad de un enfoque multidisciplinario en su manejo. Se enfatiza en la importancia de la educación y detención temprana del melanoma.

**REPORTE DE UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA Y
MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR CONSUMO CRÓNICO DE COCAÍNA**

*Daniel Malambo R., Barbara Sthefany Carrillo Moreno, Leisa Belisario S., Holger Cepeda Zambrano
Médicos APS, CESFAM Bicentenario, Renca*

INTRODUCCIÓN: La miocardiopatía dilatada es una enfermedad cardíaca caracterizada por la dilatación y el debilitamiento del miocardio, específicamente del ventrículo izquierdo. El consumo de cocaína puede desencadenar y agravar esta condición debido a sus efectos tóxicos directos sobre el corazón. La cocaína aumenta la actividad del sistema nervioso simpático y provoca vasoconstricción, lo que conduce a un aumento en la presión arterial y a una reducción del flujo sanguíneo al músculo cardíaco.

CASO CLÍNICO: Femenina de 47 años, con antecedentes mórbidos de fibromialgia quien acude a CESFAM el 03/08/23 por tos productiva de 15 días de evolución. Se observa lectura elevada de la presión sanguínea, pero no se confirma HTA. ECG: hemibloqueo anterior izquierdo, onda T positivo AvR, negativo V4-V6. Se indica loratadina. 20/08/23, paciente acude a SAR por tos productiva y disnea, refiere tratarse con terapia homeopática, pero sin buenos resultados. Se diagnosticó Bronquitis Aguda y se indica Prednisona + Salbutamol y Azitromicina. 27/08/23 consulta en SAR por persistencia de los síntomas respiratorios a pesar de haber cumplido tratamiento, RX Tórax: Aumento de trama parahiliar por lo que se sospecha Bronquitis Crónica. Por lo cual solo se extiende tratamiento con Prednisona. 02/09/23 consulta en SAR por presentar accesos de tos seca y disnea a medianos esfuerzos. Concomitante refiere disuria, polaquiuria y edema de EEII por lo cual diagnostican como Cistitis e indican Flavoxato. 06/09/23 paciente acude a CESFAM por disnea, edema en EEII, dolor torácico, palpitaciones e ictericia. Refiere consumo de cocaína hasta hace un año. RX Tórax: Cardiomegalia, sin focos de condensación, ECG: Taquicardia sinusal, Intervalo QT Prolongado, Sospechan Insuficiencia Cardíaca, inician Furosemida y se deriva a SU del Hospital Félix Bulnes. 14/09/23 paciente acude a control post alta, durante estadía intrahospitalaria es diagnosticada con Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía Dilatada FEVI no especificada. Inician Espironolactona y Furosemida, actualmente paciente en manejo por cardiología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La miocardiopatía dilatada por consumo de cocaína es una condición cardiovascular grave que se caracteriza por la dilatación del ventrículo izquierdo y disfunción sistólica, lo que puede llevar a ICC y muerte súbita. Los pacientes pueden presentar síntomas como fatiga, disnea, tos húmeda, ortopnea, edema periférico y palpitaciones. El diagnóstico se realiza mediante ecocardiografía, que revela la dilatación ventricular y la disfunción cardíaca. El tratamiento incluye la suspensión del consumo de cocaína, inicio de IECA, los betabloqueantes y diuréticos. Por lo cual es de destacar que no toda tos es de etiología respiratoria, y los médicos deben considerar la posibilidad de una causa cardiogénica, especialmente en pacientes con antecedentes de abuso de cocaína y signos de disfunción cardíaca. Realizar un enfoque integral en la evaluación de la tos crónica, que incluya una evaluación de la función cardíaca para evitar diagnósticos erróneos y proporcionar un manejo adecuado de las condiciones subyacentes.

**DERMATITIS HERPETIFORME COMO MANIFESTACIÓN DE
ENFERMEDAD CELIACA**

Pablo Esteban Mardones Gacitúa (1), Lissette Elizabeth Ritz Stuardo (2),
César Alberto Aleuy Vera (2),
(1) Médico General, Centro de Salud Familiar Carampangue, Arauco
(2) Médicos EDF, Hospital San Vicente de Arauco

INTRODUCCION: La dermatitis herpetiforme (DH) es una enfermedad ampollar crónica autoinmune de base genética, considerada una manifestación cutánea de la enfermedad celíaca (EC). Ambas condiciones comparten aspectos genéticos y etiopatogénicos, que conducen a alteraciones cutáneas e intestinales que mejoran con una Dieta Libre de Gluten (DLG). La DH se caracteriza por la presencia de lesiones pápulo-vesiculosas, intensamente pruriginosas, de distribución simétrica en las superficies de extensión de miembros y región sacra. Considerando su concomitancia, resulta importante tener presente DH como diagnóstico diferencial de patologías cutáneas.

PRESENTACION DEL CASO: Hombre de 48 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus Insulinorrequiriente, Hipotiroidismo. Sin antecedente de Alergias. Consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 1 mes de evolución de lesiones de base eritematosas coronadas por vesículas y pápulas confluentes, ubicados en ambos codos, zona genital, cervical, y rodilla derecha, asociado a intenso prurito que cede parcialmente con antihistamínicos. Niega uso de nuevos fármacos o cambios recientes, no se identifican contantantes agudos, niega fiebre. Se sospecha Dermatitis Herpetiforme, se solicita estudio laboratorio que muestra Anticuerpos anti transglutaminasa IgG e IgA positivos y Anticuerpos anti péptidos deaminados de gliadina IgA e IgG positivos. Paralelamente se presenta caso vía Plataforma de Tele dermatología donde se concuerda con la sospecha diagnóstica. Es derivado a evaluación presencial con Dermatología y Gastroenterología para completar estudio y manejo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: El diagnóstico preciso de la DH importa porque el tratamiento requiere cambios considerables y permanentes en la dieta. El objetivo inicial del tratamiento es la resolución del prurito y lesiones cutáneas con el uso de fármacos como dapsona. El control a largo plazo requiere DLG estricta permanente, ya que tanto la enteropatía como la erupción cutánea dependen del gluten. El manejo debe estar a cargo de especialistas, dermatólogo y gastroenterólogo, y una nutricionista especializada que supervise la DLG.

**MELANOMA UNGUEAL EN APS:
UN DIAGNÓSTICO CONTRA EL TIEMPO**

Pablo Esteban Mardones Gacitúa (1), César Alberto Aleuy Vera (2),
Felipe Ignacio Carrasco Castillo (3)

(1) Médico General, Centro de Salud Familiar Carampangue, Arauco

(2) Médico EDF, Hospital San Vicente de Arauco

(3) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Carampangue

INTRODUCCION: El melanoma es el tumor maligno de piel más agresivo, con capacidad de dar metástasis linfáticas y hemáticas, y causa el 90 % de muertes asociadas a este tipo de tumor. El melanoma acral lentiginoso es el subtipo más común de melanoma en las razas no caucásicas. Se diagnostica con menor frecuencia en estadios tempranos respecto al melanoma lentigo maligno y el de extensión superficial, probablemente por un comportamiento biológico más agresivo, presentación clínica distinta o dificultad para detectar las lesiones por estar ocultas a la vista durante la vida cotidiana. La detección precoz y el alto índice de sospecha son fundamentales para el diagnóstico, etapificación y tratamiento oportuno, donde el médico de APS tiene un rol fundamental.

PRESENTACION DEL CASO: Mujer de 80 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad Renal Crónica IIIb, consulta por lesión ungueal primer dedo mano izquierda 3 meses de evolución, inicia como lesión oscura en la base que se extiende a distal, luego hiperqueratósica, exofítica y sangrante, comprometiendo totalmente la lámina ungueal. Sin adenopatías axilar. Se solicita evaluación mediante plataforma de Teledermatología, concuerda sospecha de Melanoma Ungueal. Se deriva a Dermatología donde realizan biopsia incisional que resulta: Melanoma invasor hasta la dermis reticular.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: El melanoma ungueal es un subgrupo del melanoma acral lentiginoso que, debido a su diagnóstico difícil y tardío, tiene mal pronóstico. A medida que el melanoma crece, ocasiona onicodistrofia, que puede manifestarse como fisuras o alteraciones en la textura del plato ungueal, y cuando el tumor tiene progresión vertical llega a ser sangrante o supurante, además de destruir total o parcialmente el plato ungueal. Su detección precoz y manejo por especialidad resulta fundamental para mejorar pronóstico.

**DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DEL MAIS A NIVEL PRIMARIO
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

José Mayoral Hormazábal (1), Ricardo Javier Salvador Miguez (2)

(1) Médico Cirujano, PSR Agua Buena

(2) Médico Cirujano, CESCOSF San Fernando

INTRODUCCIÓN: El Modelo Integral de Salud (MAIS) en implementación en Chile se define como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna enfocado en las personas más que en las enfermedades.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 43 años, acude a Posta de Agua Buena, a principios de 2024 por cuadro de 3 meses de evolución de astenia y debilidad muscular generalizada.

Refiere atenciones en Hospital San Fernando, desde el año 2021 por cáncer colorrectal, intervenido en agosto de ese año mediante polipectomía. La anemia secundaria al cuadro fue tratada con sulfato ferroso. Se mantuvo en control con gastroenterólogo evidenciando variaciones de los valores de hemoglobina, y hemorragia oculta en deposiciones negativas, obligando a buscar diagnósticos diferenciales. A principios de 2023, dada la persistencia de la anemia, se plantea el diagnóstico de enfermedad celiaca, el que se descarta posteriormente. Su seguimiento en el hospital se interrumpe a mediados de 2023 por falta de especialista en el establecimiento.

El examen físico de la paciente y los exámenes hematológicos solicitados, corroboran la hipótesis diagnóstica de una anemia ferropriva y un examen de hemorragias oculta positivo plantea la hipótesis que exista una recidiva del cáncer colorrectal diagnosticado en 2021.

DISCUSIÓN: Es evidente que el modelo vigente adolece de serias deficiencias en su implementación, al no asumir los distintos niveles de atención las responsabilidades asignadas, con el consiguiente perjuicio para la población a cargo. Se requiere una mayor y efectiva articulación entre la atención de los niveles primario, secundario y terciario para satisfacer oportunamente las necesidades reales de las personas.

**VÓLVULO GÁSTRICO:
PRESENTACIÓN A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO DEL HFRZ**

José Mayoral Hormazábal (1), Ricardo Javier Salvador Miguez (2)

(1) Médico Cirujano, PSR Agua Buena, San Fernando

(2) Médico Cirujano, CECOSF San Fernando

INTRODUCCIÓN: El vólvulo gástrico se define como la torsión del estómago que puede producirse en torno al eje longitudinal (organoaxial) que corresponde a dos tercios de los casos y a lo largo del eje vertical (mesenteroaxial) que abarca el tercio de los casos restantes.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 67 años con antecedentes de Hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Hernia Diafragmática acude a urgencias por segunda vez luego de que el día anterior rechazó hospitalización después de haber sido derivado del CESFAM por haber consultado por un cuadro persistente de 4 días de evolución de dolor abdominal postprandial y vómitos en reiteradas ocasiones. Paciente vuelve al día siguiente nuevamente por persistencia del cuadro clínico. En el scanner se reconoció una gran hernia diafragmática izquierda conteniendo al estómago volvulado y atelectasias de pulmón izquierdo. Se decide la hospitalización para su resolución quirúrgica mediante laparotomía exploradora se realiza una devolvulación progresiva con aspiración de contenido gástrico logrando la identificación del saco herniario diafragmático extenso, exéresis de saco redundante, hemostasia-pexia anterior de estómago y cierre de pared. Finalmente se realiza pleurostomía izquierda.

DISCUSIÓN: El vólvulo puede ser órgano-axial en 59% de los casos, o vólvulo mesentérico axial sobre el eje perpendicular a las curvaturas mayor y menor que puede ser secundario a una hernia diafragmática.

Es una patología quirúrgica de difícil diagnóstico por su expresión inespecífica y presentación que requiere una acción rápida por el alto riesgo de morbimortalidad a la que está expuesto.

La tríada de Borchardt si bien puede orientarnos un diagnóstico, puede carecer de alguno de sus componentes (dificultad de entrada de sonda nasogástrica), siendo necesario un estudio complementario como la endoscopia alta (visión del rodete de torsión) en la llegada del diagnóstico final.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL COMO EJE DE SALUD FAMILIAR EN POBLACIÓN CON DEPENDENCIA MODERADA – SEVERA PAD (PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA) EN CESFAM PADRE JOAN ALSINA, SAN BERNARDO

Nora Margarita Mendoza Martínez, Jerry Enrique El Yamel Vera
Médicos Generales, CESFAM Padre Joan Alsina, San Bernardo

INTRODUCCIÓN: En el marco de la atención de pacientes con dependencia moderada a severa, los trastornos de salud mental son cruciales para el mantenimiento del bienestar de los pacientes. La mirada de salud familiar y la estrategia ECICEP consideran estos trastornos como esenciales para el cuidado integral de los pacientes, sus cuidadores y el entorno familiar.

Objetivo: El objetivo es caracterizar las problemáticas de salud mental en la población con dependencia moderada a severa que recibe atención domiciliaria en el CESFAM Padre Joan Alsina de San Bernardo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se emplearon datos de la plataforma digital IRIS Salud y del censo semestral de pacientes en el PAD, centrándose en diagnósticos de salud mental. Se consideraron variables como edad, sexo y estado de los diagnósticos.

Resultados: De 308 pacientes con dependencia moderada a severa en el programa de atención domiciliaria, 135 tenían diagnóstico confirmado de patologías de salud mental. Esto incluía 78 casos de demencia (26 hombres, 52 mujeres), 22 de trastornos depresivos (6 hombres, 16 mujeres), 23 de trastornos de ansiedad y 7 de trastornos adaptativos. De los pacientes con diagnóstico de salud mental, 135 estaban en tratamiento farmacológico activo por repetición de receta, sin embargo, no recibían controles en los tiempos y por los profesionales establecidos según las guías ministeriales.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: Pese a la importancia de los trastornos de salud mental, el CESFAM Joan Alsina falla al darle seguimiento al 43% de los pacientes PAD que tiene diagnósticos relacionados a alteraciones de salud mental. Esto pudiera deberse a que cuenta con pocas horas de profesionales para dicho programa, como psicólogos, asistentes sociales y médicos.

CONCLUSIONES: Es fundamental contar con profesionales capacitados en salud mental de forma permanente en los equipos, por lo que debe contarse con la disponibilidad de recursos necesarios para dar cobertura a la salud mental de los pacientes del PAD, ya que se debe trabajar con un equipo multidisciplinario para la prevención, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

**DESPRENDIMIENTO DE RETINA HEREDITARIO:
SÍNDROME DE STICKLER, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ilma Olga Mariana Molina Burgos (1), Catalina Troncoso J. (2), María José Toledo A. (2)

(1) Médica EDF, Hospital de Corral, Valdivia

(2) Internas de Medicina, Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Stickler es una patología rara y poco conocida considerada una colagenopatía hereditaria autosómica dominante. Los criterios diagnósticos incluyen oftalmopatías (miopía, desprendimiento de retina y cataratas), características orofaciales, síntomas auditivos y artropatías. La importancia del diagnóstico precoz radica en buscar prevenir activamente las secuelas irreversibles que puede generar a edades tempranas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente femenino de 9 años de edad, que acude a servicio de oftalmología derivada desde servicio de urgencia por pérdida de agudeza visual. A la biomicroscopia se objetiva un desprendimiento de retina regmatógeno no traumático en el ojo izquierdo, por lo que es intervenida con cirugía convencional, fotocoagulación y posteriormente vitrectomía. En el ojo derecho también se observan cambios miópicos vítreo-retinianos, por lo que se realiza y fotocoagulación retiniana profiláctica. La paciente presenta discretas características faciales como puente nasal ancho y leve retrognatia, sin alteraciones auditivas ni esqueléticas manifiestas al momento. Además, destaca antecedente de padre y hermano con baja visión o ceguera de etiología no precisada.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: La importancia de conocer y reconocer esta entidad diagnóstica radica que edades tempranas se presenta la oportunidad de realizar intervenciones que prevengan secuelas irreversibles. El diagnóstico diferencial incluye otras entidades que cursan con desprendimiento de retina precoz, así como otras enfermedades propias del colágeno. La asesoría genética es fundamental para los pacientes y sus familias.

**ENDOFTALMITIS ENDÓGENA COMO COMPLICACIÓN DE SEPTICEMIA
EN RELACIÓN A CATÉTER VENOSO CENTRAL PARA QUIMIOTERAPIA**

Ilma Olga Mariana Molina Burgos (1), Matías Pinochet R. (2)

(1) Médica EDF, Hospital de Corral, Valdivia

(2) Médico EDF, CESFAM La Granja, Santiago.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La endoftalmitis endógena (EE) es una infección intraocular grave y poco frecuente que representa una causa potencial de ceguera. Se produce como resultado de la diseminación hematógena de la infección desde un foco extraocular.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente masculino de 66 años de edad con antecedentes de cáncer de recto en neoadyuvancia, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 no insulino-requiere. Usuario de catéter para quimioterapia consulta en servicio de urgencia por dolor permanente en ojo derecho de un día de evolución, asociado a disminución de agudeza visual. Sin antecedente de traumas ni síntomas sistémicos. Inicialmente diagnosticado como uveítis metabólica se maneja con prednisolona en colirio. Paciente consulta al día siguiente por persistencia del dolor. Se constata edema palpebral superior e inferior significativo, quemosis y ojo con Hipopión 100%. Se diagnóstica EE y se inicia tratamiento empírico con Vancomicina, Ceftazidima y Fluconazol endovenoso. En hemocultivo se aísla *S. pneumoniae* por lo que se ajusta terapia antibiótica. Paciente evoluciona con síndrome febril, pero sin otro foco de alojamiento de la infección al estudio de diseminación. Paciente evoluciona satisfactoriamente, no obstante, pierde visión total de ojo derecho.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: La EE es una de la infección grave que representa sólo el 6-8% de todas las endoftalmitis. Se manifiesta de manera unilateral en el 75-88% de los casos. La identificación precoz de la EE es a menudo un desafío diagnóstico, especialmente cuando su debut es previo a otros síntomas de la infección sistémica. A pesar de recibir tratamiento agresivo la EE se asocia un pobre pronóstico visual, determinado por la elevada virulencia de los organismos asociados, la inmunocompetencia del huésped y el diagnóstico inicial dificultoso.

**MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS DEL PSEUDOTUMOR
CEREBRI A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ilma Olga Mariana Molina Burgos (1), Matías Pinochet R. (2)

(1) Médica EDF, Hospital de Corral, Valdivia

(2) Médico EDF, CESFAM La Granja, Santiago.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El pseudotumor cerebri o hipertensión intracraneal idiopática (HICI) es un síndrome neurológico caracterizado por síntomas y signos de hipertensión intracraneal sin evidencia de lesión estructural o de hidrocefalia. Es más frecuente en mujeres, con obesidad y/o con irregularidades del ciclo menstrual.

Las manifestaciones oftalmológicas son variables, incluyendo disminución de la agudeza visual, escotomas y fopsias así como diplopía. Incluso puede provocar ceguera irreversible.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de paciente femenino de 18 años de edad, con antecedentes de depresión severa y obesidad grado 3, que es derivada a Oftalmología por cefalea de 1 año de evolución, intermitente, que se exacerba en períodos de estrés, asociada a percepción de disminución agudeza visual no objetivada y ocasionales períodos de fotofobia y entopsias. Al examen oftalmológico sin signos claros de papiledema. Dada sintomatología poco clara se decide realizar tomografía de coherencia óptica (OCT) que evidencia aumento de compromiso de capa nerviosa y discreto edema de nervio óptico. Campo visual Goldman, evidencia aumento de mancha ciega de ambos ojos.

Se deriva a Neurología que descarta patología intracraneal y realiza Punción Lumbar, que confirma diagnóstico.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: Hasta en el 90% de los casos son mujeres con una edad media de 31 años. La HICI tiene una etiología desconocida. Solamente la obesidad y el incremento de peso se han relacionado estadísticamente. Una de sus principales características es la gran variabilidad de la severidad de sus síntomas. Se han descrito cuatro formas de presentación: 1) aparición de síntomas de hipertensión intracraneal: cefalea, náuseas, vómitos, diplopía; 2) instauración aislada de síntomas visuales, entopsias, disminución de la agudeza visual; 3) coexistencia de síntomas de hipertensión intracraneal y visuales, y 4) descubrimiento de un papiledema aislado en un examen oftalmológico de rutina.

**MANEJO DE HIPERPLASIA ENDOTELIAL PAPILAR (TUMOR DE
MASSON) ORAL DURANTE PANDEMIA DE COVID-19 :
REPORTE DE CASO.**

Gustavo Ignacio Moraga R (1), Francisca Opazo V. (2)

(1) Odontólogo EDF, Hospital de Chanco

(2) Odontóloga EDF, Hospital Huepil

INTRODUCCIÓN: Durante la pandemia por covid 19 muchos procedimientos medico quirúrgicos debieron ser suspendidos o adaptados a la nueva realidad que enfrentaba el sistema de salud chileno. Se limitó la necesidad de la atención presencial sobre todo en los pacientes con alto riesgo de presentar cuadros más graves a causa de un posible contagio de covid-19.

CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de un adulto mayor de 79 años con antecedentes mórbidos de diabetes mellitus, glaucoma (ceguera), obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial, el cual acude por lesión tumoral de 3 meses de evolución en comisura izquierda, de 1 cm de diámetro, base pediculada, color violáceo, vitopresión negativa, no doloroso, sensación de ardor en la zona e incomodidad para alimentarse y hablar debido a la localización de la lesión.

En coordinación con el departamento de Patología Oral de la Universidad de Talca, se toma la decisión de realizar una biopsia excisional. Considerando el riesgo al que significaba exponer al paciente al ambiente hospitalario durante la primera ola de contagios, es que se realiza la biopsia durante una visita domiciliaria adaptando las dependencias del usuario para realizar el procedimiento quirúrgico. El diagnóstico histopatológico dio como resultado una Hiperplasia endotelial papilar intravascular o tumor de masson.

COMENTARIO Y DICUSIÓN: La hiperplasia endotelial papilar intravascular (HEPI) es una lesión vascular benigna poco común en la cavidad oral, no neoplásica, que consiste en una rara proliferación endotelial reactiva, comúnmente localizada en la piel y en los tejidos subcutáneos de cabeza y cuello, dedos, tronco y venas cutáneas. Es importante conocerlo por su similitud histopatológica con el angiosarcoma y por la posibilidad de confundir el diagnóstico clínico, lo que podría ocasionarle al paciente recibir tratamientos agresivos innecesarios.

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE LACTANCIA MATERNA LATCH.
EXPERIENCIA PILOTO**

Catalina Gallardo Saldaña (1), **Rodrigo Fernando Moreno Salinas (2)**,
Francisco Jiménez Armaroli (3), José Macías Velásquez (3), Aracely Sandoval Cid (4)
(1) Matrona Hospital de Rengo,
(2) Médico Hospital Rengo y Hospital Dr. Franco Ravera Zunino
(3) Médico Hospital de Rengo,
(4) Fonoaudióloga, Chile Crece Contigo-Rengo

INTRODUCCIÓN: La validación de la escala LATCH (Jensen et al, 1994) al castellano se hizo el 2008 por Báez et al., pero aun es motivo de observaciones sobre su utilización y no es un instrumento de uso regular en nuestro país. Sin embargo, parece un instrumento objetivo y rápido de usar en puerperio, para focalizar el apoyo de la lactancia materna. Objetivos. Se aplica en forma piloto y se evalúa su utilidad clínica en una maternidad de mediana complejidad.

MATERIAL Y MÉTODO: El primer trimestre 2024 se aplicó la escala de LATCH a 34 recién nacidos (RN) según conveniencia a puérperas de un solo hijo, en las primeras 12 horas de vida, y el puntaje obtenido se interpreta la necesidad de intervención por categorías como dificultad importante (IMP 0-3), moderada (MOD 4-8) o situación óptima (SIN 9-10) que determino acciones clínicas de apoyo y relleno (APO) e intervención de Fonoaudióloga de lactancia del Chile Crece Contigo (FONO) y se compara con la proporción de baja de peso del primer y segundo día de vida (%BPD1 y %BPD2). Se describen y comparan las categorías en porcentajes y las características maternas y del recién nacido. Se evalúan la correlación de Pearson (r), entre las categorías con los %BP y características consideradas.

RESULTADOS: El porcentaje de casos y su promedio puntaje LATCH según categorías de riesgo en IMP 8,8% con 2,7 puntos, MOD 61,8% con 6,8 puntos y SIN 29,4% con 9,2 puntos. Estos grupos obtuvieron %BPD1 y %BPD2 5,2-4,9-3,9 y 6,9-7,4-4,9 respectivamente, con APO 66,7%-33,3%-10% y FONO 100%-23.8%-0% respectivamente. Se obtuvo una alta correlación significativa pero negativa entre los casos categorizados y el %BPD1 con $r = -0,87$ y está pierde correlación con él %BPD2 con $r = 0,37$. Las variables tanto maternas como del recién nacido se presentan, pero por el tamaño de la muestra solo señalan tendencias. Todos los RN que participaron se dieron de alta al segundo día de vida con lactancia materna exclusiva (LME).

CONCLUSIONES: Se pudo identificar 8,8% de RN que fueron intervenidos proporcionalmente permitiendo su alta con LME. La facilidad de aplicación en alrededor de 30 minutos, permitiría masificar su uso en puerperio y evaluar a futuro su impacto en prevenir hospitalizaciones o el uso de fórmulas en recién nacidos. A mediano plazo

**EL PORCENTAJE DE SEXO MASCULINO EN GESTANTES OBESAS
CHILENAS Y MIGRANTES**

Rodrigo Fernando Moreno Salinas (1), Catalina Gallardo Saldaña (2)

(1) Médico, Hospital Rengo y Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(2) Matrona, Hospital de Rengo

INTRODUCCIÓN: El porcentaje de sexo masculino al nacer esperado según la OMS es PMN = 51,2%. En un estudio previo en Chile (Moreno et al, in press), se evidencio que el PMN aumento a 53,8% con la pandemia de Covid-19 en zonas rurales y que esto difiere según la nación de origen de la mujer. El metabolismo durante la gestación se modifica y sería más sensible a una mal nutrición por exceso, que en animales favorece al nacimiento de machos. Objetivo: Se describe y compara el PMN en embarazadas obesas entre chilenas y migrantes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio de cohorte retrospectivo de los partos simples, ocurridos en 10 meses consecutivos desde junio 2023, en un hospital con población con alta ruralidad de la región de O'Higgins. Se agrupan las madres según nación de origen en chilenas (CHI) o migrantes (MIG) y se describen sus estados nutricionales durante el embarazo según la Guía Perinatal en porcentajes. Se obtiene el PMN y se comparan las diferencias en el sitio <http://www.semergencantabria.org/calc/atcalc.htm>, mediante el riesgo relativo RR para PMN = Expuesto/No expuesto, con IC95%. Autorizado CEC SSMSur.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se obtuvieron 758 partos, se excluyen 7 por datos incompletos. Hubo un 26,4% de MIG y entre las CHI hubo 5,7% de ascendencia mapuche. EL PMN de CHI total = 48,92% y de MIG total = 53,00%. Se obtuvo en CHI obesidad 62,7% y PMN = 48,86% y en MIG obesidad 39,5% y PMN = 46,84%. El RR PMN de CHI Obesa/total = 0,91 IC 1,02-0,81; de MIG Obesa/total = 0,88 IC 1,19-0,65 y para Obesidad CHI/MIG = 1,04 con IC 0,71-1,53. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas, por el n estudiado.

CONCLUSIONES: Es llamativo el alto porcentaje de migrantes y de obesas entre las chilenas estudiadas. Las mapuches representaban el 7% en el otro trabajo. El PMN total difiere en sentido inverso, entre chilenas es bajo y en migrantes es alto, pero en las obesas el PMN es bajo en ambas, lo que sustenta un efecto metabólico contra del sexo masculino, que difiere al descrito en animales. El síndrome metabólico fue planteado para explicar el aumento de la obesidad después de superar periodos de hambruna. Pero, la obesidad en gestantes favorecería el nacimiento de mujeres, con consecuencias evolutivas para las poblaciones humanas.

**SOBRE LAS IMPLICANCIAS DE LAS TRANSLOCACIONES
ROBERTSONIANAS. TRANSLOCACIÓN CROMOSOMAS 13-14.**

**Rodrigo Fernando Moreno Salinas (1), Mónica Concha Turrieta (2),
María Cristina Ramírez León (3)**
(1) Médico, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino
(2) Bioquímica, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino
(3) Tecnólogo Médico, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

INTRODUCCIÓN: Los rearrreglos cromosómicos ocurren en 1:1000 recién nacidos vivos, siendo los más frecuentes las translocaciones Robertsonianas (TR) entre cromosomas acrocéntricos. Se estima que el 0,2% de la población las porta en forma asintomática balanceada, de estas, el 75% son entre los cromosomas 13 y 14, y se estima que el 50% son mutaciones de novo o heredadas de un portador. Objetivos. Presentamos la experiencia a nivel regional en la translocación entre cromosomas 13 y 14 o t(13;14) y se discute sus consecuencias.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisan los estudios cromosómicos realizados en el Laboratorio de Citogenética del Hospital Regional 2013 a 2023 y los antecedentes clínicos de los casos detectados.

RESULTADOS: Un $2n = 45$, der t (13;14) se encontró en 10 casos entre 2231 estudios, o sea 0,45%. Corresponden a 5 familias no relacionadas. Todos los casos son heredados y los portadores sanos de esta TR son 3 mujeres y 2 hombres. Cuatro de las familias son originarias de la misma región y 2 tienen residencia en el mismo sector de una comuna. Los portadores presentaban antecedentes reproductivos de abortos y malformaciones. Los casos derivados fueron estudiados por malformaciones, discapacidad o ser familiares.

CONCLUSIONES: Los portadores de TR son fenotípicamente normales y fueron hallazgos por problemas en su descendencia, como es habitual. Destacamos que en esta región hay una alta frecuencia de casos, solo son casos familiares, principalmente de la misma región y con 2 familias en una misma comuna rural. Siendo una región con alta endogamia en sectores rurales, aumenta la posibilidad de una doble TR o DTR, como se ha descrito en solo pocos casos consanguíneos en la literatura, en 2 de ellas 44, XX homocigotas t(13;14) de fenotipo normal. Recordaremos que la constitución $2n = 46$ de la especie humana proviene de una DTR que origina el cromosoma 2, que nos aísla reproductivamente de otros antropomorfos de $2n = 48$ desde hace 2 millones de años. La TR heterocigota balanceada se manifiesta solo en la descendencia con la presentación clínica manifestada en estos casos. La DTR homocigota también produce un portador sano, pero las consecuencias reproductivas son diversas hasta generar individuos $2n = 44$, constitución cromosómica que una vez estabilizada en varios individuos reproductivos favorece su distanciamiento evolutivo.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gabriela Mundaca F. (1), Catalina Henzi G. (2), Michaëlle Jorquera P. (3)

(1) Médico EDF, CESFAM Enrique Montt, Calama

(2) Médico EDF, CESFAM Dra. María Cristina, Antofagasta

(3) Médico EDF, Hospital Marcos Macuada, Tocopilla

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Charles Bonner (SCB), es una afección clínica en la cual hay presencia de pseudoalucinaciones visuales complejas y persistentes, como por ejemplo animales o personas, en pacientes sin alteraciones cognitivas, pero con un déficit visual. El SCB aumenta el riesgo de demencia en los adultos mayores y su prevalencia es de 1,84% a 3,15%. En Chile la esperanza de vida superó los 81 años, por consiguiente, hay un aumento de las patologías visuales y del área cognitiva, por lo que no es extraño ver esta patología en nuestra población actual.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 69 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no insulino-requiere con retinopatía diabética, hipertensión arterial, hipotiroidismo y dislipidemia, quien mantiene problemas visuales desde el año 2018 donde se le realiza cirugía en ojo derecho con leve mejoría de cuadro y en espera de cirugía en ojo izquierdo, por lo que mantiene pérdida de la agudeza visual parcial. Es ingresado al programa de salud mental en julio 2022 por cuadro de 2 años de alucinaciones visuales de insectos, personas y ratones, refiere que no son reales. En el momento de la evaluación no se pesquisan alteraciones neurológicas ni físicas, por lo que se inicia estudio con exámenes generales, los cuales se encuentran sin alteraciones y se decide presentar caso a psiquiatría donde se indica iniciar Risperidona 1 mg, sin mejoría cuadro. En septiembre 2022 fue operado por retinopatía diabética de ojo izquierdo y derecho con recuperación casi completa de su visión eliminando sus alucinaciones.

DISCUSIÓN: El SCB es una patología poco frecuente por lo que es poco diagnosticada e interpretada como enfermedades psiquiátricas con la consecuencia de derivaciones inapropiadas y tratamientos iatrogénicos, sin dar solución al cuadro.

**ALUCINACIONES VISUALES COMO PRIMER SINTOMA DE
ENCEFALITIS VIRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Gabriela Mundaca F. (1), **Michaelle Jorquera P.** (2), **Catalina Henzi G.**(3)

(1) Médico EDF, CESFAM Enrique Montt, Calama

(2) Médico EDF, Hospital Dr. Marcos Macuada, Tocopilla

(3) Médico EDF, CESFAM Dra. María Cristina Rojas, Antofagasta

INTRODUCCION: La encefalitis es un proceso inflamatorio del parénquima cerebral que genera una disfunción neuropsicológica evidenciada clínicamente. Las causas más comunes son las virales y si bien el signo guía es el compromiso de consciencia progresivo, se pueden asociar también fiebre, cefalea, alucinaciones o convulsiones, pudiendo ser algunos de estos síntomas, los primeros indicadores de la enfermedad. Mediante este caso, pretendemos destacar la importancia de una anamnesis detallada para descarte de diagnósticos diferenciales en caso de enfrentarnos a pacientes con alucinaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 6 años, con antecedente de Trastorno Espectro Autista, consulta por cuadro de pocas horas de evolución caracterizado por alucinaciones visuales, que el menor comenta como “gatos de colores psicodélicos” que se mueven, lo persiguen y desaparece, sin asociarse a otros síntomas neuropsicológicos. Se realiza anamnesis donde se logra pesquisar cuadro viral respiratorio dos semanas previas a la consulta, y también se constata cefalea intermitente durante los últimos días. Examen neurológico sin focalidades. Frente a la posibilidad de cuadro neurológico se traslada a centro de mayor complejidad para estudio con neuroimagen, punción lumbar y evaluación por neurología infantil. Inicialmente evaluado por pediatría donde se realiza tomografía computarizada cerebral sin hallazgos agudos y punción lumbar con leve pleocitosis linfocitaria. Equipo de Neurología infantil decide estudio con electroencefalograma sin alteraciones y estudio con resonancia magnética sin hallazgos relevantes. Se decide manejo médico en UTI con observación y posterior alta con resolución paulatina de alucinaciones y cefalea.

DISCUSIÓN Y CONCLUSION: Se evidencia la importancia de enfrentar las alucinaciones visuales de manera integral, evaluando la posibilidad de etiología orgánica, en especial en pacientes pediátricos, quienes suelen tener su primera consulta en atención primaria, por lo que el conocimiento de esta patología por médicos generales contribuye a un diagnóstico precoz y disminución de secuelas.

**ANÁLISIS DE INTERCONSULTA DE PSIQUIATRÍA DE HOSPITAL
COMUNITARIO DE TOCOPILLA A COSAM NORTE ANTOFAGASTA
EN PERIODO 2022-2023**

Gabriela Mundaca F. (1), **Michaelle Jorquera P.** (2), **Catalina Henzi G.** (3), **Jorge Neumann A.** (2),
(1) Médico EDF, CESFAM Enrique Montt, Calama, (2) Médico EDF, Hospital Marcos Macuada,
Tocopilla, (3) Médico EDF, CESFAM Dra. María Cristina Rojas, Antofagasta

INTRODUCCIÓN: Recientemente se ha estimado que la carga de trastornos psiquiátricos representan el 30-45% de la carga total entre los 10 y 50 años de edad, la mayor de todos los grupos de enfermedades. Según la Encuesta Nacional de Salud el Trastorno depresivo tiene prevalencia del 6,2%, mayor en mujeres. El programa de Salud Mental de Tocopilla cuenta actualmente con 923 pacientes. En APS del Hospital Comunitario se trabaja con 923 pacientes pertenecientes al programa de Salud Mental, que, en ocasiones, requieren evaluación a nivel secundario.

OBJETIVOS: Debido al alza de los pacientes que forman parte del Programa de Salud Mental hemos decidido recopilar las derivaciones en sistema APOLO en dichas fechas para realizar caracterización de nuestros pacientes, validando la eficacia del sistema APOLO y enfatizar las intervenciones en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se realiza búsqueda de derivaciones en el sistema operativo APOLO desde el 1 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2023, filtrando sólo interconsultas a psiquiatría. Se ingresan todos los datos por orden de fecha en una planilla Excel y se realizan los siguientes análisis.

RESULTADOS: En total se rescatan 99 interconsultas. Gran impacto genera la diferencia de 74 mujeres y 25 hombres. La edad promedio en general es de 28,24 años, con 28,22 para las mujeres y 28,28 para los hombres. De estos datos se contrasta un 51,51% adultos y 48,48% de población pediátrica. En relación a los diagnósticos más frecuentes: Trastorno Depresivo 41%, Trastorno Afectivo Bipolar 15% y Esquizofrenia con 10%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Resulta preocupante las altas tasas de patologías psiquiátricas en nuestra población, donde al menos 1 de cada 10 pacientes necesitará evaluación por especialista. Si bien coincide como mayor prevalencia a población femenina con Trastorno depresivo mayor, alertan los resultados de la mayor prevalencia regional que supera con creces a la nacional.

GLIOMA DE ALTO GRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Muñoz P. (1), *Javiera Muñoz M. (1), Pablo Riesle U. (1), Ivannia Bruno B. (2)*

(1) Médicos EDF, Hospital de Litueche.

(2) Médico Cirujano, Hospital de Litueche

INTRODUCCIÓN: Los tumores cerebrales se caracterizan por su gran morbimortalidad. En su mayoría corresponden a tumores secundarios. Dentro de los tumores primarios del sistema nervioso central, los Gliomas corresponden al 30% de estos. Se estima una incidencia aproximada de 21,4 casos por 100.000 habitantes la cual ha ido en aumento durante los últimos años representando un importante problema a nivel sanitario debido al pronóstico vital ominosos en lesiones de alto grado. Lo recientes avances en medicina molecular han permitido mejorar su clasificación permitiendo estratificar a los pacientes por riesgo y entregar tratamientos capaces de prolongar la sobrevida. De acuerdo a criterios histopatológicos son clasificado en grados del I al IV, según los criterios OMS los grados III-IV son denominados de alto grado. Su cuadro clínico se caracterizado por cefalea progresiva, crisis epiléptica, síntomas focales como trastorno del lenguaje, marcha, trastornos visuales entre otros.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Hombre de 56 años de edad con antecedentes de Leucemia e Hipotiroidismo, consulta en servicio de urgencia Hospital de Litueche en varias ocasiones por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por cefalea holocranea con buena respuesta a manejo analgésico. Durante últimas dos semanas se asocia paresia progresiva de extremidad superior derecha inestabilidad de la marcha y mareos inespecíficos. Se solicita Resonancia Magnética de Cerebro contrastada la cual revela lesiones intra-axiales múltiples (supra e infratentoriales), la mayor frontoparietal izquierda. Se realiza biopsia guiada la cual demuestra diagnostico compatible con Glioma Difuso de alto grado, tipo histológico Astrocitoma fuera de alcance quirúrgico.

DISCUSIÓN: El tratamiento de pacientes con Gliomas de alto grado sigue siendo un desafío en la actualidad. La mediana de la supervivencia tras el diagnóstico es de aproximadamente 1 año. El tratamiento estándar de los gliomas de alto grado es el tratamiento multidisciplinario, la resección quirúrgica total es fundamental para aumentar la sobrevida, asociado a quimioterapia y radioterapia adyuvante post-quirúrgica. La necesidad de un diagnóstico histológico de tejido tumoral en cada caso y la descomprensión en pacientes sintomáticos está bien establecida, sin embargo, todavía existe controversia respecto a la extensión de la resección a realizar, aunque en muchos casos se recomienda que los gliomas se puedan resear de la forma más amplia posible con el objetivo de aumentar la sobrevida, lo cual podría generar importantes secuelas que puedan terminar con una baja calidad de vida.

SCHAWANNOMA INTRAMEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Muñoz P (1), *Javiera Muñoz M. (1)*, *Vanessa Carrasco V. (1)*, *Ivannia Bruno B. (2)*

(1) Médico EDF, Hospital de Litueche.

(2) Médico Cirujano, Hospital de Litueche

INTRODUCCIÓN: Los Schwannomas intramedulares, también llamados neurinomas son tumores benignos derivados de células de Schwann localizadas en el parénquima medular. Pueden ocurrir en cualquier lugar del sistema nervioso, central o periférico. Alrededor del 30% de las neoplasias espinales primarias corresponde a estos tumores. Este tipo de neoplasias suelen presentar localización intradural extramedular, en relación con las raíces nerviosas ventrales o dorsales de la medula, siendo estas últimas las más frecuentes. Los Schwannomas intramedular son muy infrecuentes, constituyendo tan solo el 0,3-1,5% de los Schwannomas espinales y el 0,3% de todas las neoplasias intraespinales. Este tipo de lesiones presenta sintomatología inespecífica; el dolor es considerado como el síntoma más frecuente asociado a cualquier signo de afectación medular según el nivel de localización.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 49 años de edad sin antecedentes mórbidos conocidos con clínica de 6 meses de evolución caracterizado por dolor lumbar inespecífico, en tratamiento con manejo analgésico y kinesioterapia en contexto de hallazgos radiológicos compatibles con Hernia de Núcleo Pulposo L4-L5 y estenosis foraminal L5-S1. Durante últimas semanas se asocian parestesias y debilidad muscular progresiva en extremidad inferior izquierda. Al examen físico destaca nivel sensitivo a nivel de T10, reflejos osteotendineos exaltados y esfínter anal hipotónico. Evaluada por Neurocirugía con indicación de Resonancia Magnética de columna total contrastada la cual revela lesión de aspecto tumoral intradural extra-axial a la altura T7-T9 compatible con Schwannoma. Se realiza extirpación tumoral y laminectomía correspondiente con caída de potenciales en neuromonitoreo intraoperatorio. Posterior a intervención paciente evoluciona clínicamente estable con paresia en miembro inferior derecho. Actualmente se encuentra en proceso de rehabilitación kinésica.

DISCUSIÓN: El conocimiento del Schwannoma intramedular es de gran interés, ya que plantea el diagnóstico diferencial con otras neoplasias intramedulares como el ependimoma o el astrocitoma, planteando diferencias en cuanto al tratamiento y pronóstico. Los Schwannomas intramedulares efectivamente son tumores muy infrecuentes debido a la ausencia de células de Schwann en la medula. Dada su naturaleza benigna y su lento crecimiento los síntomas suelen ser de larga evolución por lo que se puede retrasar su diagnóstico. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, siendo el objetivo principal la resección completa con la finalidad de evitar su recidiva.

**HOSPITAL DIGITAL: UTILIDAD DIAGNÓSTICA EN VASCULITIS
LEUCOCITOCLASTICA POST-DEPILACIÓN**

**Ignacio Andrés Naranjo Tobar (1), Manuel Ignacio Terraza Vera (2),
Hernán Andrés Salas Parada (3)**

(1) Médico EDF, CESFAM Santa Laura, El Bosque

(2) Médico EDF, CESFAM Cochamó- Puelo.

(3) Médico EDF, Hospital de Purranque

INTRODUCCIÓN: Las vasculitis leucocitoclásticas son inflamaciones de pequeños vasos sanguíneos, desencadenadas por reacciones de hipersensibilidad a antígenos exógenos o endógenos. Se manifiestan con púrpura palpable en extremidades inferiores, lesiones pruriginosas y dolorosas, a veces con fiebre, mialgias y anorexia. Su diagnóstico se confirma con biopsia cutánea y el tratamiento varía según el agente causal. Presentamos un caso de vasculitis con respuesta inicial inadecuada a tratamientos previos.

PRESENTACIÓN DE CASO: Paciente mujer de 45 años, sin antecedentes, consulta por cuadro de 1 semana de ardor en piernas posterior a depilación con navaja en tina con sustancias florales/jabones, y aparición de lesiones maculopapulares eritematosas no confluentes. Se inicia tratamiento con corticosteroides orales sin mejoría, evolucionando a lesiones purpúricas de mayor tamaño, desaparecen a la digitopresión, acompañadas de vesículas, ampollas y pústulas. Se indica flucloxacilina, luego se ajusta a amoxicilina/ácido clavulánico y mupirocina tópica, sin respuesta. Derivada a Hospital Digital (HD) Dermatología, se sugiere cuadro infeccioso dado por Pseudomona, ampliando cobertura antibiótica con ciprofloxacino, exámenes de laboratorio y control presencial para biopsia.

Exámenes destaca: VHS: 96 y monocitos 11% (corte 8%). PCR 1.3, C3-C4: normal, FR: normal, Perfil ENA: negativo, ANA: negativo, Cultivo corriente: negativo. Biopsia: piel con focos de necrosis epitelial y vasculitis de pequeño vaso, con abundantes polimorfonucleares neutrófilos, sugerente de vasculitis leucocitoclástica. Inmunofluorescencia directa negativa para depósito de inmunoreactantes. Se indica manejo con prednisona y medidas generales, con evolución favorable hasta la fecha.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Hospital Digital es una estrategia del MINSAL que permite acceso a evaluación por especialista de forma oportuna a través de la Telemedicina Asincrónica. Este apoyo terapéutico propició una pronta evaluación de un cuadro que no resolvió en APS, logrando diagnosticar y tratar oportunamente la patología, con respuesta satisfactoria.

**CONVERSIÓN DE SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE A
FLUTTER AURICULAR 1:1 SECUNDARIO A ADMINISTRACIÓN
DE PROPAFENONA**

Ignacio Andrés Naranjo Tobar (1), Manuel Ignacio Terraza Vera (2),

Hernán Andrés Salas Parada (3)

(1) Médico EDF CESFAM Santa Laura, El Bosque

(2) Médico EDF, CESFAM Cochamó- Puelo.

(3) Médico EDF, Hospital de Purranque

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Wolff Parkinson White (WPW) es una condición cardíaca congénita caracterizada por la presencia de una vía eléctrica accesoria anómala entre las aurículas y los ventrículos, lo que puede predisponer a taquiarritmias supraventriculares como la fibrilación auricular y el flutter auricular. Aunque poco común, afecta aproximadamente al 0.1-3% de la población y puede manifestarse con episodios paroxísticos de palpitaciones. El electrocardiograma es crucial en el diagnóstico. Presentamos un caso ilustrativo de los desafíos en el manejo del WPW con fibrilación auricular paroxística y flutter auricular secundario a la terapia farmacológica.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente masculino extranjero de 52 años, con antecedentes de hipertensión arterial no controlada, quien consulta por palpitaciones durante la pesca deportiva. En la urgencia rural de Río Puelo, se diagnostica fibrilación auricular paroxística en un electrocardiograma, con estabilidad hemodinámica. Se inicia tratamiento con Propranolol y Lanatosido C sin éxito. Ante la falta de mejoría, se sugiere traslado a un hospital de alta complejidad. Sin embargo, el paciente busca atención cardiológica alternativa y se le prescribe Propafenona 600 mg. Se desencadena flutter auricular 1:1, lo que lleva a sospechar el síndrome de Wolff Parkinson White. Se decide su traslado aeromédico al Hospital Puerto Montt para cardioversión eléctrica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El caso plantea desafíos debido a la coexistencia de fibrilación auricular y flutter auricular en WPW. La Propafenona, contraindicada en WPW, desencadenó el flutter auricular. Destaca la importancia del diagnóstico precoz del WPW en pacientes con palpitaciones para definir de forma adecuada qué medicamentos se pueden utilizar de forma segura. El traslado aeromédico y la cardioversión eléctrica fueron cruciales para la estabilización y el restablecimiento del ritmo sinusal.

**CARCINOMA BASOCELULAR, RELEVANCIA DE LA SOSPECHA
TEMPRANA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

Daniela Moisés Navarro Marcano (1) **Cristóbal Soto Pérez** (1) **Rocío Monsalve Gutiérrez** (2)
(1) Médico General APS, CESFAM Los Quillayes, Santiago,
(2) Médico EDF, CESFAM Los Quillayes, Santiago.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El carcinoma basocelular (CB) es uno de los cánceres de piel más frecuentes en la población, en proporción 8 de 10 en comparación al escamoso. La mayoría de las personas que fallecen por estos cánceres son adultos mayores que presentan lesiones por larga data y no se le realiza la sospecha diagnóstica de forma oportuna. La incidencia de CB incrementa con la edad; personas entre 55 y 75 años tienen una incidencia 100 veces mayor que las personas menores de 20 años, siendo la radiación ultravioleta (UV) por exposición al Sol la causa medioambiental más importante para el CB.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 73 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y Sospecha de Sífilis, en control con matrona se pesquiza lesión en párpado inferior izquierdo de 8 años de evolución posterior a quemadura con aceite caliente. En febrero de 2023 es evaluada por médico general por lesión ya descrita, la misma compatible con sospecha de CB, por lo que Caso es derivado a nivel secundario, Evaluada en abril 2023 por unidad de dermatología Hospital de La Florida (HLF) donde biopsia reporta: "Carcinoma basocelular variante sólida con focos de diferenciación escamosa". En comité oncológico, octubre 2023, se concluye resolución quirúrgica y eventual radioterapia. En noviembre 2023 se realiza oculoplástica cabeza y cuello donde se reporta: Tumor localmente muy avanzado, candidata a maxilectomía medial, resección local y reconstrucción con colgajos. Conducto lagrimal está perdido.

RESULTADO Y CONCLUSIÓN: Pese a la alta incidencia y frecuencia del CB se siguen evidenciando retrasos por parte del equipo de salud para la sospecha y diagnóstico oportuno, lo que aumenta el riesgo de complicaciones asociadas a esta patología.

DISCUSIÓN: Es importante considerar y darle la relevancia debida a las lesiones por quemaduras en la cara u otras zonas que expongan la epidermis al contacto directo con el Sol.

**ESTALLIDO OCULAR ESPONTÁNEO EN ADULTO MAYOR:
UNA URGENCIA OFTALMOLÓGICA**

Maximiliano Camilo Cuadra Amaro (1), Ivo Bozidar Zivkovic Zencovich (2),
Marco Andrés Viviano Alcalde (2) Jorge Antonio Sebastián Araneda Álvarez (2)

Karla Pola Novoa Arratia (3)

(1) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue

(2) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario Dr. Arturo Hillers Larrañaga, Puerto Saavedra

(3) Interna Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Santiago

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El trauma ocular espontáneo es una condición poco común pero grave que puede resultar en la pérdida de la visión. Se caracteriza por la ruptura del globo ocular en ausencia de un evento traumático externo evidente. El objetivo es destacar la importancia del reconocimiento temprano y el manejo adecuado del estallido ocular.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino, 83 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular y dependencia severa. Acude a servicio de urgencia por dolor ocular de inicio súbito durante la madrugada, asociado a sangrado profuso por ojo izquierdo, sin antecedente de trauma. Al examen físico se evidencian signos de estallido ocular con tejido uveal extruido en región temporal, con sangrado activo. Se realiza irrigación, se cubre con apósito estéril y se realiza tomografía computarizada de órbita con contraste que evidencia lesión del globo ocular izquierdo, con contenido hemático intraocular con pérdida de la definición del cristalino, además de pérdida de la morfología normal del globo ocular. Se realiza evisceración de ojo izquierdo, con implante y conformador ocular. Evoluciona favorablemente, con antibiótico profiláctico por 7 días. Familiar responsable firma consentimiento informado para publicación de caso clínico.

DISCUSIÓN: El estallido ocular espontáneo es una emergencia oftalmológica. El manejo varía según la gravedad de la lesión e incluye medidas conservadoras y, en casos graves, intervenciones quirúrgicas como la evisceración. El seguimiento a largo plazo es esencial para prevenir complicaciones y preservar la visión.

CONCLUSIÓN: El estallido ocular espontáneo es una lesión poco común que requiere una intervención oportuna para minimizar el riesgo de complicaciones y mejorar los resultados funcionales en estos pacientes.

SÍNDROME DE HORNER COMO MANIFESTACIÓN DE DISECCIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS CERVICALES, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Maximiliano Camilo Cuadra Amaro (1) Ivo Bozidar Zivkovic Zencovich (2),

Marco Andrés Viviano Alcalde (2), **Karla Pola Novoa Arratia (3)**

(1) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario de Carahue

(2) Médico EDF, Hospital Familiar y Comunitario Dr. Arturo Hillers Larrañaga, Puerto Saavedra

(3) Interna Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Sede Santiago.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La disección de los vasos cervicales (DVC) es una de las principales causas de accidente cerebrovascular (ACV) en adultos jóvenes, pudiendo tener como manifestación clínica una diversidad de síntomas, pero siendo más común el Síndrome de Horner (SH), causado por compromiso del tracto simpático cervical, caracterizada por ptosis palpebral, miosis, enoftalmos y anhidrosis en el lado afectado.

CASO CLINICO:

Caso 1: Femenina 29 años, sin antecedentes a 1 mes de inicio de deporte de alta intensidad, refiere dolor cervical agregado disminución de agudeza visual en ojo izquierdo 24 horas previo a consulta. El examen neurológico se constata ptosis izquierda, anisocoria y miosis ojo izquierdo, cursando con SH y se realiza AngioTC de encéfalo y cuello en el que constatan signos de disección de arteria vertebral derecha en toda su extensión, sin compromiso de parénquima cerebral.

Caso 2: Femenina 24 años con antecedentes de leucemia linfoblástica tratada con trasplante de médula ósea, refiere 2 meses de hiperémesis por quimioterapia y cuadro de 1 mes de evolución de prurito y secreción ocular derecha tratada como conjuntivitis bacteriana sin éxito. Al examen neurológico se constata ptosis y miosis leve en ojo derecho, sin otras alteraciones. Se deriva para AngioTC de encéfalo y cuello constatándose disección intracraneal de arteria carótida interna izquierda.

Ambas se hospitalizan en UTI, iniciando doble antiagregación plaquetaria, descartándose inicio de anticoagulación por extensión intracraneal de lesión, así como intervención vascular por evolución favorable con eventual alta con seguimiento neurológico.

DISCUSIÓN: El SH puede ser una manifestación clínica importante de la DVC, especialmente en adultos jóvenes, requiriendo estudio diagnóstico precoz y plan de manejo individualizado.

CONCLUSIÓN: La DVC requiere un diagnóstico precoz y una intervención oportuna multidisciplinaria para prevenir la complicación más temida que es el ACV.

**USO DE KETAMINA EN LA DEPRESIÓN
¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA ACTUAL?**

José Ignacio Ojeda Cofre, Jordán Javier Cabrera Ferrer, Kleber Castro Rivera, Carimar Ferrer V.
Médicos, CESFAM N°2 Eduardo De Geyter, Rancagua

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La ketamina es un agonista NMDA utilizado frecuentemente en servicios de urgencia como anestésico general disociativo, no barbitúrico y no narcótico, que combina efectos hipnóticos, analgésicos y amnésicos. En los últimos años se ha comenzado a utilizar en psiquiatría en depresión mayor refractaria a tratamiento y en ideaciones suicidas. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la evidencia recopilada en los últimos 5 años y esclarecer si existe o no una relación al respecto.

MATERIAL Y METODO: Se realizó una revisión bibliográfica a través del buscador PubMed en inglés y en español utilizando las palabras “ketamina”, “depresión unipolar” y “depresión mayor” seleccionando publicaciones de los últimos 5 años. Se analizaron: 1 meta-análisis, 5 revisiones sistemáticas, 1 ensayo clínico y 1 ensayo controlado randomizado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La tendencia inicial de los estudios sugiere que la ketamina presenta efecto antidepresivo, pero se desconocen sus efectos cognitivos. Se sugiere que puede presentar una acción farmacológica en el manejo de un episodio depresivo mayor por al menos seis semanas. El ensayo controlado randomizado sugiere que las dosis repetidas generan un efecto antidepresivo acumulativo y sostenido. Se sugiere que a dosis subanestésica 0.5mg/Kg EV como tratamiento de la depresión mayor resistente a tratamiento no presenta efectos negativos en las funciones cognitivas. Respecto a las ideaciones suicidas una revisión sistemática sugiere que la ketamina disminuye los síntomas depresivos con efectividad desde los 90 minutos hasta los 230 minutos.

DISCUSIÓN: La evidencia actual no permite establecer que la ketamina sirve para la depresión en todos sus grados de severidad, más bien sugiere que es útil en depresión resistente a tratamiento y en pacientes con ideaciones suicidas activas. Además, se debe mencionar que no existe total certeza de los efectos cognitivos que pueda generar el uso de ketamina. Y si bien se tiene bastante certeza respecto que la dosis debe ser subanestésica se desconoce frecuencia y duración ideal de tratamiento.

**LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA EN PACIENTE CON VIH
Y COVID-19 POSITIVOS: REPORTE DE UN CASO**

Diego Ignacio González Galarce (1), **Nicolás Javier Olivares Marchant (2)**,
Verónica Patricia Lorca Díaz (2), Javiera Valentina Bulat Navarrete (2), Sayuri Chiba Hernández (3)
(1) Médico Cirujano, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino,
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de O'Higgins,
(3) Interna de Medicina, Universidad de O'Higgins

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Linfocitosis hemofagocítica (LHH), una enfermedad rara pero grave, se caracteriza por una respuesta inmune descontrolada con sobreproducción de citocinas. Puede ser primaria o secundaria, relacionada con infecciones o neoplasias. El objetivo de este estudio es proporcionar una descripción detallada de un caso clínico de LHH, resaltando sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento, con el fin de mejorar la comprensión y el abordaje de esta enfermedad rara pero grave.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio observacional (reporte de caso clínico).

Resultados: Un hombre de 42 años sin historial médico previo acudió a urgencias con síntomas de fiebre alta, tos, disnea y adenopatías. La prueba de PCR para COVID-19 fue positiva. Exámenes adicionales revelaron ELISA positivo para VIH, pancitopenia y elevación de triglicéridos y enzimas hepáticas. Desarrolló un cuadro grave, siendo diagnosticado con Linfocitosis Hemofagocítica (LHH). Tras terapia intensiva y tratamiento específico, experimentó mejoría.

CONCLUSIONES: LHH se caracteriza por fiebre, hepatosplenomegalia, citopenias, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia, hiperbilirrubinemia y transaminasas elevadas con fibrinógeno bajo. Presentamos un caso de LHH asociado a tuberculosis diseminada en paciente VIH positivo, posiblemente agravado por COVID-19, con evolución a shock distributivo. El tratamiento incluye soporte, manejo de la causa desencadenante y corticoides.

**ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN UN CASO DE CÁNCER
BASOESPINOSO: REPORTE DE UN CASO**

Leunam Manuel Oropeza Leal (1), Katherine Dolymer Licón Rivas (2)

(1) Médico General CECOSF Dr. Maximino Beltran Mora, Lautaro

(2) Médico General CECOSF Todos los Santos, Villarrica

INTRODUCCIÓN: El carcinoma basoescamoso (CBE) es una neoplasia epitelial poco frecuente, cuya terminología ha sido objeto de confusión. Desde el año 2005, se ha implementado una clasificación más detallada y abarcadora. El CBE representa un tipo de tumor con un comportamiento distinto al del carcinoma basocelular de baja agresividad y más semejante al carcinoma de células escamosas. (1) Algunos de los diagnósticos diferenciales son carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, queratosis actínica, enfermedad de Bowen y ocasionalmente melanoma. (2)(3)

OBJETIVO: Describir y reportar caso de carcinoma basoescamoso en región facial.

MATERIAL Y MÉTODO: La elaboración del caso clínico mediante las partes que conforman una historia médica desde su anamnesis, examen físico, laboratorios y tratamiento desde la atención inicial hasta el desenlace.

DISCUSIÓN: Los pocos datos bibliográficos y la baja documentación de casos plantea desafíos en diagnóstico y tratamiento, por lo que la confirmación mediante biopsia es crucial. La resección quirúrgica es estándar, sin embargo, se requiere más investigación para establecer terapias claras. El seguimiento a largo plazo es esencial debido al riesgo de recurrencia y diseminación metastásica.

CONCLUSIONES: Nuestra paciente demostró una evolución favorable con su tratamiento mejorando su calidad de vida y destacando por el momento ausencia de recurrencias de la patología y secuelas post quirúrgicas al momento del estudio.

**PAPILOMATOSIS RETICULADA CONFLUENTE EN UN PACIENTE CON
RESISTENCIA INSULÍNICA: REPORTE DE UN CASO**

Leunam Manuel Oropeza Leal (1), Katherine Dolymer Licón Rivas (2)

(1) Médico General, CECOSF Dr. Maximino Beltran Mora, Lautaro

(2) Médico General, CECOSF Todos los Santos, Villarrica

INTRODUCCIÓN: La papilomatosis reticulada y confluyente (PCR) es una dermatosis poco frecuente, infradiagnosticada, de etiología desconocida y curso crónico que afecta principalmente a un grupo etario adolescente y adultos jóvenes predominando el género femenino en relación 1,4:1.(1) Se caracteriza por la aparición de pápulas confluentes y placas parduscas finamente descamativa y que se extiende lenta y progresivamente en zonas del cuello, tronco superior y pliegues axilares. El diagnóstico diferencial destaca la acantosis nigricans como la pitiriasis versicolor.(2) El diagnóstico es clínico y se confirma mediante estudio histopatológico.(3) Se reporta el caso de una adolescente de 15 años con PCR en el tronco superior.

OBJETIVO: Describir las características clínicas de la enfermedad en un caso específico.

MATERIAL Y MÉTODO: La elaboración del caso clínico mediante las partes que conforman una historia médica desde su anamnesis, examen físico, laboratorios y tratamiento desde la atención inicial hasta el desenlace.

DISCUSIÓN: Al ser una patología poco frecuente, su diagnóstico ante la alta demanda por atención de especialidad podría representar un desafío en la atención primaria para el médico general.

CONCLUSIONES: Nuestra paciente demostró una evolución favorable con su tratamiento destacando el control de sus síntomas y al momento se mantiene en seguimiento por atención secundaria.

**ECCEMA DE PEZÓN PRESENTACIÓN CLÍNICA POCO FRECUENTE DE
DERMATITIS ATÓPICA**

Pamela Ortiz S. (1), **Javiera Corradini G.** (2)

(1) Médico EDF, Posta Salud Rural Contao, Hualaihué

(2) Médico EDF, CESFAM Angelmó

INTRODUCCIÓN: La dermatitis atópica (DA) es un proceso inflamatorio de la piel recurrente y crónico caracterizado por prurito intenso y xerosis de la piel. Se presenta en todas las edades, con mayor frecuencia durante las etapas de la infancia y adolescencia, el 50% de los casos se diagnostica durante el primer año de vida e impacta en la calidad de vida del paciente y su familia. Los casos de DA han aumentado en los últimos años mayor en los países industrializados. El diagnóstico es clínico mediante a un conjunto de síntomas y signos clínicos y se debe tener sospecha frente a una dermatitis de prurito intenso y de carácter persistente/recurrente.

MATERIAL Y MÉTODO: Descripción del caso clínico y revisión de literatura. Caso clínico: Paciente femenina de 11 años presenta cuadro de un mes de evolución caracterizado prurito en ambas mamas asociado a dermatosis. Previamente se indicó tratamiento con cloxacilina sin repuesta. Al examen físico presenta placa descamativa hiperpigmentada en el complejo areola pezón bilateral con exudado serohemático. Se utiliza plataforma de Hospital Digital (dermatología), donde se sugiere eccema de pezón y se inicia tratamiento con hidrocortisona, corticoide oral y levocetirizina. Se realiza control en dos semanas con buena respuesta a tratamiento.

CONCLUSIÓN: Las manifestaciones de DA pueden complejas, es importantes sospecharlas frente a una dermatitis de prurito intenso y persistente. El eccema de pezón es una de ellas, más frecuente en niñas al principio de la adolescencia. Se manifiesta con placas hiperpigmentadas con prurito intenso, generalmente tiene una condición bilateral y de curso intermitente.

DISCUSIÓN: Es importante saber que hay distintas manifestaciones de DA y diagnósticos diferenciales tales como psoriasis y enfermedad de Paget y en caso de presentar herramientas como Hospital Digital utilizarlas para brindar un tratamiento adecuado.

**PERICARDITIS AGUDA, UNA PRESENTACION ATIPICA. IMPORTANCIA
DE UN ALTO INDICE DE SOSPECHA**

Tomas Ignacio Osorio Lorca (1), Francisco Antonio Figueroa Mitelman (1),
Andrea Ester Mellado Sepulveda (2)
(1) Médicos EDF Cesfam Canela
(2) Médico EDF Hospital de Salamanca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los síntomas y signos que acompañan a las enfermedades del pericardio constituyen los síndromes pericárdicos, cuyas causas incluyen: anomalías congénitas, pericarditis aguda, derrames, masas y quistes pericárdicos. La etapa final puede traducirse en fibrosis, engrosamiento y/o calcificación del mismo, que lo lleva a perder elasticidad produciendo un efecto constrictivo sobre las cámaras cardíacas, llevando a una disfunción diastólica. Lo anterior es lo que se conoce como pericarditis constrictiva.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso de un paciente que cursó con pericarditis constrictiva sin un cuadro típico, con hallazgos inespecíficos en el ECG. Paciente femenina sin antecedentes mórbidos, con hijo adolescente fallecido por PCR sin causa aparente. Con cuadro de 5 días de evolución, de disnea, dolor torácico tipo puntada con tope inspiratorio en hemitórax izquierdo. inicio el cuadro hace dos semanas, con síntomas respiratorios, tos, fiebre hasta 39, congestión y cefalea. Se diagnóstico bronquitis y se indicó tratamiento broncodilatador, sin embargo, molestias persisten. No refiere síntomas neurovegetativos. En el ECG destaca taquicardia sinusal, sin signos de isquemia aguda. Se toma radiografía de tórax que evidencia silueta cardiaca elongada. La paciente evoluciona con fiebre alta y parámetros inflamatorios elevados, con un examen físico con ruidos cardiacos regulares sin soplos, sin frote pericárdico y sin signos de congestión.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Por disponibilidad se toma tomografía de tórax sin contraste, esta evidencia signos de pericarditis. Se ingresa a cuidados intensivos; donde se completa estudio y se diagnostica pericarditis constrictiva, iniciando tratamiento y manejo.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: La pericarditis en todas sus presentaciones, puede evolucionar en cuadros más complejos e incluso mortales. En el caso presentado destaca un alto índice de sospecha, destacando como síntoma cardinal el dolor torácico, que permitió determinar el diagnóstico específico con rapidez, a pesar de una presentación atípica y que determino la buena evolución de la paciente.

**INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE EN PACIENTE POSTRADO CON
ENFERMEDAD HTLV-1 A PROPÓSITO DE UN CASO**

Orestes Pacherras Y

Médico, CESFAM de Constitución.

INTRODUCCIÓN: La infección urinaria recurrente es una complicación común en pacientes postrados. Sin embargo, la presencia de la infección urinaria en pacientes con enfermedad HTLV-1 añade una complejidad adicional al manejo clínico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza un estudio de caso retrospectivo en paciente con diagnóstico confirmado de enfermedad HTLV-1 y antecedentes de cistotomía a permanencia que ha experimentado infecciones urinarias recurrentes.

CASO CLÍNICO: Paciente de 62 años de edad, género masculino, con antecedentes médicos de mielopatía asociada a enfermedad HTLV-1 diagnosticada hace 10 años, paraparesia, disfunción vesical neurogénica y cistotomía, presento desde el año 2023, episodios recurrentes de infección urinaria, que ameritaron hospitalizaciones debido al compromiso clínico manifestado por el mismo, dentro de los signos y síntomas principales destaca; fiebre sobre 39° C y dolor suprapúbico en todos los episodios. Durante estadía hospitalaria paciente recibió antibiótico terapia con ceftriaxona 1 gr cada 12 horas durante 48 horas por reporte de urocultivo de ingreso, y por mejoría de parámetros clínicos y de laboratorio se traspa a nitrofurantoina 100 mg 1 comprimido cada 8 horas vía oral por 10 días, sin embargo, la recurrencia de los episodios era menor a las 2 semanas posterior al alta hospitalaria. Los cultivos al ingreso hospitalario demostraron la presencia de Escherichia coli multiresistente y solo sensible a nitrofurantoina y ceftriaxona. Por lo cual se decidió manejo con profilaxis continua con nitrofurantoina 100 mg 1 comprimido por día por 3 meses, mejorando significativamente los episodios de infecciones urinarias a repetición.

COMENTARIO: Este estudio de caso proporciona información valiosa sobre la asociación entre la infección urinaria recurrente y enfermedad HTLV-1 asociada y resalta la importancia de considerar la enfermedad HTLV-1 como un factor de riesgo relevante para desarrollar infección urinaria recurrente.

**REVISIÓN DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE CÁNCER DE URETRA,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Luis Alberto Pardo Rivero, Álvaro Soto Molina, Camila San Martín R.
Médicos EDF, Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer de uretra es una enfermedad muy poco frecuente, que cuenta con la particularidad de ser la única patología oncológica urológica que presenta una mayor prevalencia en el sexo femenino. Dada su tendencia a la invasión local y a metastatizar tejidos adyacentes suele diagnosticarse en estadios avanzados.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 69 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia. Historia de 6 meses de evolución de disuria, oliguria, polaquiuria y tenesmo vesical, posterior se agrega hematuria y retención aguda de orina. Estudio inicial con pieloTAC mostró engrosamiento difuso de paredes de vejiga. Se completó estudio con RM y biopsia de vagina que informó carcinoma escamoso invasor moderadamente diferenciado no queratinizante. Se realiza ureteroileostomía tipo bricker, sin incidentes. Paciente evoluciona favorablemente en espera de radioterapia.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: El cáncer de uretra tiene una relación 4:1, con predominio por el sexo femenino, representando el 0,02% de las neoplasias femeninas. El diagnóstico se realiza en estadios avanzados, dado su presentación poco específica generalmente cursando con síntomas del tracto urinario inferior y hematuria. Es una patología con mal pronóstico que depende del estadio clínico, requiriendo mando quirúrgico y radioterapia.

**PRIAPISMO ISQUÉMICO SECUNDARIO A ANTIDEPRESIVOS,
A RAZÓN DE UN CASO**

Luis Alberto Pardo Rivero, Camila San Martín R., César Duran F.
Médicos EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El priapismo es una entidad poco frecuente, caracterizada como una erección persistente del pene o del clítoris que no está asociada con la estimulación o el deseo sexual,

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de sexo masculino de 43 años, con antecedentes de policonsumo de sustancias psicoactivas y trastorno de ansiedad generalizada en tratamiento Fluoxetina 40 mg y bupropion 150 mg, posterior a consumo de cocaína presenta erección de 8 hrs de evolución no relacionada con acto sexual, al examen físico en servicio de urgencia se evidencia rigidez del pene, cuerpos cavernosos ingurgitados, sin presencia de signos de traumatismo o malignidad. Es derivado a Hospital de referencia donde es evaluado por urología, se determina que cursa con priapismo isquémico secundario a fármacos antidepresivos en contexto de uso de cocaína, sin respuesta a punción por aspiración, se realiza cirugía de derivación.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: El priapismo es una entidad relativamente rara con una incidencia estimada de aproximadamente de 0,5 – 0,75 casos por 100.000 hombres por año. De los dos tipos el isquémico es el más frecuente, dentro de las causas más comunes se encuentran trastornos hematológicos como anemia de células falciformes que es más frecuentes en niños, en el caso de adultos la causa más frecuente es por medicamentos especialmente las inyecciones intracavernosas, no obstante existe múltiples fármacos como antidepresivos y antipsicóticos que pueden desencadenar un priapismo ante eventos determinados, es importante el diagnóstico oportuno dado que es un patología tiempo dependiente, pues posterior a 12 hrs se producen cambios estructurales en el musculo cavernoso, pasado las 24-48 hrs se producen cambios irreversibles que incluyendo necrosis y fibrosis del músculo liso cavernoso requiriendo instalación de prótesis penéana.

**SÍNDROME LEUCOERITROBLÁSTICO COMO MANIFESTACIÓN DE
CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO, A RAZÓN DE UN CASO**

Luis Alberto Pardo Rivero. Álvaro Soto Molina, César Duran F.
Médicos EDF, Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer de próstata es uno de los cánceres más frecuentes en hombres a nivel mundial, con aproximadamente 1.6 millones de casos y 366,000 muertes anuales.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente 59 años consulta por cuadro de aproximadamente 3 meses de evolución de sudoración nocturna, dolor generalizado, astenia, adinamia, petequias en extremidades inferiores y baja de peso aproximadamente 20 kg. Además, refiere tenesmo vesical y disminución de chorro miccional de larga data. Tacto rectal: próstata Grado III con lesiones nodulares laterales. Hemograma: Hb 7.5 Htco 22.5 VCM 88.5 Leuco 3500 Seg 75% Plaquetas 38.000 VHS 83 mm/hrs 10 eritroblastos en 100 leucocitos contados, 3% de células mediano tamaño, citoplasma hiperbasófilo y núcleo de cromatina laxa. PSA 74.82 TAC TAP: Aumento del tamaño prostático. Lesiones osteolíticas en el esqueleto visualizado, nódulos pulmonares y adenopatías retroperitoneales y mediastínicas de aspecto metastásico. Se sospecha síndrome leucoeritroblástico secundario a cáncer de próstata, se realiza mielograma que informa linfocitos policlonales, se solicita biopsia de médula ósea, que informa Metástasis hematopoyética por Adenocarcinoma pobremente diferenciado de probable origen en próstata con mielofibrosis secundaria. Evaluado por equipo de urología, se realiza biopsia de próstata, la cual informa adenocarcinoma, se inicia hormonoterapia, con mejoría de anemia y trombocitopenia, mejorando calidad de vida de paciente

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN: Los síndromes leucoeritroblástico son manifestaciones poco frecuentes que asocian con mayor frecuencia a neoplasias hematológicas, no obstante, es importante tener en cuenta que puede estar presente en cualquier neoplasia que infiltre hacia médula ósea. En el caso del cáncer próstata es poco frecuente que comprometa médula ósea, sin embargo, es importante reconocer que esta presentación atípica, pues es una manifestación avanzada de la enfermedad la cual requiere un diagnóstico oportuno para un tratamiento adecuado.

**SÍNDROME DE BEHCET: REVISIÓN A PROPÓSITO DE CASO
EVALUADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**

Trinidad Prado Kittel (1) Javier Alejandro Nieto Valle (2), Juan Pablo Eleazar Cortés Leal (3)

(1) Médica EDF, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso.

(2) Médico EDF, CESFAM San José de Rodellillo, Valparaíso

(3) Médico EDF, CESFAM Boco, Quillota, Región de Valparaíso

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Behcet (SB) es una patología de etiología desconocida con muy baja prevalencia en nuestro país, caracterizada por presentar úlceras orales recurrentes asociadas a múltiples manifestaciones sistémicas de variable severidad, dificultando su sospecha clínica. Esta revisión busca, a través de la presentación de un caso clínico, comprender una de sus formas de presentación para apoyar su sospecha diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se evalúa en APS paciente masculino de 72 años con úlcera crónica de 25 cm de diámetro en extremidad inferior derecha, con exudado y eritema abundantes. Paciente relata décadas de evolución y progresión. Destacan antecedente de ERC estadio IIIb y trombofilia en anticoagulación, además de hospitalización a los 32 años por úlceras orales muy dolorosas con disfagia, sin establecerse causa, con posteriores brotes de úlceras aftosas, último hace meses. Se descarta compromiso ocular, urogenital y/o neurológico en la exploración y se deriva a Reumatología por sospecha de SB.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El SB es una patología autoinmune con alteración genética de antígenos de leucocitos humanos (HLA) y de la respuesta inmune innata, generando inmunocomplejos, activación endotelial e hipercoagulabilidad. Su signo cardinal son las úlceras aftosas, asociadas a ulceración escrotal o vulvar, uveítis, artritis, compromiso neurológico, renal, pulmonar, cardíaco, gastrointestinal y vascular. El compromiso vascular es más común en hombres y puede presentarse con compromiso arterial tipo vasculitis o compromiso venoso donde trombosis venosas en extremidades inferiores pueden generar síndromes post-tromboflebíticos, desarrollando úlceras crónicas, como en el caso del paciente presentado.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: Es prudente sospechar SB en pacientes con brotes recurrentes de úlceras orales aftosas asociadas trombofilia. Es importante la sospecha clínica de SB para prevenir secuelas mediante derivación y tratamiento.

**SÍNDROME DE CAPGRAS: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO
EVALUADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**

Trinidad Prado Kittel (1), Lilian Valentina Gamboa Silva (1), Javier Alejandro Nieto Valle (2)

(1) Médicas EDF, CESFAM Plaza Justicia, Valparaíso.

(2) Médico EDF, CESFAM San José de Rodelillo, Valparaíso

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Capgras (SC) es una patología de falsa identificación donde la persona que lo padece cree que una persona cercana a él ha sido sustituida por un doble exacto. Se revisa la literatura en cuanto al tema en base a un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realiza atención de Salud Mental en Atención Primaria de Salud (APS) de hombre de 53 años, con tabaquismo activo y trastorno delirante crónico sin tratamiento de 4 años de evolución, refiriendo que su hijastro fue suplantado por un impostor, y que su esposa tiene una relación extramarital con este, lo que ha generado disfunción en el grupo familiar. Se revisa la literatura en cuanto a la presentación y etiología del SC.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El SC es un síndrome de falsa identificación, fue descrito por J. Capgras en 1923, es un fenómeno poco común en psiquiatría, que puede darse en cualquier momento de la enfermedad de base. Su origen puede deberse a causas orgánicas o funcionales.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: Se considera importante conocer este síndrome para evaluar la causa (orgánica vs. psiquiátrica). En un cuadro psiquiátrico primario suele presentarse a más temprana edad, de forma insidiosa, mientras que en la etiología orgánica suele ser más tardío, común en adultos mayores, en contexto de daño neurológico o enfermedad neurodegenerativa con presentación subaguda. Lo anterior es importante en contexto del estudio y manejo apropiado de la patología, constituyendo el caso descrito una presentación atípica de SC.

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE MUCORMICOSIS EN EL HOSPITAL
DR. FRANCO RAVERA ZUNINO (HFRZ)**

**Benjamín Matías Puente Martínez (1), Cristian Mauricio Matamoros Rojo (2),
Ricardo Sepúlveda Quezada (2)**

(1) Cirujano Dentista, pasante en Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(2) Cirujanos Maxilofacial, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La mucormicosis es una enfermedad fúngica fulminante, que se conoce por ser altamente invasiva y que causa complicaciones potencialmente mortales en pacientes inmunocomprometidos (1,2). El organismo causante pertenece a la familia Mucorales (2,3). Los factores de riesgo incluyen a las Diabetes Mellitus (DM), neoplasias hematológicas, entre otras y aproximadamente entre un 60 – 80% de los casos se dan en pacientes con cetoacidosis diabética (CAD) (1, 3, 4, 5, 6).

La incidencia de Mucormicosis ha ido en aumento globalmente (7) y en Chile corresponde a la tercera infección por hongos más frecuente (8). Además, se ha visto un incremento en la frecuencia de pacientes atendidos en el HFRZ que llegan en etapas tardías, lo que dificulta el tratamiento y pronóstico. Presentamos un estudio retrospectivo de pacientes confirmados con Mucormicosis en el hospital para determinar factores de riesgo en común.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio epidemiológico retrospectivo de pacientes diagnosticados confirmados con infección de Mucormicosis atendidos en el servicio Dental y Maxilofacial en el HFRZ. Se recolectó y analizó las fichas clínicas de los pacientes para determinar la identificación de factores de riesgo comunes asociados a la enfermedad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se observó que hay 18 pacientes con confirmación diagnóstica por biopsia de infección por Mucormicosis desde el año 2015 al 2023, 9 pacientes (50%) con hombres, la edad al momento del diagnóstico va desde los 25 a los 78 años. 12 pacientes (66,67%) tiene diagnóstico de DM descompensada, entre otros factores de riesgo. El 100% estuvo hospitalizado y recibieron cirugía de toma de biopsia y aseo quirúrgica. 14 pacientes (77,78%) fallecieron, mientras que el resto tiene secuelas importantes.

DISCUSIÓN: La sospecha de mucormicosis es tardía debido a los síntomas inespecíficos en estados tempranos, pero requiere una intervención urgente, debido a la naturaleza rápidamente progresiva y destructiva de la infección (9). Para maximizar las tasas de supervivencia es necesario un diagnóstico y tratamiento rápido, ya que el inicio terapéutico tardío se asocia a un aumento de la mortalidad (9,10).

Se observó en el estudio que la sospecha diagnóstica fue tardía y que existen factores de riesgo en común de los pacientes, por lo que una educación del personal de salud a esta enfermedad puede salvar la vida de los pacientes.

**TUMOR ODONTOGÉNICO EPITELIAL CALCIFICANTE EN MAXILAR:
UN REPORTE DE CASO**

**Benjamín Matías Puente Martínez (1), Cristian Mauricio Matamoros Rojo (2),
Ricardo Sepúlveda Quezada (2),**

(1) Cirujano Dentista, pasante en Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(2) Cirujanos Maxilofacial, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

INTRODUCCIÓN: El Tumor odontogénico Epitelial Calcificante (TOEC), se define como una neoplasia benigna, caracterizada por la proliferación epitelial; presentando secreción de una proteína tipo amiloide con tendencia a la calcificación. Es muy inusual, representado menos del 1% de los tumores odontogénicos. El promedio de edad en el momento del diagnóstico es de 40 años, siendo afectados ambos sexos por igual (1,2). Se han descrito dos variantes clínico – radiográficas; la intraósea, la más común, y otra periférica que representaría el 6% de los casos. A nivel intraóseo, la localización más común es la zona de premolares y molares mandibulares, y en un 52% de los casos asociado a un molar incluido (3). En su histopatología esta neoplasia se caracteriza por la proliferación de células epiteliales poliédricas con pleomorfismo nuclear, y presencia de una secreción tipo amiloide y calcificaciones (3). Variantes de TOEC no calcificantes (4) y con células claras (5) se asociarían con un comportamiento más agresivo (6,7). Se presenta un caso de TOEC en zona maxilar, discutiendo su diagnóstico clínico – radiográfico diferencial y abordaje terapéutico.

REPORTE DE CASO: Paciente masculino, de 57 años, ASA I, sin antecedentes médicos relevantes. Acudió al servicio Dental y Maxilofacial del Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (HFRZ), por un aumento de volumen de larga data asintomático pero que en el último tiempo aumentó su tamaño. Al examen clínico se observó aumento de volumen en zona geniana derecha, dura y asintomático. Al examen intraoral se observó aumento de volumen en zona maxilar derecha con abombamiento de corticales vestibular y palatina, ausencia de dientes 1.8, 1.7 y 1.6. La Tomografía Axial Computada (TAC) maxilofacial reveló una lesión hipodensa con zonas hiperdensas expansiva en la región maxilar derecha. Se realiza en un primer tiempo quirúrgico una biopsia incisional y estudio histopatológico indicando un TOEC. En un segundo tiempo quirúrgico y bajo anestesia general, se realizó la exéresis completa de la lesión. El paciente fue dado de alta a los 6 días post cirugía, sin presentar alteraciones.

DISCUSIÓN: El presente caso, concuerda con las características clínicas descritas para esta neoplasia odontogénica, como son crecimiento lento, expansión de corticales y asociación con dientes incluidos, presente en aproximadamente el 50% de los casos (1, 2, 3), sin embargo resulta interesante de reportar especialmente por su localización, debido a que la ubicación en maxilar es menos frecuente, presentándose principalmente a nivel intraóseo y predominantemente en zona mandibular, en una relación de 2:1 mandíbula: maxila (3); y frecuentemente asociado a piezas dentarias incluidas u odontomas (2,3). En aquellos casos que hay afectación del maxilar superior, los pacientes pueden manifestar sintomatología atribuida a la compresión mecánica de estructuras vecinas. Esta entidad es sumamente infrecuente en lo que respecta su ubicación, edad de presentación y frecuencia.

**XANTOMA INTRAÓSEO EN REGIÓN MAXILOFACIAL:
UN REPORTE DE CASO**

**Benjamín Matías Puente Martínez (1), Cristian Mauricio Matamoros Rojo (2),
Ricardo Sepúlveda Quezada (2)**

(1) Cirujano Dentista, pasante en Cirugía Maxilofacial, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(2) Cirujanos Maxilofacial, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

INTRODUCCIÓN: Los Xantomas son lesiones benignas de tejido blando, que frecuentemente aparecen en la piel posterior a un trauma menor o por fricción (1 – 4). Entre estos, los xantomas intraóseos maxilofaciales se han reportado en los huesos frontales, cavidad orbitaria, hueso temporal, seno maxilar y en mandíbula (5). Los xantomas intraóseos son raros (6). Se caracterizan por ser una lesión osteolítica, acompañados por expansión ósea y/o alteraciones de las corticales óseas (7). En algunos casos, son secundarios a enfermedades sistémicas (1,2,4,5). La patogénesis es controversial; se han sugerido etiologías reactivas, degenerativas o neoplásica (6), y también se han descrito en asociación con una condición preexistente como, por ejemplo, el quiste óseo simple, quiste aneurismático óseo, y lesión fibro-ósea benigna (4,6). Son más frecuentes en la segunda y tercera década de vida (7) y no tienen predilección por género (5,7).

REPORTE DE CASO: Paciente masculino, de 46 años, ASA I, sin antecedentes médicos relevantes. Acudió al servicio de urgencia del Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (HFRZ), debido a un accidente automovilístico de alta energía, resultando en un politrauma severo. La Tomografía Axial Computada (TAC) maxilofacial reveló una lesión hipodensa expansiva en la región supraorbitaria izquierda y fractura mandibular subcondílea. Durante la anamnesis, el paciente tenía historia previa de trauma en la misma región y, en el examen clínico, se observó una cicatriz preexistente. Durante la cirugía bajo anestesia general, se realizó la reducción y fijación interna rígida de la fractura mandibular y una biopsia excisional de la lesión. Los resultados de la biopsia en el contexto clínico e imagenológico fueron consistentes con el xantoma intraóseo. Se realizaron estudios de laboratorio, para descartar enfermedades sistémicas, pero estaban dentro de rangos normales. El paciente fue dado de alta a los 6 días post cirugía y se controló por 12 meses, sin presentar alteraciones.

DISCUSIÓN: Debido a la poca frecuencia de la entidad, la etiología es controversial. Los Xantomas intraóseos Primarios con lesiones benignas de baja prevalencia y son muy raras en el territorio maxilofacial. Una de sus características es que son condiciones asintomáticas, y usualmente son hallazgos imagenológicos. Para un correcto diagnóstico, los estudios de laboratorio deben ser considerados. El examen histopatológico e inmunohistoquímica debe confirmar el diagnóstico. Estas lesiones se asocian con episodios de trauma. A pesar de que no hay reportes de recurrencia, se sugiere el seguimiento.

**SACROILEÍTIS AGUDA BILATERAL SECUNDARIA A DISEMINACIÓN
HEMATÓGENA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS DESDE UNA HERIDA
EN LA MANO DERECHA:
UN CASO ATÍPICO DE SÍNDROME LUMBAR AGUDO**

Mario Andrés Puentes Soto (1), Catalina Andrea Cifuentes Trujillo (2),
Sofía Isidora Guiñez Torres (2), Cristina Andrea Bravo-Iratchet Gallardo (2)
(1) Médico APS, Hospital de Pichilemu
(2) Médicas EDF, Hospital de Pichilemu

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La sacroileítis aguda de origen infeccioso es una afección poco común que suele estar vinculada a factores de riesgo como el uso de drogas parenterales, endocarditis e inmunosupresión. Generalmente se presenta en pacientes jóvenes de entre 20 y 30 años, manifestándose con dolor repentino en la región sacra, unilateralidad y fiebre. Presentamos un caso de interés en el que un paciente experimenta un síndrome lumbar agudo, cuyo único factor de riesgo evidente fue la diseminación hematógena secundaria a una herida en la mano derecha.

METODO: Revisión de literatura clínica disponible, en contexto de patología descrita y posterior presentación de caso clínico

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Paciente masculino de 23 años, sin antecedentes mórbidos consulta por dolor en la región glútea izquierda de 12 horas de evolución que se intensifica al caminar. Al examen físico presenta dolor a la palpación en la región glútea y una marcha antiálgica. Inicialmente se prescribe tratamiento sintomático para lumbago mecánico. Al día siguiente, el paciente vuelve a consultar debido a la persistencia del dolor lumbar y glúteo izquierdo, presentando además fiebre. Durante el examen físico se identifica una herida contuso-cortante de aproximadamente 5 cm en mano derecha, la cual el paciente refiere haberse realizado dos semanas antes con un objeto metálico. Los análisis de laboratorio revelan una PCR elevada (96) y leucocitosis (12,600) y hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus*. Se solicita posteriormente una resonancia magnética de la región que confirma la presencia de sacroileítis bilateral, predominio a izquierda. Tras 8 semanas de ceftriaxona, el paciente se recuperó completamente.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: Este caso destaca la dificultad inicial para llegar al diagnóstico debido a la presentación atípica de dolor lumbar y glúteo sin factores de riesgo evidentes. El diagnóstico de sacroileítis aguda es complejo debido a su rareza y a la posibilidad de simular otros síndromes asociados con estructuras adyacentes. Es fundamental considerar esta entidad en todo paciente que presente dolor lumbar y sacro agudo, especialmente si se acompaña de fiebre y existe una puerta de entrada para una bacteriemia.

**SÍNDROME DE GIANOTTI CROSTI POST COVID-19:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Maximiano Andrés Puga Mamut (1), Paula Belén Gutiérrez Espinoza (2), Carlos Felipe Arellano Butikofer (3), Dominique Pascale Perramont Dezerega (4), Javiera Andrea Salgado Torres (5)

(1) Médico APS, CESFAM Los Cerros, Talcahuano

(2) Médica APS, CECOSF Los Lobos La Gloria, Talcahuano

(3) Médico APS, CECOSF 8 de mayo, Talcahuano

(4) Médica APS, CESFAM Dr. Luis Lozic Pérez, Puerto Natales

(5) Médica, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Gianotti Crosti, conocido como acrodermatitis papular de la infancia, es un exantema infrecuente que se manifiesta generalmente en niños de entre 1 y 6 años de edad. Se caracteriza por una reacción pápulo-vesicular asintomática y autolimitada, con distribución simétrica en la cara, nalgas y superficies extensoras de las extremidades. El diagnóstico generalmente se realiza mediante la evaluación del historial del paciente y los hallazgos físicos. La incidencia y prevalencia exactas son desconocidas debido a que muchos niños pueden recibir un diagnóstico de "exantema viral inespecífico", lo que sugiere que podría estar infradiagnosticado.

CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente masculino de 5 años de edad, con historial de infección confirmada por COVID-19 hace un mes, consulta por cuadro de tres semanas de evolución, caracterizado por un exantema papulovesicular, pruriginoso, con distribución predominante en región glútea y el tronco. Inicialmente, se manejó con antihistamínicos (Clorfenamina) y corticoide oral en dosis bajas (Prednisona), sin respuesta clínica satisfactoria. Se realizaron exámenes complementarios, los cuales mostraron niveles normales en Hemograma, VHS y perfil hepático. Se optó por una evaluación mediante tele-dermatología, donde, a partir de la historia clínica y el examen físico, se atribuyen las lesiones al Síndrome de Gianotti Crosti. Se indicó el mantenimiento del antihistamínico para el prurito, observándose una resolución completa de las lesiones en los siguientes diez días.

CONCLUSIÓN: El Síndrome de Gianotti-Crosti es una dermatosis poco común que afecta a pacientes en edad pediátrica. Aunque no se puede establecer una relación causal exacta, hemos sugerido la posible implicación del virus COVID-19 en el desarrollo de este síndrome, como se ha descrito previamente en relación con otros virus (Hepatitis B, virus Epstein Barr, Citomegalovirus). Se debe considerar como un diagnóstico diferencial en casos de exantemas pediátricos.

**CRANEOFARINGEOMA COMO CAUSA DE AMAUROSIS,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Paulina Ramos Vásquez (1) Valeria Benítez V. (1) Catalina Hermosilla F. (1) Lukas Canales G. (1)
Andrea Cuevas P. (1) Rodolfo Vergara Q. (2)
(1) Médicos EDF, Hospital de Cañete.
(2) Neurólogo Adulto, Hospital de Cañete.

INTRODUCCIÓN: Los craneofaringiomas son tumores de naturaleza benigna, de comportamiento local invasivo y pronóstico desfavorable por las secuelas que dejan.

OBJETIVOS: Presentar caso clínico sobre Craneofaringeoma diagnosticado en Hospital de Cañete.

METODOLOGÍA: Descripción de caso clínico y revisión bibliográfica online.

CASO CLÍNICO: Femenino, 31 años, se deriva a neurología y oftalmología por cuadro de cefalea asociado a disminución de la visión bilateral intermitente, evaluada por neurología quien solicita Resonancia magnética (RMN) de cerebro que muestra lesión quística de la región supraselar compatible con craneofaringioma, evaluada por oftalmología quien solicita Campo visual computarizado (CVC) el que se describe con resultado de depresión general, luego en control con este describe signos sugerentes de hipertensión intracraneana (HIC), siendo necesario instalar derivación ventrículo peritoneal (DVP), Finalmente neurocirugía interviene quirúrgicamente, realizando exeresis tumoral disminuyendo episodios de amaurosis.

DISCUSIÓN: Los craneofaringiomas son tumores poco comunes, comprenden entre el 5% de los tumores intracraneales, la transformación maligna es rara, con buena tasa de supervivencia, pero casi todos desarrollan algún tipo de secuela a corto o largo plazo, destacando deficiencia de la hormona pituitaria, obesidad y síntomas oftálmicos, dada la proximidad a la glándula pituitaria y quiasma óptico. Al examen oftalmológico la pérdida visual (especialmente la hemianopsia bitemporal) y las respuestas pupilares anormales pueden sugerir una lesión quiasmática. Los signos de HIC incluido el edema de papila o la atrofia del disco óptico (si es prolongado) pueden ser características no específicas. La RM craneal es el estudio indicado para la sospecha clínica. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

CONCLUSIÓN: El craneofaringeoma es un diagnóstico diferencial que debemos considerar en aquellos casos en que nuestros pacientes presenten síntomas que pueden incluir cambios hormonales hasta alteraciones visuales, siendo importante realizar el estudio adecuado y así otorgar el tratamiento oportuno permitiendo disminuir las secuelas que se pueden presentar a futuro.

**DETECCIÓN DE PATOLOGÍAS MAMARIAS: NUEVAS ESTRATEGIAS
CONTRA EL CÁNCER DE MAMA.**

Fiorella Rangel Rojas (1), Gabriel Sanguinetti G (2), María Sanguinetti G (3), Claudio Díaz R (4),
(1) Médico Cirujano, DSM Litueche, Servicio de Salud de O'Higgins
(2) Médico Cirujano, DSM Marchigue, Servicio de Salud de O'Higgins.
(3) Médico Cirujano, DSM Chimbarongo, Servicio de Salud de O'Higgins.
(4) Médico Cirujano, CESFAM Santa Cruz, Servicio de Salud de O'Higgins

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: el tamizaje de las patologías mamarias busca la detección precoz de alteraciones que permitan realizar intervenciones eficaces en etapas tempranas, en particular de patologías prevalentes como el cáncer de mama. El cáncer de mama es la principal afección de origen tumoral que conduce a la mortalidad de mujeres en Chile y en todo el mundo, afectando a un aproximado del 7% de la población. En Chile, la detección del cáncer de mama es liderada por la mamografía digitalizada, sin embargo, se destaca que la densidad del tejido, entre otros factores puede dificultar el diagnóstico, otras técnicas como el examen físico, ecografía, el uso de contraste, la tomosíntesis y resonancia magnética son métodos para complementar el diagnóstico de patologías mamarias.

MATERIAL Y MÉTODO: En este estudio bibliográfico recopilamos información enfocada en metodologías de detección de enfermedades mamarias, haciendo énfasis en cáncer de mama, describimos detalladamente su identificación mediante el BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) y su clasificación histológica.

RESULTADOS: Reunimos datos relacionados a la detección de tumores mamarios en Chile y discutimos la importancia de la detección temprana, finalmente analizamos nuevas técnicas de detección computacionales basados en inteligencia artificial y aprendizaje de máquinas (BYI, KNN y NNs) los cuales han demostrado una sensibilidad y eficacia muy superiores a métodos tradicionales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: el ingreso de las mamografías en las garantías explícitas en salud (GES), ha sido un pilar fundamental para favorecer la detección temprana del cáncer de mama, sin embargo, proponemos incorporar herramientas computacionales de uso público con el propósito de favorecer el screening de patologías tumorales más eficaz a disposición del personal médico con miras de lograr un diagnóstico temprano en todos los centros de salud de Chile.

**ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA DE PROBABLE ORIGEN CUTÁNEO:
REPORTE DE UN CASO**

Pablo Ignacio Riesle Ulloa, Vanessa Belén Carrasco Valenzuela, Sebastián Andrés Muñoz Pino,
Médicos EDF, Hospital de Litueche

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La espondilodiscitis es una infección, generalmente bacteriana, que afecta a los cuerpos vertebrales y a sus discos intervertebrales, siendo alrededor del 2-7 % de las osteomielitis en el adulto. Entidad rara cuyo diagnóstico en multitud de ocasiones es difícil debido a lo inespecífico de sus síntomas y la frecuencia de dorsolumbalgia en la población general. La infección hematógena sigue siendo la causa más común. Principalmente producida por *Staphylococcus aureus*, aunque la tuberculosis y la brucelosis son todavía etiologías frecuentes. La resonancia magnética permite un diagnóstico temprano y detectar el grado de afección neurológica. El tratamiento antibiótico prolongado y, ocasionalmente, la cirugía son esenciales para conseguir la curación en la mayoría de los enfermos

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico. Se revisa la bibliografía y casos similares y se contrasta resultados con la literatura.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Paciente masculino de 58 años hospitalizado en contexto de infección de tracto urinario evolucionando con cuadro de dolor lumbar y parestesia de extremidades inferiores. Con antecedentes de lesiones cutáneas de larga data. Se realiza radiografía de columna lumbar que muestra acortamiento de cuerpo vertebral L1. Resonancia magnética posteriormente informa espondilodiscitis L2-L3 y secuela de fractura de L1, hemocultivo negativo, por lo que se hospitaliza nuevamente para estudio e inicio de antibioticoterapia con cloxacilina para completar 41 días.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: La espondilodiscitis es una entidad infecciosa poco frecuente pero que ha aumentado su incidencia principalmente por el aumento de esperanza de vida en la población. Su sospecha diagnóstica puede ser difícil dado que suele confundirse con otros cuadros lumbares más comunes por lo que se requiere un alto grado de sospecha para no retrasar su diagnóstico e inicio de terapia. La detección y el manejo precoces pueden evitar en gran parte la discapacidad como consecuencia de este cuadro.

**BANDERAS ROJAS EN DOLOR LUMBAR DE ORIGEN NEOPLÁSICO,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Felipe Alejandro Villalobos Aguilar (1), **Camila Ritz Cid** (2),

Isidora Otárola D. (2), Patricia Garrido M. (1).

(1) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital de Lautaro.

(2) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Cesfam Lautaro.

INTRODUCCIÓN: Los síntomas en pacientes con cáncer renal pueden ser variados, a pesar de ello se estima que 25% tiene enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. Dentro de las posibles manifestaciones se encuentran los síndromes paraneoplásicos y se estima que en esta categoría alrededor de 15% de pacientes se presenta con hipercalcemia dado diferentes mecanismos, donde una posibilidad puede deberse a metástasis óseas líticas, las cuales se pueden presentar como dolor lumbar.

CASO CLÍNICO: Masculino de 67 años inicia consultas repetidas en urgencias durante un año por cuadro inespecífico de dolor lumbar y cadera izquierda, inicialmente se estudia con radiografía diagnosticándose artrosis de cadera. Posteriormente, paciente reconsulta por misma sintomatología con mala respuesta a analgésicos, agregándose baja de peso no cuantificada, cambios en hábito intestinal y cuadro de 2 semanas de evolución de sangrado digestivo bajo, sin síntomas B asociados. Se decide hospitalizar para estudio de síndrome consuntivo. Se realiza control de exámenes destacando falla renal aguda e hipercalcemia. Al examen físico se constata aumento de volumen en fosa iliaca izquierda no descrita en atenciones previas, se realiza nueva radiografía que muestra destrucción lítica extensa en cresta iliaca izquierda. Se deriva a hospital de mayor complejidad con observación de mieloma. Se realiza tomografía computarizada de Tórax-Abdomen-Pelvis que informa lesión nodular renal derecha y lesiones expansivas que comprometen arcos costales y hueso iliaco izquierdo. Electroforesis de proteínas normal. Se toma biopsia ósea de cresta iliaca que informa histología compatible con neoplasia de origen renal.

DISCUSIÓN: El dolor lumbar corresponde a uno de los motivos de consulta más frecuente en medicina y usualmente se debe a causas inespecíficas. Es importante recordar banderas rojas para el estudio temprano de otras patologías con tratamiento específico.

**INFECCIÓN ENDOPRÓTESIS AÓRTICA Y MARCAPASOS DEFINITIVO
TRATADA CON ANTIBIOTICOTERAPIA EXCLUSIVA,
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Felipe Alejandro Villalobos Aguilar (1), **Camila Ritz Cid (2)**,
Patricia Garrido M. (1), Isidora Otárola D. (2).

(1) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital de Lautaro.

(2) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Cesfam Lautaro.

INTRODUCCIÓN: Alrededor de un 1% de los pacientes que se someten a una reparación quirúrgica de aorta presentan posteriormente una infección de la prótesis, siendo mayor en aquellos pacientes que fueron sometidos a una cirugía de urgencia que en cirugías electivas. El microorganismo que más se relaciona con estas infecciones es el staphylococcus aureus (SA). El tratamiento estándar consiste en la remoción quirúrgica completa, aunque presenta una mortalidad a corto plazo entre 20 y 30%³. En pacientes con muchas comorbilidades podría preferirse un manejo exclusivamente con antibióticos, a pesar de que se reportan tasas de mortalidad entre 45% a 78%³⁻⁴.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 66 años con antecedentes de disección aortica Stanford B con posterior instalación de endoprótesis y usuario de marcapasos consultó por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por disminución progresiva de la capacidad funcional. En los exámenes de laboratorio presentaba elevación de parámetros inflamatorios, sin evidencias de injuria miocárdica. Angio-TAC de tórax sin foco de condensación ni evidencias de trombosis. Se pancultivó e inició antibioticoterapia empírica. Se informan 4 Hemocultivos positivos para SA meticilino sensible.

Se realizó estudio con tomografía por emisión de positrones que mostró imagen compatible con infección de endoprótesis aortica y ecocardiografía transesofágica que confirmó vegetación en electrodo de marcapasos.

Se determinó que paciente se encontraba fuera de alcance quirúrgico, definiendo tratamiento antibiótico endovenoso por 6 semanas y posterior tratamiento oral prolongado. Durante hospitalización paciente evolucionó favorablemente con disminución en parámetros inflamatorios y disminución en sintomatología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La infección de endoprótesis aórtica propone un gran desafío, puesto que su resolución quirúrgica supone una alta mortalidad, más aún en pacientes con comorbilidades⁵ y que presenten otro foco de infección. En esos casos, el tratamiento conservador con antibioticoterapia prolongada aparece como una opción válida, aunque no existen parámetros claros que permitan establecer qué conducta tomar en cada caso.

MIOCARDIOPATIA DE ESTRÉS ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

**Camila Ritz Cid (1) Felipe Alejandro Villalobos Aguilar (2),
Patricia Garrido M. (2), Isidora Otárola D. (1)**

(1) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Cesfam Lautaro.

(2) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital de Lautaro.

INTRODUCCIÓN: La miocardiopatía por estrés (ME) corresponde a una causa de infarto de miocárdico sin aterosclerosis coronaria obstructiva (MINOCA), que afecta al 1-2% de los infartos agudos al miocardio (IAM), siendo más frecuente en las mujeres post menopáusicas. La ME consiste en una disfunción sistólica transitoria del ventrículo izquierdo (VI), que afecta en su forma típica (81,7%) al segmento apical del ventrículo izquierdo (VI) asociado a una hipercinesia de la zona basal, existen también formas atípicas como la ventricular medio (14.6%), basal (2.2%), focal (1.5%) y global, tardando entre 4-6 semanas en recuperarse.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente con antecedentes de IAM SSDST con Stent y ecocardiograma de control post IAM con FEVI 55% sin trastornos de la motilidad segmentaria, consulta por cuadro iniciado tras evento estresante caracterizado por dolor retro-esternal opresivo EVA 4/10, irradiado a extremidad superior izquierda y mandíbula.

Al ECG de ingreso sin signos de isquemia, pero con elevación de enzimas cardiacas. Por lo que ingresa a UCO para manejo de IAM sin SDST. Se realiza coronariografía la cual no muestra lesiones significativas y ventriculografía en la que destaca FEVI 50% y hipoquinesia medio ventricular. En este contexto se diagnostica ME atípico.

DISCUSIÓN: La ME es una patología que simula clínica y electrográficamente un IAM, por lo que se debe sospechar en todo paciente con un cuadro clínico de IAM, en ausencia de evidencia angiografía de enfermedad arterial coronaria obstructiva. El diagnóstico de ME se realiza a través del cumplimiento de los criterios de Mayo Clinic, objetivando una disfunción sistólica del VI a través de una ecografía o ventriculografía izquierda, donde se observan anomalías regionales de la motilidad apicales (ME típico) o ventricular medio, basal, focal o global (ME atípicas). Su reconocimiento es relevante, ya que, tanto su pronóstico como manejo difieren de un paciente con un IAM convencional.

**QUISTE ARACNOIDAL COMO CAUSA DE CEFALEA CON BANDERAS
ROJAS, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Camila Ritz Cid (1), Felipe Alejandro Villalobos Aguilar (2),

Isidora Otárola D. (1), Patricia Garrido M. (2).

(1) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Cesfam Lautaro

(2) Médicos Cirujanos EDF, Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospital de Lautaro.

INTRODUCCIÓN: Los quistes aracnoideos son lesiones intracraneales benignas congénitas ubicadas entre la membrana aracnoidal y el cerebro o la médula espinal. Representan el 1% de las lesiones intracraneales. Las ubicaciones más frecuentes son la fisura lateral y la fosa posterior. Poseen un orificio de comunicación que está dotado de un mecanismo valvular permitiendo la entrada de líquido cefalorraquídeo con las pulsaciones venosas y maniobras de Valsalva, pero luego no puede salir, generando cefalea. Éste es el motivo probable por el cual la sintomatología de los pacientes se agrava con la marcha y en la cama.

CASO CLÍNICO: Paciente de 78 años con antecedentes médicos de artrosis, hipotiroidismo, dependencia moderada, inestabilidad de la marcha. Refiere 1 año de evolución de cefaleas de novo, progresivas asociado a náuseas, mareos y dolor nocturno refractario a analgesia, sin convulsiones ni focalidad neurológica. Al examen físico sin asimetrías faciales, fuerza M4 en 4 extremidades, reflejos osteotendíneos conservados, sin disimetría, sin disdiadococinecia. Signos meníngeos negativos. Se solicitó tomografía computarizada de cerebro (31/01/23) que evidencia pequeños infartos lacunares en etapa secuelar a nivel de hemisferio cerebeloso derecho, tálamo derecho y sustancia blanca periventricular frontal izquierda. Quiste aracnoidal de fosa posterior. Aracnoidocele celar. Actualmente con mejoría en su calidad de vida con actual esquema analgésico: Amitriptilina 12.5mg 1/2 c/24h noche. Gabapentina 300 mg 1 en la noche. Etericoxib 120 mg 1 c/24h en caso de dolor.

DISCUSIÓN: El cuadro clínico de la paciente es compatible con la clínica que describe la literatura, en particular, con aumento del dolor con el reposo en cama y en la noche. En este caso, debido a la identificación de banderas rojas, se pudo identificar la enfermedad, descartar otras patologías e iniciar tratamiento médico.

**SIGNO DE LESER-TRELAT COMO MANIFESTACIÓN
DE CÁNCER DE RECTO**

**Lisette Elizabeth Ritz Stuardo (1), Pablo Esteban Mardones Gacitúa (2),
Sebastián Alonso Aspee Carrasco (1),
(1) Médicos EDF, Hospital San Vicente de Arauco, Arauco,
(2) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Carampangue, Arauco**

INTRODUCCIÓN: Las dermatosis paraneoplásicas son un grupo de trastornos de la piel que tienen fuertes asociaciones con neoplasias malignas internas. El signo de Leser-Trélat, se describe clásicamente como la aparición explosiva de múltiples queratosis seborreicas pruriginosas y se asocia a una variedad de tumores malignos. La sospecha y búsqueda activa de patología maligna ante la manifestación de tales lesiones cutáneas resulta de importancia a nivel primario a fin de mejorar un diagnóstico precoz.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 78 años. Antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Consulta inicialmente por tos productiva de 4 semanas de evolución, sin hemoptisis, con baja de peso no objetivada y diaforesis. Además, con aparición de lesiones queratósicas en zona dorsal distribuidas en “árbol de navidad” desde hace ocho años. Se solicita GenXpert tuberculosis, con resultado positivo. De manera paralela se solicita estudio con endoscopia digestiva alta, sin evidencia de lesiones neoplásicas. Colonoscopia, se constata tumor en recto inferior no estenosante. Biopsia de recto, adenocarcinoma tubular bien diferenciado. Se ingresa a programa tuberculosis y se deriva a coloproctología para manejo por especialidad.

CONCLUSIÓN: La etiopatogenia del signo Leser-Trélat es desconocida. Se estima que diversas citocinas y otros factores de crecimiento producidos por la neoplasia sean los responsables de la aparición brusca de las queratosis seborreicas. Este signo tiene la particularidad de presentarse con mayor frecuencia antes del diagnóstico de malignidad, pero también puede reconocerse después o al mismo tiempo que el diagnóstico de la patología neoplásica maligna. La literatura describe que el adenocarcinoma gastrointestinal (por ejemplo, adenocarcinoma de estómago, hígado, colorrectal o páncreas), las neoplasias malignas linfoides, cáncer de mama, de pulmón están asociados, siendo el primero el más frecuente. Por lo anterior, la presencia de esta manifestación cutánea dirige a una búsqueda exhaustiva de un cáncer oculto.

**LOXOSCELISMO CUTÁNEO- VISCERAL TARDÍO,
¿CUÁNDO ES SEGURO DESCARTAR LA SOSPECHA CLÍNICA?**

Catalina Rivas Pizarro (1) Andrea Ester Mellado Sepulveda (1), Mauricio De La Jara Musa (2)

(1) Médicos EDF, Hospital de Salamanca.

(2) Médico EDF, DESAM Salamanca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las mordeduras por arácnidos en Chile constituyen un problema de salud pública, por su magnitud, prevalencia e impacto social. Serán consideradas peligrosas para el ser humano aquellas que además de poseer veneno con actividad patógena, vivan dónde el ser humano habita y posean la capacidad de perforar la piel para inyectar su veneno. En Chile, el loxocelismo es provocado por *Loxosceles laeta*, conocida como araña de rincón. Se presenta caso de paciente con manifestación tardía visceral, una presentación infrecuente.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de una paciente femenina BDM de 59 años hipertensa, sin alergias conocidas. Es derivada por mordedura de araña de rincón en región escapular izquierda de 3 días de evolución. Fue evaluada en servicio de urgencias a las 24 hrs de evolución donde se descarta loxocelismo cutáneo - visceral por exámenes de laboratorio dentro de límites normales. Reconsulta a las 72 hrs por fiebre, cefalea, poliartralgias y parestesias en extremidades inferiores, pese a tratamiento. Niega hematuria. Al examen físico destaca mancha eritematosa de 10x10 cm en región escapular izquierda, con calor local, sin aumento de volumen, con centro necrótico de 3 mm, sin secreción.

Se recontrolan parámetros de laboratorio a las 48 hrs. Destaca plaquetopenia, hiperbilirrubinemia de predominio indirecto con transaminasas 3 veces sobre el valor normal, sin leucocitosis elevación de parámetros inflamatorios.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Se plantea como diagnóstico inicial sospecha de loxocelismo cutáneo visceral con afectación hepática de presentación tardía y se hospitaliza en unidad crítica.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: El caso clínico ejemplifica una evolución poco frecuente, que es grave y puede ser letal. La literatura refiere que el loxocelismo cutáneo visceral puede aparecer máximo a las 48 horas de evolución y que no existe examen de laboratorio, que descarte la sospecha. Por lo anterior, es fundamental educar y reevaluar oportunamente a los pacientes que sufren mordeduras de arañas venenosas.

**REACCIÓN CUTÁNEA ADVERSA A MEDICAMENTO,
UN GRAN SIMULADOR**

Catalina Rivas Pizarro (1) Andrea Ester Mellado Sepulveda (1), Mauricio De La Jara Musa (2)

(1) Médico EDF, Hospital de Salamanca.

(2) Médico EDF, DESAM Salamanca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La erupción farmacológica exantemática, o exantema morbiliforme. Es la reacción de hipersensibilidad farmacológica más común. Caracterizada por erupción simétrica diseminada y ocasionalmente generalizada de máculas y/o pápulas eritematosas, que se produce una o dos semanas después de iniciar el tratamiento con el fármaco causante. Esta debe diferenciarse de las formas más graves de hipersensibilidad farmacológica, en las que las membranas mucosas y/o los órganos internos pueden estar afectados

MATERIAL Y MÉTODO: Se expone el caso de un paciente que debutó con rash cutáneo generalizado posterior a consumo de AINES, en concomitancia con exposición a planta productora de dermatosis.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Se presenta caso de un paciente de 61 años, derivado por cuadro de 24 horas de evolución. Caracterizado por fiebre y rash cutáneo máculo-papular violáceo, sin vesículas. Inicia en región dorsolumbar y se generaliza hacia región occipital, pectoral, axilar y muslos. Refiere dolor intermitente en relación a las lesiones, sin prurito. Niega episodios previos e indica haber tenido contacto con planta litre un día antes de la aparición de las lesiones. Sin embargo, rash no se ubica en las zonas de contacto directo con la planta. Se automedica diclofenaco el día previo, por aparición de síntomas respiratorios altos. Se plantea como diagnóstico inicial reacción por hipersensibilidad tipo 1, urticaria por exposición a litre versus reacción adversa a medicamento. Se realiza estudio completo por dermatología. Finalmente se decide tratar como reacción adversa a medicamento, con lo cual el paciente logra remisión completa de sus síntomas.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: El caso clínico presentado ejemplifica la evolución más frecuente de la reacción adversa a medicamentos cutánea. La cual no debe confundirse con otros diferenciales, como en el caso expuesto, una fitodermatitis por planta Litre. Es fundamental excluir oportunamente con exámenes, patologías de alta morbimortalidad, como lo son el sarampión o las vasculitis. Evitando retrasar el manejo adecuado de estos pacientes.

**LUMBAGO COMO DEBUT DE CÁNCER DE PRÓSTATA,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Simonvalentina Roa Soto (1), Jean Carlo Fuentes Ramírez (2), Adán Gabriel Cortés Gallardo (3)

(1) Médico EDF, Hospital de Purranque

(2) Médico EDF, Hospital de Paillaco;

(3) Médico EDF, Hospital de Puerto Octay

INTRODUCCIÓN: En Chile, el cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en hombres, siendo la tercera causa de muerte por cáncer. La principal forma de sospecharlo es la elevación del antígeno prostático específico sérico (APE), ya que suele ser asintomático. En fases iniciales, puede causar síntomas urinarios; sin embargo, esto no es lo más frecuente: generalmente se desarrolla insidiosamente, manifestándose en etapas avanzadas, como ocurrió en este caso.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 66 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor lumbar, que comenzó a asociarse a pérdida de fuerza progresiva en extremidades inferiores (EEII). Niega fiebre, incontinencia o retención urinaria o fecal, o cuadro infeccioso previo. Al examen físico destaca: zona lumbar sana, dolor no reproducible a la palpación; fuerza M3 en EEII, ROT abolidos, sensibilidad conservada, marcha no evaluable por no lograr bipedestación. Dado lumbago con banderas rojas, se solicitaron exámenes de sangre, destacando sólo PCR en 97. Luego, se tomó TAC de columna dorsolumbar, evidenciando múltiples lesiones focales escleróticas de los cuerpos vertebrales y elementos posteriores, con aspecto de implantes secundarios. Se complementó con TAC TAP, mostrando aumento del tamaño prostático, adenopatías retroperitoneales y pelvianas probablemente secundarias, compromiso esclerótico difuso de columna vertebral y pelvis de aspecto secundario. Posteriormente, se toma APE, que resulta en 100. Se diagnostica cáncer de próstata metastásico y se inicia manejo paliativo.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN: Lamentablemente, en Chile el diagnóstico de cáncer de próstata sigue siendo tardío y la mortalidad más alta de lo esperado para un cáncer con buena respuesta a tratamiento en sus fases iniciales. Por lo mismo, es importante el tamizaje de esta patología, recomendándose, en hombres entre 50 y 70 años, tomarse el antígeno prostático específico periódicamente.

**MIELITIS TRANSVERSA EN SERVICIO DE URGENCIAS,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Simonvalentina Roa Soto (1), Jimena De Los Ángeles Palma Rodríguez (2),

Yu Ting Zhou Zhou (1)

(1) Médico EDF, Hospital de Purranque

(2) Médico EDF, CESFAM de Purranque

INTRODUCCIÓN: La mielitis transversa es una inflamación de una sección de la médula espinal, que causa daño en la mielina. Esto interrumpe las señales entre los nervios espinales y el resto del cuerpo, pudiendo ocasionar dolor, parestias, parestesias, e incontinencia o retención urinaria o fecal. La etiología no siempre logra ser precisada; sin embargo, algunas posibles causas son infecciones (bacterianas, virales, parasitarias o fúngicas), enfermedades autoinmunes (como la esclerosis múltiple o el lupus), enfermedades del tejido conectivo y vasculitis.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 28 años, consulta por cuadro de una semana de evolución de dolor y paresia simétrica en extremidades inferiores (EEII), de progresión constante desde proximal hacia distal, asociadas a anestesia en silla de montar y parestesias. Al interrogatorio dirigido, niega antecedentes de traumas, síntomas gastrointestinales, respiratorios o urinarios recientes. Con 2 consultas previas en Urgencias; en la más reciente se realizó TAC de columna lumbo-sacra que descartaba lesiones agudas o compresión medular, por lo que fue dada de alta, desestimándose mayor estudio. Al examen neurológico destaca: Fuerza M4 en EEII, M5 en extremidades superiores (EESS); Sensibilidad: con anestesia en silla de montar, conservada simétrica desde los muslos hacia distal; ROT normales; Marcha dificultosa, pero conservada. Sin alteraciones en exámenes de laboratorio. Se decide realizar RNM, en la que destaca lesión medular lateral de T7-T8, hospitalizándose para continuar estudio. Finalmente se define mielitis transversa, con buena respuesta a corticoides.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN: La mielitis transversa es un trastorno poco común del sistema nervioso central, que puede darse en todas las edades y sexos. Por lo tanto, es importante tener una alta sospecha clínica y realizar un examen neurológico exhaustivo, sobre todo, para no confundirla con un trastorno conversivo y que se retrase el estudio y manejo.

SÍNDROME INFLAMATORIO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Simonvalentina Roa Soto (1), Jimena De Los Angeles Palma Rodríguez (2),

Yu Ting Zhou Zhou (1)

(1) Médico EDF, Hospital de Purranque

(2) Médico EDF, CESFAM de Purranque

INTRODUCCIÓN: El síndrome inflamatorio multisistémico (PIMS) es una condición post infecciosa que se caracteriza por una respuesta inflamatoria multisistémica exacerbada, que sería responsable de los síntomas, las alteraciones en los exámenes de laboratorio y la disfunción miocárdica que puede llegar a generar. Las manifestaciones clínicas son muy variadas, destacándose: enfermedad de Kawasaki-like, shock séptico y síndrome febril con compromiso miocárdico.

CASO CLÍNICO: Adolescente de 12 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital de Purranque por cuadro de 2 días de evolución de fiebre, exantema maculopapular en extremidades superiores e inferiores, cefalea y odinofagia, diagnosticándose una faringoamigdalitis. Sin embargo, previo a alta, presenta una lipotimia, por lo que se traslada al Hospital Base de Osorno. Es hospitalizado en sala de pediatría, donde evoluciona con fiebre persistente, con exámenes en los que destaca parámetros inflamatorios elevados, panel viral y bacteriano respiratorio negativo y PCR SARS-COV-2 negativa. Se inicia Ceftriaxona empírica, con mala respuesta clínica y parámetros inflamatorios persistentemente elevados, por lo que se asocia Clindamicina. Posteriormente, se complementa estudio con TAC de tórax y cuello, que evidencia cambios inflamatorios en amígdalas palatinas, sin abscesos, y un derrame pericárdico laminar. Se sospecha PIMS no Kawasaki, no shock, con Troponinas T en 89 y ecocardiograma con derrame pericárdico de 0.8 mL, sin compromiso de la función ventricular. Se inicia Metilprednisolona, con lo que se logra descenso notable de los parámetros inflamatorios y buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN: Como se mencionó anteriormente, los fenotipos clínicos del PIMS son muy variables. Dentro de los más frecuentes, se encuentra el compromiso miocárdico, presente hasta en un 80% de los casos, el que puede producir derrame pericárdico, miocarditis, valvulitis, compromiso coronario y arritmias, lo que hace imprescindible el diagnóstico precoz y tratamiento acorde.

TAQUICARDIA AURICULAR INCESANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Simonvalentina Roa Soto (1), Yu Ting Zhou Zhou (1),

Jimena De Los Ángeles Palma Rodríguez (2)

(1) Médico EDF, Hospital de Purranque

(2) Médico EDF, CESFAM de Purranque

INTRODUCCIÓN. La taquicardia auricular incesante es la presencia de frecuencias cardíacas altas sostenidas en el tiempo refractaria a antiarrítmicos y cardioversión eléctrica. Un 30% de las taquicardias auriculares son incesantes. Frecuencias elevadas mantenidas puede inducir micocardiopatía llevando a una disminución de la contractilidad e insuficiencia cardíaca. La ablación con catéter mediante radiofrecuencia es seguro y eficaz, constituyendo un 15% de las ablaciones por arritmias supraventriculares.

CASO CLÍNICO: Mujer 31 años con taquicardia auricular incesante usuaria de propanolol consulta por palpitaciones de 3 días. Niega disnea, lipotimia, dolor torácico. Examen físico normal. ECG evidencia taquicardia supraventricular con frecuencia 180. Laboratorio normal. Se realizan maniobras vágales, luego se administra tres dosis de adenosina sin efecto. Se inicia BIC de amiodarona sin respuesta. Evoluciona con requerimientos de oxígeno. Al examen físico crépitos bibasales. Se traslada en ambulancia avanzada. Se cardiovierte en ambulancia en dos ocasiones sin respuesta. En hospital base se maneja con verapamilo, propanolol, BIC de amiodarona y cardioversión eléctrica sin efecto. Evoluciona con aumento de requerimientos de oxígeno, mal perfundida, se intuba. Paciente evoluciona a AESP, se realiza 1 ciclo de RCP administrándose 1 mg de adrenalina, retorna a taquicardia supraventricular con pulso. Se conecta paciente a ECMO portátil arteriovenoso y se traslada a centro terciario con electrofisiología. Se realiza ablación con radiofrecuencia en foco ectópico cercano a vena pulmonar superior izquierda. RNM se constata dilatación de cavidades cardíacas izquierda con disfunción ventricular sistólica e insuficiencia valvular mitral compatible con taquimiocardiopatía.

CONCLUSIÓN: La taquicardia auricular incesante es una arritmia supraventricular con mala respuesta a antiarrítmicos y cardioversión eléctrica. Se presenta una paciente joven sin respuesta a terapia convencional evolucionando con shock cardiogénico. Se soporta con ECMO y posteriormente se ablaiona con radiofrecuencia. Evoluciona satisfactoriamente sin nuevos episodios, pero secuelada de miocardiopatía.

**PANCREATITIS AGUDA INDUCIDA POR DROGAS,
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Matías Benjamín Rojas Rodríguez (1) Marcelo Araya S. (1), Paulina Barbosa T. (1), Soledad Alejandra Castillo Roca (1), José Rafael González Hidalgo (2)

(1) Médico EDF, Hospital de Galvarino

(2) Médico, Hospital de Galvarino

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pancreatitis aguda corresponde a una enfermedad inflamatoria sistémica gatillada por una sobreactivación de la enzima tripsina. Esta provoca la lisis de las células pancreáticas. Las principales etiologías se deben a litiasis biliar, consumo de alcohol e hipertrigliceridemia abarcando hasta un 85% de las causas. El objetivo es discutir sobre etiologías menos frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Reporte de caso clínico. Se recuperó información desde la ficha clínica electrónica.

CASO CLÍNICO: Paciente con hipertensión arterial de reciente diagnóstico en tratamiento con Losartan 50 mg cada 12 horas. Sin antecedentes familiares relevantes, niega consumo de alcohol y drogas, niega alergias a alimentos y fármacos, sin cirugías. Asistió a urgencias por dolor abdominal en faja, mala tolerancia oral, deposiciones diarreicas y fiebre. Negó transgresión alimentaria, trauma abdominal y consumo de alimentos crudos. En exámenes destacó PCR 88 y Lipasa 648 con lo cual se diagnosticó pancreatitis aguda. Se estudió con ecografía abdominal que descartó cálculos y barro biliar. En los exámenes se obtuvieron niveles de triglicéridos y calcio normales, sin alteraciones en hemograma, VHS y perfil hepático.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Dado descarte de las principales etiologías se discutió sobre causas menos probables como intoxicación por organofosforados, infecciones virales, bacterianas o parasitarias, autoinmunidad y drogas. De las cuales esta última presenta mayor prevalencia y casos descritos. Existen múltiples fármacos reportados, estos se han clasificado en 4 clases. Losartán potásico corresponde a clase 1B, es decir, tiene al menos un caso reportado con reexposición positiva, en contexto de otras causas menos probables. En base a esto se decidió suspender el consumo de Losartán y reemplazarlo por Amlodipino.

En conclusión, luego de las tres principales causas de pancreatitis aguda se debe sospechar causas menos frecuentes como las reacciones adversas a medicamentos.

TORMENTA TIROIDEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Matías Benjamín Rojas Rodríguez (1), Marcelo Araya S. (1), Paulina Barbosa T. (1), Soledad Alejandra Castillo Roca (1), José Rafael González Hidalgo (2)
(1) Médicos EDF, Hospital de Galvarino
(2) Médico, Hospital de Galvarino

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La tormenta tiroidea corresponde a una emergencia endocrina con mortalidad entre 10% y 30%. Su principal etiología corresponde a la enfermedad de Graves. El exceso de hormona tiroidea afecta al desequilibrio de múltiples sistemas. El objetivo de este trabajo es reconocer el cuadro clínico, bioquímico y su manejo inicial.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, sin antecedentes mórbidos, sin consumo de alcohol ni drogas. Consulta por segunda vez en 24 horas por fiebre y dificultad respiratoria de 48 horas de evolución asociado a dolor e incremento de volumen en cuello anterior. Además, presentó diarrea. En signos vitales: PA 166/71, FC 131, T° 39.1°C, Sat O2 91% ambiental. Examen Físico: ánimo ansioso, temblor de reposo, exoftalmo bilateral, pulso carotídeo prominente, bocio doloroso consistencia pétreo, resto sin hallazgos. En el estudio bioquímico se obtuvieron los siguientes resultados: PCR 41.1 HTO 42.3, HB 14.4, LEU 8.390, PQT 123000, CREA 0.43, BUN 13.3, ELP 129/4.1/96, BT 1.64, BD 0.63, BI 1.07, GOT/GPT/GGT 34/43/22, TSH 0.01, T4L > 7.77. ECG: FR 116, Ritmo sinusal, QRS angosto.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: El diagnóstico es principalmente clínico en contexto de incremento de T4L y supresión de TSH. Este se manifiesta por hipertermia, taquicardia, arritmias, insuficiencia cardiaca, síntomas gastrointestinales y alteración del sistema nervioso central. Los síntomas se pueden ordenar y puntuar con la escala de Burch y Wartofsky o los criterios de la asociación Japonesa de Tiroides. El tratamiento debe ser enfocado en la causa y los síntomas.

En conclusión, la tormenta tiroidea tiene diagnóstico esencialmente clínico y su reconocimiento precoz tiene especial relevancia en disminuir las complicaciones sistémicas y su mortalidad.

**POLIMIALGIA REUMÁTICA: UNA CAUSA REVERSIBLE DE
DEPENDENCIA SEVERA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Moisés Jahir Rojas Gallardo, Valentina Belén Pardo Fredes, Antonia Isabel Garib Serrano
Médicos EDF, CESFAM Santa Anita

INTRODUCCIÓN: La polimialgia reumática (PMR) es una afección inflamatoria caracterizada por dolor y rigidez en hombros, cadera y cuello limitando la funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es más frecuente en adultos mayores. Se presenta el siguiente caso para destacar la importancia de identificar patologías menos frecuentes, pero potencialmente reversibles que causan dependencia severa.

CASO CLÍNICO: Hombre de 81 años con antecedente de gonartrosis. Evaluado por médico por debilidad, rigidez y dolor en musculatura proximal de extremidades y compromiso de estado general de meses de evolución. Al examen físico destaca palidez y debilidad de predominio proximal en extremidades. Se ingresa a PDS por dependencia grave para ABVD. En laboratorio destaca anemia leve normocítica normocrómica y velocidad de eritrosedimentación elevada. Se sospecha mieloma múltiple o PMR derivándose a medicina interna para completar estudio donde se plantea diagnóstico de PMR indicándose tratamiento corticoidal, con buena respuesta logrando mejoría de funcionalidad, egresando del PDS.

CONCLUSIONES: Para el diagnóstico de la PMR no existe una prueba patognomónica, por lo que para su diagnóstico se consideran los siguientes criterios: Edad de 50 años o más; dolor y rigidez bilateral prolongada en cuello, hombros y/o cadera; elevación de marcadores inflamatorios y rápida mejoría con corticoides.

Este caso ilustra cómo el diagnóstico y tratamiento oportunos pueden revertir la dependencia severa y mejorar la funcionalidad del paciente.

DISCUSIÓN: La dependencia para ABVD es más frecuente en adultos mayores y su etiología debe ser investigada minuciosamente. Identificar y tratar condiciones subyacentes como la PMR puede tener un impacto significativo en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes, permitiendo su recuperación de la dependencia severa. Es esencial concientizar sobre estas patologías para mejorar la atención de los pacientes con dependencia funcional.

ÚLCERA TERMINAL DE KENNEDY, UN SIGNO INMINENTE DE MORTALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Moisés Jahir Rojas Gallardo, Valentina Belén Pardo Fredes, Ivette Rocío Carrasco Moreno
Médicos EDF, CESFAM Santa Anita

INTRODUCCIÓN: Las úlceras terminales de Kennedy son una poliulceración por presión en pacientes terminales, afectando mayormente a los oncológicos. Comparten características similares a otras lesiones por presión lo que resulta difícil de diferenciar, con mal pronóstico.

Se presenta un caso clínico con el diagnóstico de una úlcera de Kennedy, con el objetivo de permitir conocimiento del tema en el equipo clínico.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina 59 años, hipertensa, con cáncer mamario metastásico, presenta una lesión por presión en zona sacra de 4 cm de diámetro. A los 2 días evoluciona tórpidamente, extendiéndose con necrosis. Se deriva a servicio de urgencias por gravedad, manejando el dolor sin tomar conducta en lesión, falleciendo posteriormente.

MATERIAL Y MÉTODO: Las úlceras de Kennedy son de origen multifactorial por disminución del riego sanguíneo en la zona de presión siendo "inevitables". Presentan forma de pera, generalmente en la zona sacra, eritematosas, amarillas o negras de inicio súbito, cambiando rápidamente su tamaño y profundidad. Se diferencia con el resto de las lesiones por presión por su mal pronóstico, donde un 62.5% de los pacientes de un estudio fallecían dos semanas después de su aparición, siendo catalogado como un signo de muerte inminente.

DISCUSIÓN: El cuidado de la piel en la etapa final de la vida ha de tener una atención integral, e individualizada, por profesionales de la salud, la familia y sus cuidadores.

Las lesiones por presión son infradiagnosticadas por el poco conocimiento y a veces cuidados no adecuados. El poder diferenciar este tipo de lesiones podría permitir el diagnóstico cuando sean Úlceras de Kennedy, y con esto crear un plan terapéutico realista a cada paciente, educando a la familia para evitar así ensañamiento terapéutico privilegiando el confort del paciente en esta etapa.

**IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS
COMPLEMENTARIOS EN PACIENTE ADULTOS
JÓVENES CON LUMBAGO**

Nathali J Romero Patiño, Johana Hernández Torrealba, Viviana Rapetta Rodríguez
Medicas Generales Cesfam Las Torres, Peñalolén.

INTRODUCCIÓN: La lumbalgia es una de las causas más frecuentes de consulta médica, estadísticamente tiene la prevalencia más elevada a nivel mundial de las afecciones osteomusculares, siendo la primera causa de discapacidad en todo el mundo, se estima que anualmente 619 millones de personas padecen de lumbalgia. Se puede presentar en cualquier etapa de la vida, aunque presenta un aumento de incidencia con la edad, siendo más frecuente entre los 50 a 55 años de vida, con mayor predominio en el sexo femenino.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 19 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, quien consulto en múltiples ocasiones al inicio del año 2022, tanto en consultas Médicas, como Servicios de Urgencia, por Lumbalgia, siendo manejada solo con AINES en múltiples ocasiones, sin indicaciones de estudios imagenológicos complementarios, a pesar de persistencia y aumento del DOLOR. En noviembre 2022 consulta nuevamente al Servicio de Urgencias por persistencia de DOLOR en zona lumbar, irradiado a extremidades inferiores, con presencia de parestesias, perdida de la fuerza, con alteración de los reflejos osteotendineos, por lo cual se decide derivar al nivel secundario, donde a su ingreso realizan: Resonancia Magnética, que reporta: Voluminoso proceso expansivo intrarraquídeo extradural posterior, centrado a nivel L1 con extensión hasta T12, que determina acentuada mielopatía compresiva, con lesiones nodulares hipercaptantes en las vértebras cervicales, por lo que se decide realizar Biopsia: Con hallazgos concordantes con Neoplasia Maligna de células pequeñas redondas y azules: Sarcoma de Ewing, posteriormente es presentado al comité oncológico, quien dado al avance de la neoplasia maligna deciden realizar manejo por cuidado paliativos.

DISCUSIÓN: El sarcoma de Ewing es un tumor canceroso que se puede desarrollar en cualquier tejido óseo y tejido blando circundante, se presenta en ADULTOS JOVENES en edades comprendidas de los 10 a 20 años, el cual para su diagnóstico amerita estudios imagenológicos como: Radiografías, Resonancias Magnéticas, teniendo una respuesta exitosas al tratamiento en etapas iniciales, siendo más difícil la respuesta terapéutica en estadios tardíos: METASTASIS, etapas donde en su mayoría suele ser diagnosticado. Siendo de suma importancia el énfasis en no desestimar a la población JOVEN que acude a consulta médica con LUMBALGIA recurrente, y de un examen físico exhaustivo reconociendo los signos de alarma, y la realización de estudios imagenológicos complementarios.

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS EN LA CIUDAD DE PUERTO NATALES**

Javiera Andrea Salgado Torres (1), Paula Belén Gutiérrez Espinoza (2), Dominique Pascale Perramont Dezerega (3), Maximiano Andrés Puga Mamut (4), Symón Eduardo Silva Cuello (5)

(1) Médica General, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales

(2) Médica APS, CECOSF Los Lobos La Gloria, Talcahuano

(3) Médica APS, CESFAM Dr. Luis Lozic Pérez, Puerto Natales

(4) Médico APS, CESFAM Los Cerros, Talcahuano

(5) Médico EDF, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales

INTRODUCCIÓN: La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad altamente prevalente que representa un problema de salud pública en Chile y en el mundo. En su fase final se asocia a alta morbimortalidad y alto costo asociado al tratamiento. En este trabajo, se busca caracterizar los pacientes en Hemodialisis en la ciudad de Natales.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, realizado en mayo 2024. Como muestra se cuenta con 44 pacientes atendidos en el Hospital de Natales que representa el total de nuestra ciudad. Se recolectó información de sexo, edad, acceso vascular, motivo de ingreso y comorbilidades. Posteriormente se calcularon frecuencias absolutas, moda y porcentajes. Para análisis de datos se usa plataforma excel.

RESULTADOS: De los 46 pacientes en nuestro centro, el 70,45% son hombres. El 52,27% se encuentra entre 56 y 75 años, resto se reparte en partes iguales en grupo de 25-45 años y 66-85 años. El 63,64% tiene como acceso vascular fistula. Nefropatía diabética destaca como principal etiología de ingreso, seguido por etiología no aclarada 18,18%, glomerulopatías, vasculitis y lupus. Las comorbilidades más frecuentes son hipertensión arterial 68,18%, dislipidemia 38,64% y diabetes 36,36%.

CONCLUSIÓN: De nuestro estudio podemos destacar que, en pacientes mayores, comorbilidades y etiología coincide con las descritas en la literatura. Por otro lado, contamos con alto porcentaje de pacientes jóvenes con etiología no aclarada, autoinmune y hereditaria. Lo cual nos plantea el desafío de profundizar métodos diagnósticos a nivel regional y fomentar la oportunidad en programa trasplante.

**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES DE SALUD
MENTAL EN CESFAM DE PUERTO NATALES**

Dominique Pascale Perramont Dezerega (1), **Javiera Andrea Salgado Torres (2)**, Paula Belén Gutiérrez Espinoza (3), Maximiano Andrés Puga Mamut (4), Manuela Isabel Baldi Fuenzalida (5)

(1) Médico EDF CESFAM Juan Lozic Perez, Puerto Natales

(2) Médica, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales

(3) Médica APS, CECOSF Los Lobos La Gloria, Talcahuano

(4) Médico APS, CESFAM Los Cerros, Talcahuano

(5) Médico EDF, Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos, Puerto Natales

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las enfermedades mentales representan un desafío para la salud pública en Chile, con consecuencias como la pérdida de días laborales y AVISA. La falta de estudios epidemiológicos en este ámbito dificulta el desarrollo de políticas públicas. Globalmente, los trastornos de ansiedad y depresión tienen una prevalencia del 3,78% y 3,44%, respectivamente. En Chile, las cifras son preocupantes: se reporta una prevalencia del 16,2% para los trastornos de ansiedad, 15% para los trastornos afectivos y 14,4% para el abuso de sustancias. Dado esto es importante caracterizar la incidencia de estas enfermedades a partir de datos recientes en pacientes del CESFAM de Puerto Natales, con el fin de orientar intervenciones futuras.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con 921 pacientes atendidos en CESFAM Juan Pérez Lozic en la ciudad de Puerto Natales con diagnósticos psiquiátricos informados en sistema RAYEN desde enero de 2023 a enero de 2024. Se recolectó información acerca de sexo, edad y tipo de patología de salud mental. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes de incidencia.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Según los datos recolectados las 3 enfermedades mentales más prevalentes en la población fueron: 62.76 % para trastorno ansioso, 38.33% para trastorno depresivo y 9.45% para trastornos del sueño. Lo que refleja datos similares a los reportados en Chile y a nivel mundial.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: El estudio en Puerto Natales revela una alta prevalencia de trastornos ansiosos, depresivos, y trastornos del sueño. Estos datos reflejan preocupaciones a nivel local y global sobre la salud mental de Puerto Natales por lo que se deben realizar intervenciones con enfoque integral personalizado para la población atendida. Aunque ofrece información valiosa para intervenciones futuras, el estudio tiene limitaciones metodológicas y de alcance.

**MANEJO Y TRATAMIENTO DE TUMOR LEIOMIOSARCOMA VS
ANGIOSARCOMA MAMARIO**

Christopher Pablo Hantsch Roa (1), Angelyn Fernández Gutiérrez (2), Tatiana Andrea Lantadilla Araya (2), **Catalina Salinas Gómez (3)**, Katalina Torres (4)

(1) Becado Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile

(2) Mastóloga, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(3) Interna de Sexto año de Medicina, Universidad de O'Higgins.

(4) Interna de Séptimo año de Medicina, Universidad de O'Higgins.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los sarcomas mamarios son inusuales, constituyendo el 1% de los tumores malignos de mama. El leiomiosarcoma corresponde a un tipo raro de sarcoma, 5-10%, pudiendo originarse en células musculares lisas de los vasos sanguíneos o en células mesenquimales estromales. Su manejo sigue los principios de otros sarcomas de tejido blando tratándose quirúrgicamente mediante escisión o mastectomía. El objetivo de este estudio es exponer el caso clínico de una mujer joven con diagnóstico histológico incierto plausible con leiomiosarcoma vs angiosarcoma de mama, con evaluación inicial de tumor phylloides maligno.

CASO CLÍNICO: Mujer de 20 años con antecedentes de leiomioma subcutáneo, derivada por crecimiento acelerado de nódulo en mama derecha. Al examen físico destacan 3 nódulos en CSED, duros y móviles. Ecografía mamaria evidencia 3 nódulos, uno en CSED de 22 mm, aparente aspecto sólido y marcada vascularización; junto a otros dos en CSID, mixtos, de 25 y 10 mm. Biopsia core a nódulo sólido muestra tumor phyllodes maligno con diferenciación heteróloga angiosarcomatosa. En este contexto se decide mastectomía parcial, cuya biopsia evidencia marcadores CD31, ERG, FLI-1, BCL2 positivos, compatible con angiosarcoma con patrón epiteliode, multifocal, márgenes positivos. RNM de control revela hallazgos de enfermedad residual. Dado lo anterior se propone mastectomía total.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Posterior a mastectomía parcial pieza quirúrgica de 20 gr, con lesión mayor de 3.5 cm en CSID. Compatible con angiosarcoma con patrón epiteliode. Márgenes quirúrgicos positivos. RNM con nódulo único en CSED hacia proyección axilar con infiltración dermoepidémico. Se decide mastectomía total derecha, en la cual se evidencia nódulo palpable CSED hacia prolongación axilar, muy vascularizado, de 15 mm.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: Debido a la rareza de esta neoplasia, la información actual se basa en series retrospectivas o informes de caso, por lo que el enfoque diagnóstico y terapéutico son variados, sin permitir estandarizar las conductas, siendo un desafío para el clínico

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ricardo Javier Salvador Miguez (1), José Felipe Mayoral Hormazabal (2)

(1) Médico Cirujano, CECOSF San Fernando.

(2) Médico Cirujano, PSR, Agua Buena.

INTRODUCCIÓN: La Artritis Idiopática Juvenil es la enfermedad reumática inflamatoria crónica más frecuente en la infancia, que agrupa todas las artritis inflamatorias de inicio en menores de 16 años, con duración mayor de 6 semanas y de causa desconocida. Actualmente se dispone de criterios clínicos eficientes para detectar y diagnosticar oportunamente en Atención Primaria Salud (APS). Un cuadro clínico de mono o poliartritis, junto con la aplicación de criterios de exclusión de otras patologías, tales como infecciones y/o tumores, deben levantar sospecha de diagnóstico. Las distintas presentaciones y su clasificación diagnóstica deberán ser realizadas por un Reumatólogo, pero su sospecha debe ser establecida en APS.

CASO CLÍNICO: Se expone el caso de una paciente adolescente de 12 años que presenta artralgia de grandes articulaciones, astenia y rigidez articular matutina, que luego de acudir a consulta en APS se establece sospecha diagnóstica y posterior derivación a servicio de Reumatología, donde recibe diagnóstico de artritis idiopática juvenil.

OBJETIVO: Revisar y ahondar las características diagnósticas fundamentales de la Artritis Idiopática Juvenil a través de un caso clínico.

DISCUSIÓN: Por ser la enfermedad reumática inflamatoria crónica más frecuente en la infancia y debido a que su identificación inicial debe ser en APS, resulta primordial el reconocimiento clínico correcto con un abordaje integral en pacientes menores de 16 años, como el caso en cuestión.

CONCLUSIÓN: La importancia en esta patología de aplicar de una manera correcta herramientas como la anamnesis y el examen clínico en APS para su posterior derivación a Reumatología y accionar terapéutico, se ve reflejada en este caso clínico que destaca por su manifestación clínica rápidamente progresiva y disminución de la calidad de vida.

**ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO
POR ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, 2019-2022 EN CHILE**

**Maria Eugenia Sanguinetti Godoy (1), Gabriel Sanguinetti G. (2), Fiorella Rangel R. (3),
Claudio Díaz R. (4)**

(1) Médico Cirujano, DSM Chimbarongo.

(2) Médico Cirujano, DSM Marchigue, Servicio de Salud de O'Higgins.

(3) Médico cirujano, DSM Litueche, Servicio de Salud de O'Higgins.

(4) Médico Cirujano, CESFAM Santa Cruz, Servicio de Salud de O'Higgins

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La anemia por déficit de hierro (ADH) es la deficiencia nutricional más común en el mundo; requiriendo manejo intrahospitalario según la gravedad de la enfermedad. El objetivo principal de este estudio es analizar la tasa de egreso hospitalario (TEH) de ADH en Chile del 2019 a 2022.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal, sobre los egresos hospitalarios por ADH entre los años 2019-2022 en Chile (n=6171). Se utilizaron datos públicos proporcionados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, se calculó TEH. No se requirió comité de ética.

RESULTADOS: Se evidenció una TEH para el año 2019 de 27,31 disminuyendo para el año 2020 con 22,72/100.000 habitantes. En cuanto al sexo la TEH resultó mayor en el sexo femenino de con 22,22 y del sexo masculino con una TEH 6,4/100.000 habitantes. El grupo etario de 80 años y más presentó la mayor TEH con 67,66.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: Se evidencia una baja en la TEH entre el año 2019 y 2020, esto podría deberse a la conversión de camas durante el inicio de la pandemia por SARS-COV-2 el año 2020, dándole prioridad a hospitalizaciones por causas respiratorias. La ADH se refleja una mayor prevalencia en el sexo femenino, aumenta posiblemente la TEH en este sexo, esto se pudiese explicar por las anemias debidas a deficiencias nutricionales y a los trastornos de la menstruación. En los adultos mayores la ADH podría estar relacionada con las múltiples comorbilidades de la población adulta mayor, polifarmacia y afecciones inflamatorias crónicas condiciones de salud que pueden llevar a un aumento en las hospitalizaciones. En conclusión, la ADH representa un amplio número de hospitalizaciones en Chile, por lo que es relevante su estudio, especialmente en algunos grupos de mayor riesgo.

**QUERATITIS BACTERIANA, RELEVANCIA DE DIAGNÓSTICO
TEMPRANO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Cristóbal Ramiro Soto Pérez (1), Rocío Anabel Gutiérrez Monsalve (2),
Daniela Moisés Navarro Marcano (1)**
(1) Médicos APS, CESFAM Los Quillayes.
(2) Médico EDF, CESFAM Los Quillayes.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La identificación temprana y el manejo adecuado de la queratitis bacteriana y sus complicaciones como el hipopión son clave en la atención primaria para evitar el deterioro visual. Es crucial distinguir esta condición de otras queratitis (infecciones virales, fúngicas, por *Acanthamoeba*) y causas de hipopión (uveítis, lesiones) para un tratamiento efectivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión ficha clínica paciente y bibliografía acorde. Análisis de la literatura.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina, 65 años, Hipertensa, Diabética tipo 2 Insulino Requirente y Dislipidémica, acude a morbilidad por dolor en ojo derecho (OD^o) de 2 semanas de evolución, asociado a imposibilidad de apertura ocular. Se derivó a oftalmología por OD^o con pus a nivel de cámara anterior, junto con ojo rojo periquerático. Presenta antecedentes oftalmológicos de pseudofaquia catarata ojo izquierdo (OI^o) y sospecha de catarata traumática OD^o por antecedente confuso de trauma ocular a los 18 años. Por sospecha diagnóstica de Queratitis fúngica, se realiza cultivo e inicio de tratamiento antibiótico profiláctico no comprado por falta de recursos económicos. Resultado de cultivo positivo *Moraxella* y *Staphylococcus Capitis Multi* sensible permite diagnóstico de Queratitis Bacteriana e inicio de tratamiento con Moxifloxacino 1 gota cada 1 hora por 1 semana y Azitromicina 500mg 1 comprimido por 6 días. Paciente actualmente sin dolor, se mantiene con ceguera en OD^o y en tratamiento por glaucoma OI^o.

DISCUSIÓN: La prevención en oftalmología es clave dada la relación entre queratitis bacteriana, hipopión y el riesgo de pérdida visual.

CONCLUSIONES: Se necesita educación y medidas preventivas para los profesionales de salud y la población general, incluyendo el uso seguro de lentes de contacto y la rápida atención médica ante signos de infección ocular para evitar complicaciones.

**HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE
PREDISPOSICIÓN GENÉTICA O FORMACIÓN DE NEOANTÍGENOS POR
FACTORES DESENCADENANTES COMO VIRUS O FÁRMACOS.
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**José Antonio Suárez Gómez (1), Jerry Enrique El Yamel Vera (1),
Nora Margarita Mendoza Martínez (1), Ignacia Olivares de la Cerda (2), Victoria Uribe R. (2)**
(1) Médicos Generales, CESFAM Padre Joan Alsina
(2) Estudiantes de Medicina Universidad Autónoma

INTRODUCCIÓN: La hepatitis autoinmune es un trastorno poco frecuente y falta dilucidar con claridad la etiología y las bases moleculares asociadas; probablemente existe un origen en la interacción de factores como la predisposición genética, pérdida de tolerancia inmunológica, formación de neoantígenos por factores infecciosos, medicamentos o mimetismo molecular.

OBJETIVOS: Describir los hallazgos clínicos y paraclínicos para el diagnóstico de hepatitis autoinmune en un paciente sin predisposición genética o factores desencadenantes, en APS.

MATERIAL Y MÉTODO: Ficha clínica, entrevista con el paciente y revisión bibliográfica.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 55 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y colelitiasis, refiere desde febrero del 2023, dolor abdominal difuso, intermitente, de intensidad variable, en hemiabdomen superior, asociado a sensación de debilidad y prurito generalizado, consulta en APS en 2 oportunidades, manejada de forma sintomática. Síntomas persisten intermitentemente hasta enero del 2024, cuando asocia episodios de hematemesis con duración de 2 días, autolimitado, con pérdida en el último mes de 6 kilogramos, por lo que reconsulta se solicitan exámenes tomados en Marzo 2024 IgM:704; IgG:3674; AlfaFetoproteína:11,6; ANA:+(1/2560); AMA:+1/200; TP:17,6Seg; TPT:48,8Seg; INR:1,53; Plaquetas:83; BT:1,6; BD:0,4; BI:1,2; GGT:152; GOT:161; GPT:120; FosfatasaAlcalina:164; LDH:294. EDA (08/03/2024): Varices Esofágicas pequeñas, Gastropatía antral eritematosa moderada.

DISCUSIÓN O COMENTARIOS: Durante los primeros meses el cuadro clínico fue manejado como gastroenteritis aguda, sin considerar necesidad de mayor estudio. Si bien se realizó control de perfil hepático posteriormente, con evidencia de elevación de BT a predominio de BD, se desestimó continuar estudio hasta aproximadamente 7 meses después, donde por persistencia de clínica asociada a hematemesis y pérdida de peso se amplía estudio, con hallazgos sugerentes de hepatitis autoinmune, por lo que se derivó a nivel secundario.

CONCLUSIONES: Es frecuente subestimar la clínica inicial de patologías más complejas, especialmente en APS. Es importante reforzar el análisis clínico y diagnósticos diferenciales, con la finalidad de pesquisar a tiempo patologías complejas, para así tratar y/o derivar oportunamente.

**OSTEOMIELITIS SECUNDARIA A FRACTURA EXPUESTA NO TRATADA:
CLASIFICACIÓN DE GUSTILO COMO PILAR DEL CONOCIMIENTO
TRAUMATOLÓGICO DE MÉDICOS GENERALES EN ATENCIÓN
PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

**José Antonio Suárez Gómez (1), Jerry Enrique El Yamel Vera (1),
Nora Margarita Mendoza Martínez (1), Ignacia Olivares de la Cerda (2), Victoria Uribe R. (2)**
(1) Médicos Generales, CESFAM Padre Joan Alsina
(2) Estudiantes de Medicina Universidad Autónoma

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis puede ocurrir en hasta un 25% de fracturas expuestas; depende de la gravedad de la lesión, la contaminación, el aseo quirúrgico dentro de las primeras horas, la administración de antibióticos según la clasificación de Gustilo y la presencia de fractura conminuta e incisión quirúrgica >10 cm.

MATERIAL Y MÉTODO: Ficha clínica, entrevista con el paciente y revisión bibliográfica.

CASO CLÍNICO: Femenina de 28 años sin antecedentes mórbidos, consulta en urgencias por accidente automovilístico, es evaluada y se constata fractura en falange distal de índice derecho, se limpia superficialmente, se sigue evidenciando tierra y material orgánico en la herida, se indican analgésicos más antibiótico vía oral por 7 días, se inmoviliza el dedo y se realiza interconsulta para traumatología. Luego de dos meses la citan y el especialista observa signos radiológicos de osteomielitis, diagnosticando fractura expuesta no tratada y osteomielitis incipientes en falange distal de dedo índice derecho.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: El manejo de este caso dependía en un 90% de la clasificación de Gustilo, la cual no fue aplicada, en desmedro de la paciente. Afortunadamente en la falange se formó un secuestro óseo, es decir, el fragmento necrótico quedó separado del hueso viable. El hueso sobreviviente y el periostio produjeron una vaina de hueso la cual rodea el área de necrosis, que se conoce como un involucro. Tanto el secuestro como el involucro pueden ser evidentes radiográficamente.

CONCLUSIÓN: Mediante este caso apreciamos lo imprescindible que resulta para el médico general manejar la clasificación de Gustilo. Esto, permite iniciar tratamiento antibiótico temprano y derivar oportunamente para evitar complicaciones como la presentada. No olvidar que una fractura expuesta es una emergencia traumatológica.

**EXPERIENCIA EN CIRUGÍA MENOR EN HOSPITAL FAMILIAR DE BAJA
COMPLEJIDAD DE LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA**

Bruno Héctor Gabriel Toro Escobar (1), Javiera Andrea Ponce Castro (1)
Catalina Simone Reyes Sepúlveda (2)
(1) Médicos EDF, Hospital de Loncoche
(2) Odontóloga EDF, CESFAM Curarrehue

INTRODUCCIÓN: La cirugía menor (CM) representa un componente importante en la atención primaria de salud (APS), logrando el manejo efectivo de patología quirúrgica y dermatológica benigna en entornos hospitalarios de baja complejidad, como el Hospital de Loncoche (HL), reduciendo el requerimiento de atención de especialidad.

OBJETIVOS: Realizar un análisis descriptivo de la población sometida a CM, tipos de procedimientos quirúrgicos y resultados histológicos de tejidos obtenidos en las cirugías realizadas durante los años 2021-2023 en HL.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los registros médicos de pacientes sometidos a CM en HL durante los años 2021-2023. Se recopilaron datos demográficos, tipos de procedimientos quirúrgicos, y resultados de biopsias informadas.

Resultados: Se identificaron 131 pacientes sometidos a procedimiento de CM, con edad promedio de 53 años, de los cuales el 64,1% fueron mujeres. Los procedimientos más comunes fueron la extirpación de lesiones cutáneas (56,5%) y onicectomía parcial (40,5%). Se realizaron 44 biopsias, con un 100% de resultados benignos.

CONCLUSIONES: La CM en el HL ha sido un gran aporte en disminuir la lista de espera y derivaciones a nivel secundario. Las biopsias informadas mostraron resultados benignos, sin reporte de complicaciones en procedimientos realizados.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: La realización de CM en el HL ha sido una gran herramienta para aumentar la resolutivez en APS. Dentro de los puntos claves en el correcto funcionamiento de la CM es la adecuada diferenciación clínica entre lesiones benignas y malignas, dado que las primeras podrán ser manejadas y resueltas bajo ciertos criterios en hospitales de baja complejidad. Sin embargo, una apropiada derivación ante sospecha de malignidad es esencial para mejorar resultados del paciente y evitar complicaciones en CM.

TUMOR DE FRANTZ: NEOPLASIA PSEUDOPAPILAR PANCREÁTICO EN JOVEN EMBARAZADA REVISIÓN DE LITERATURA

Christopher Pablo Hantsch Roa (1), Sergio Fernando Chaparro Bustamante (2),
Ángela Margarita González Yáñez (3), **Katalina Andrea Torres Díaz (3)**,
Macarena Alejandra Prado Flores (4)

(1) Becado Cirugía General, Universidad de Santiago de Chile

(2) Cirujano Bariátrico, Hospital Dr. Franco Ravera Zunino

(3) Interna de Séptimo año de Medicina, Universidad de O'Higgins

(4) Interna de Sexto año de Medicina, Universidad de O'Higgins

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existen diversos tipos de lesiones quísticas pancreáticas, se describen adenomas micro quísticos serosos, neoplasias quísticas mucinosas, neoplasias mucinosas papilares intraductales, neoplasias neuroendocrinas quísticas y neoplasias pseudopapilares sólidas del páncreas, también conocido como Tumor de Frantz. Éste último es una de las neoplasias menos comunes dentro de los tumores exocrinos de la glándula, representando el 1-2% de todos los tumores exocrinos localizados en el páncreas, generalmente asintomática, puede invadir órganos locales o a distancia. Afecta principalmente a mujeres, en relación 1:10, a una edad promedio de 30 años. El objetivo de este estudio, es presentar un caso femenino de 37 años, con tumor de pseudopapilar retroperitoneal concomitante con un embarazo de primer trimestre y su manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 37 años, nacionalidad haitiana, cursando embarazo de 14 semanas, con síntoma de masa abdominal palpable que, durante estudio ecográfico pre-natal, se reporta imagen nodular de aspecto sólido-quístico, tabicada y vascularizada, en plano mesentérico a nivel epigástrico, de 14.1 cm diámetro. Resonancia magnética abdominal, informa lesión sólido-quística multitabicada, de contornos bien definidos, en cola de páncreas, dimensiones 13x13x14 cm. Sospecha de neoplasia quística mucinosa. Marcadores tumorales que resultan en CEA: 1.1, Ca125: 22.5, AFP: 35.65.

RESULTADO Y CONCLUSIONES: Se realiza resección vía laparoscópica, ingreso a la transcavidad de los epiplones, se evidencia de tumor tamaño 20-25 cm, retroperitoneal en relación a cola de páncreas, vascularizado. Sin adherencia a otros órganos. Procedimiento sin incidentes. Biopsia informa neoplasia pseudopapilar sólida de páncreas. Estudio inmunohistoquímico: vimentina y beta catenina positiva intenso en un 100% para células tumorales. CD56 positivo débil. Ki67 menor a 1. (Se adjunta multimedia)

DISCUSIÓN O COMENTARIO: Casos infrecuente en la práctica clínica, múltiples factores de riesgos, incluidos el aumento hormonal durante el embarazo. Requiere un manejo multidisciplinario, desde obstetricia, cirugía digestiva y oncología.

CARACTERIZACIÓN MICROBIOLÓGICA, SENSIBILIDAD Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN UROCULTIVOS REALIZADOS EN CESFAM DR FEDERICO PUGA BORNE, DURANTE 2021-2022, DE LA COMUNA DE CHILLÁN VIEJO.

Katherine Daniela Zúñiga Pérez (1), Khaled Said Rumie Diaz (2) David Alfonso Tapia Tapia (3) Harry Daniel Orellana Gutiérrez (4),
(1) Médica, CESFAM Dr. Federico Puga Borne, Ñuble
(2) Médico EDF, DESAMU El Carmen, Ñuble
(3) Médico APS, CESFAM Dr. Federico Puga Borne, Chillán Viejo
(4) Médico APS, CESFAM San Ramón Nonato, Chillán

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección urinaria (ITU), es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria. Se estima que el 90% del consumo de antibióticos se produce en la atención primaria. En nuestro centro, el urocultivo inmediato muchas veces no se encuentra disponible, por lo tanto, debemos utilizar tratamiento empírico de acuerdo con el stock de cada CESFAM, por esto es necesario conocer los microorganismos más frecuentes y sus respectivas sensibilidades y resistencias.

MATERIAL Y MÉTODO: Se solicitaron los resultados de urocultivo a laboratorio Arauco, analizando las muestras 2021-2022, siendo 478 urocultivos, y se tabularon los resultados en planilla dinámica Excel, se contabilizaron los microorganismos, sensibilidades y resistencias de los antibióticos disponibles.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se analizaron 478 urocultivos positivos con >100.000 ufc/ml, siendo 85.3% mujeres y 14.6% hombres. Del total, 74.2 % fueron *Escherichia coli* (EC), 6.6% *Klebsiella pneumoniae*, 5.4% *Enterococcus faecalis*, 2.3% *Klebsiella oxytoca*, 2.0% *Streptococcus* grupo viridans, 1.8% *Proteus mirabilis*, 1.6% *Pseudomonas aeruginosa*, 5.5% otros. En el antibiograma de EC obtuvimos las siguientes sensibilidades: 94% a ceftriaxona, 93% gentamicina, 91% nitrofurantoina, 87% cefadroxilo, 76% trimetropin-sulfametoxazol, y 65% ciprofloxacino. Y resistencias: 35% a ciprofloxacino, 22% trimetropin-sulfametoxazol, 11% cefadroxilo, 7% nitrofurantoina, 5.9% gentamicina, 5.0% ceftriaxona.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: El principal microorganismo causante es la EC, tanto en la literatura como en nuestro estudio, el segundo más frecuente fue *Klebsiella pneumoniae*, ambos microorganismos fueron los principales en otro estudio realizado en Chile (Región de O'Higgins). En cuanto a nuestra mejor sensibilidad de antibióticos de uso ambulatorio tenemos a nitrofurantoina y cefadroxilo, con mejores sensibilidades que otras series, en cuanto a la resistencia predomina ciprofloxacino y trimetropin-sulfametoxazol lo cual es similar a cifras nacionales.

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES MICRO Y MACRO-
VASCULARES EN POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
(DM2), PERTENECIENTES AL CESFAM DR. FEDERICO PUGA BORNE.**

Katherine Daniela Zúñiga Pérez (1), Khaled Said Rumie Diaz (2), Poul Ángel Romero Lagos (3)
Sigrid Mariana Osorio Inostroza (3)

(1) Médica, CESFAM Dr. Federico Puga Borne, Ñuble

(2) Médico EDF, DESAMU El Carmen, Ñuble

(3) Internos de Medicina Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La DM2 es un problema de salud pública por su prevalencia y sus complicaciones, creemos que el conocimiento en materia de complicaciones contribuye a su prevención, nuestro objetivo es determinar el nivel de conocimiento que tienen nuestros pacientes y cuáles son las que generan mayor temor, para poder dar énfasis en ellas y así evitarlas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se aplicaron encuestas al azar a usuarios con diagnóstico de DM2. La encuesta consistió en 2 preguntas: Nombre 6 complicaciones que pudiera generar su DM2 con mal control metabólico (las respuestas se agruparon en 6 tópicos) y cuál es la que le genera mayor temor.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se analizaron 145 encuestas, de usuarios entre 29-88 años, con un promedio de 63 años, 49.6% con nivel educacional igual o menor a 8vo básico, 28.2% enseñanza media completa, y 9.6% estudios superiores. 67.5% con diagnóstico hace 5 años o más. Un 1.3% mencionó las 6 complicaciones esperadas, 2.7% obtuvo 5, 10.3% obtuvo 4, 65.6% entre 1 y 3, y 21.3% ninguna complicación. Las patologías de mejor mención fueron pie diabético (60% de mención) y retinopatía diabética (55.6%), las de menor mención fueron enfermedad cerebrovascular (13.7%) y arteriopatía periférica (10.3%). Un 31% le teme a retinopatía diabética, 31% a pie diabético y 17% a cardiopatía coronaria, 15% enfermedad cerebrovascular.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS: A pesar de los esfuerzos realizados para poder educar a la población aún existe un desconocimiento del total de las complicaciones secundarias al mal control metabólico. Con esta información queremos proponer mejoras en nuestro CESFAM, por ejemplo, realizar educación durante la toma de electrocardiograma de rutina.

**TAPONAMIENTO CARDIACO: COMPRESIÓN CARDIACA Y COLAPSO
CIRCULATORIO. REPORTE DE CASO.**

Juan Pablo Ortega Márquez (1), Franco Patricio Ferrada Arias (2),
Camila Andrea Orellana Pellet (3).

(1) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Cobquecura.

(2) Médico EDF, Centro de Salud Familiar San Nicolás

(3) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Lirquén

INTRODUCCIÓN: El Taponamiento cardiaco (TC) es una emergencia médica producida por la compresión de las cámaras cardiacas a causa de una acumulación anormal de líquido en el espacio pericárdico. En la mayoría de los casos se presenta de forma insidiosa, permitiendo la puesta en marcha de mecanismos de adaptación hemodinámica que evitan un deterioro clínico abrupto.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, 32 años, con antecedentes de Hipertensión arterial y Obesidad mórbida. Hospitalización por Pericarditis complicada con derrame pericárdico a los 30 años. Consultó por cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, de 1 semana de evolución. Al monitoreo de signos vitales, normotenso, taquicárdico y polipneico; pulsioximetría de 70%. Al examen físico destaca consciente, vía aérea permeable, cianosis perioral e ingurgitación yugular. Tonos cardiacos apagados regulares y aumento considerable del esfuerzo respiratorio.

Se manejó inicialmente con oxigenoterapia de alto flujo y volumen parenteral, permitiendo una derivación oportuna al hospital de referencia, donde se apoyó con drogas vasoactivas y soporte ventilatorio avanzado. Dada la inestabilidad hemodinámica persistente se trasladó a hospital de alta complejidad, donde se confirmó TC (vía ecográfica) y se procedió a su manejo mediante pericardiocentesis de emergencia, dando salida a 1185 cc de líquido citrino, mejorando la condición clínica y hemodinámica del paciente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El TC es una entidad de alto riesgo que requiere un reconocimiento precoz y un soporte inicial adecuado para evitar el colapso circulatorio. La pericardiocentesis sigue siendo su terapia específica, por lo que el adecuado conocimiento de la técnica es crucial en su abordaje. Su pronóstico depende principalmente del compromiso hemodinámico y de la etiología, sin embargo, en el 40% de los casos moderados y graves no se encuentra una causa inicial aparente, por lo que muchos pacientes son catalogados como "idiopáticos", lo que predispone su recurrencia.