

Jornada Científica
ANACEM 2025

Libro de
RESÚMENES



REVISTA
ANACEM

ANACEM

CHILE

ASOCIACIÓN NACIONAL
CIENTÍFICA
DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Volúmen 19

|

Suplementario 1

|

2025



Sobre la Revista

La Revista ANACEM es la publicación científica oficial de la Asociación Nacional Científica de Estudiantes de Medicina de Chile (ANACEM Chile), entidad que incorpora a las principales Sociedades y Academias científicas de estudiantes de Medicina a lo largo del país. Publica semestralmente trabajos originales e inéditos sobre temas de interés médico y de Ciencias Biomédicas, dando preferencia a los relacionados con la Medicina y sus especialidades derivadas.

Esta publicación está abierta a todos los estudiantes del área de la salud y profesionales del ámbito, sin distinción ni predilección por carrera o universidad, con la condicionante que en el equipo de trabajo exista al menos un estudiante de la carrera de medicina.

En cuanto a los aspectos formales la Revista ANACEM se publica, al menos, anualmente y cuenta con el ISSN 0718-5308 en versión Impresa, 0718- 7041 en versión Online y Digital Object Identifier (DOI) 10.70536/RevANACEM.

El proceso de evaluación y posterior selección de artículos que son enviados a la Revista ANACEM se efectúa por medió del comité científico, basándose en pautas públicas y validadas a través del arbitraje por pares (peer review) con la participación de evaluadores internos y externos, y comprende dos aspectos: 1. De forma, para medir el cumplimiento de normas internacionales de edición. 2. De contenido o fondo para asegurar la calidad de éstos, este último es efectuado mediante el sistema de evaluación por pares.

DIRECTORIO

Presidenta:

Javiera Paz Carrillo Barrientos

Alumna de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Vicepresidente:

David Andrés Saavedra Cordero

Alumno de medicina, Universidad de Valparaíso Sede San Felipe, San Felipe, Chile.

Secretario

Lucas Morales Salgado

Interno de Medicina, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

Tesorero

Alexis Maximiliano Fernández Morales

Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña Del Mar, Chile.

Fiscal

Osvaldo Antonio Bartsch Mundaca.

Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Secretarías Participes

Investigación

Secretario de Investigación:

Paolo Alexander Ruiz Gómez

Interno de Medicina, Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile.

Revista

Editor en Jefe:

Nicolás Aninat Duque

Alumno de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

Fundamento

Secretaría de Investigación
ANACEM Chile

PREÁMBULO

La Asociación Nacional Científica de Estudiantes de Medicina de Chile (ANACEM Chile) fue fundada el año 1994 por estudiantes de las principales escuelas de medicina del país con el fin de promover la actividad científica mediante la formación de vínculos colaborativos entre sociedades y academias científicas de estudiantes de medicina de todo el país, que permitan fomentar y difundir la investigación en ciencias biomédicas desde pregrado. A día de hoy, la Asociación reúne a Sociedades y Academias de más de 25 escuelas de medicina del país, beneficiando directamente con su gestión a más de 2.000 estudiantes de medicina.

En los aspectos formales, la Asociación es una corporación de derecho privado, constituida y regida por las normas del Título XXXIII del Libro Primero del Código Civil y por la Ley 20.500, encontrándose inscrita en el Registro Nacional de Personas Jurídicas Sin Fines de Lucro con el número 125.545.

Por otra parte, edita desde el año 2007 la Revista ANACEM, órgano oficial de difusión científica. Publicando anualmente artículos de investigación originales e inéditos en ciencias biomédicas provenientes de Chile y Latinoamérica. Su edición en línea está registrada con el ISSN 0718-7041 y está disponible con acceso libre en el sitio web www.revista.anacem.cl. Además de lo anterior, se encuentra indizada o compilada en 8 índices, que incluyen EBSCO, LILACS, DOAJ y Google Scholar.

Con el fin de dar cumplimiento a sus objetivos, la Asociación, por medio de la Secretaría de Investigación, organiza la jornada científica con la intención de brindar un espacio de encuentro y aprendizaje para los estudiantes de medicina de Chile, fomentando el intercambio de conocimientos, promoviendo la investigación en el ámbito del pregrado y contribuyendo al desarrollo profesional de los futuros médicos. A través de ponencias, presentaciones de trabajos científicos, casos clínicos y mesas de discusión, buscamos estimular el pensamiento crítico, la innovación y el espíritu investigador entre los participantes, así como fortalecer la conexión entre la teoría y la práctica médica. Además, aspiramos a generar redes de colaboración y compartir experiencias que enriquezcan el desarrollo académico y científico de los estudiantes.

De acuerdo al artículo vigésimo segundo del Reglamento de Congresos Científicos de la Asociación Nacional Científica de Estudiantes de Medicina de Chile (ANACEM Chile), se aceptará toda postulación de trabajos científicos (TC) y/o casos clínicos (CC) realizado por Estudiantes de Medicina de Universidades reconocidas y acreditadas por el Ministerio de Educación, que cumplan con el puntaje mínimo requerido según la pauta de evaluación. En caso de profesionales, y/o estudiantes de medicina extranjeros que envían TC y/o CC sólo bastará que cuenten con puntaje suficiente en la pauta de evaluación. Los trabajos deben ser originales e inéditos y no

podrán haber sido presentados previamente en otros congresos, ni publicados en revistas científicas. Tampoco serán aceptados aquellos trabajos que sólo contengan modificaciones de la muestra de trabajos previamente presentados en otros congresos. Sí se aceptarán trabajos que hayan sido presentados en jornadas científicas regionales o locales, así como aquellos trabajos derivados de tesis y otros proyectos de investigación.

DEFINICIONES

Dado su valor práctico para el entendimiento de la actividad, se definen los siguientes términos.

1. Comité Organizador: Comité encargado de elaborar el programa científico, organizar las sesiones, ponentes, etc., y velar por la calidad científica y académica del evento.
2. Comité Científico: Conjunto de estudiantes, académicos y/o profesionales destacados en las diversas áreas y disciplinas consideradas en el evento, quienes evaluarán los resúmenes enviados, pósters y las exposiciones de los trabajos científicos seleccionados.
3. Trabajo Científico (TC): Escrito en el cual el autor comunica la obtención de cierta información por medio de un conjunto de actividades racionales y precisas que contribuyen al entendimiento de algún fenómeno de la naturaleza y explica cómo hizo para obtenerla.
4. Resumen: Formato de envío del trabajo científico para evaluación del comité respectivo y publicación en el libro de resúmenes.
5. Categoría de trabajo: Tipos de trabajos científicos que pueden participar de la competencia científica.
6. Autor: Persona natural que es estudiante de pregrado o interno de medicina y que cumple con los criterios de autoría establecidos por el Interna-

tional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) y que cuenta con al menos un trabajo científico de su autoría aprobado para la competencia científica. Un (a) autor (a) puede desempeñarse como expositor (a) y/o autor (a) de correspondencia, no podrán figurar como autor/a los tutores de los estudiantes. Criterios de Autoría ICMJE:

- A. Contribuciones sustanciales a la concepción y diseño, adquisición de datos o análisis e interpretación de datos;
- B. Redactar el artículo o revisarlo críticamente en busca de realizar aportes intelectuales importantes;
- C. Aprobación final de la versión que se publicará
- D. Acuerdo de ser responsable de todos los aspectos del trabajo para garantizar que las preguntas relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo se investiguen y resuelvan adecuadamente.

7. Expositor: Persona natural que es estudiante de pregrado o interno de medicina inscrito en el evento, que cumple con la definición de autor y que actuará como presentador de un trabajo científico de su autoría en la competencia científica.

8. Autor de Correspondencia: Persona natural que es estudiante de pregrado o interno de medicina inscrito en el evento, que cumple con la definición de autor y quien se hará responsable de mantener la comunicación con el Comité Científico sobre lo referente a su trabajo científico.

9. Tutor: Persona natural que es académico y que veló por los cumplimientos éticos, junto con brindar orientación a los autores de un trabajo científico, en relación con su concepción, diseño, implementación, análisis, interpretación y/o discusión de sus resultados. El tutor no podrá figurar como autor de correspondencia o expositor. Los tutores de los trabajos presentados deben inscribirse como último autor dentro del documento de "Responsabilidad de Autoría".

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considerando la importancia de la ética en la investigación, se requiere que los autores que deseen participar en la jornada científica cumplan con ciertas consideraciones éticas fundamentales. Esto se llevará a cabo según las normas éticas mundialmente convenidas por la World Medical Association, como se establece en la Declaración de Helsinki. A partir de esto, se estipulan como bases éticas mínimas exigibles los siguientes 11 puntos modificados a partir de la declaración de Helsinki:

1. La investigación bio-médica debe atenerse a los principios aceptados por el Colegio Médico de Chile (Ver Código de Ética, www.colegiomedico.cl);
2. El diseño y ejecución de los trabajos científicos deben formularse en un protocolo de investigación, el cual debe ser aprobado por un comité ético independiente. Dicho comité debe ajustarse a las normas del país.
3. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La importancia del objetivo debe guardar proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en la investigación.
5. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. Siempre debe respetarse la vida privada del participante y reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante, así como en su personalidad.
7. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados.
9. Se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles riesgos del estudio y las molestias que puede conllevar. Además, todo participante tiene la libertad de abstenerse de participar y revocar en

cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para su participación.

10. En caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal conforme a la legislación nacional. Cuando un menor de edad se encuentra capacitado para otorgar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento otorgado por su tutor legal. En su defecto, se aceptará el informe del Comité de Ética del recinto hospitalario.

11. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas aquí descritas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki con sus posteriores modificaciones. En caso de haberse realizado procedimientos experimentales en animales se exigirá que se haya cumplido con los estándares institucionales e internacionales, de acuerdo con lo publicado por la Office of Laboratory Animal Welfare del National Institute of Health <http://grants.nih.gov/grants/olaw/references/phspol.htm>.

Se exigirá a todos los Trabajos de Investigación y Casos Clínicos mencionar las Consideraciones Éticas realizadas durante la investigación o análisis del caso. Para esto se exige contar con Consentimiento Informado, Autorización del Comité de Ética, Médico Tratante y Paciente cada vez que corresponda. Estas consideraciones son personales y por lo tanto, son variables según el tipo de trabajo científico, sin embargo, sugerimos algunas pautas sobre las cuales pueden basar la solicitud de Consentimientos Informados y otros, sin ser ésta la forma exigida para el Congreso.

De acuerdo a la Ley 20.120 y 20.548 y a los Decretos 114/2010, 41/2012, 30/2012, los Casos Clínicos no debiesen contener información identificable de los pacientes. Esto se entiende como cualquier dato que permita vincular el caso con la identidad de la persona.

ADMISIBILIDAD

Tuvieron derecho de admisibilidad aquellos trabajos realizados con hasta dos años de antigüedad relacionados con cualquiera de las categorías propuestas, siempre que sean inéditos, y no hayan sido presentados ni publicados previamente en otros congresos o en revistas científicas. El número máximo de trabajos a aceptar será determinado y comunicado oportunamente por el Comité Científico, pudiendo modificar este número durante cualquier punto de la realización del evento. Podrán ser aceptados:

Trabajos Científicos (TC): Estudios de investigación descriptivos, analíticos, observacionales o experimentales del área biomédica.

Casos clínicos (CC): Se definen como casos clínicos, la discusión de una o más situaciones clínicas que presenten algún aspecto que sea relevante en torno al diagnóstico, tratamiento o evolución de la enfermedad o que representen una situación clínica de baja prevalencia en la población y que tenga la necesidad de ser destacable y discutible. Los trabajos deberán enmarcarse obligatoriamente a una de las siguientes categorías generales:

- Medicina Interna, que incluye las siguientes especialidades: Cardiología, Endocrinología, Broncopulmonar, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Medicina Intensiva, Nefrología, Oncología Médica, Reumatología.
- Cirugía General, que incluye las siguientes especialidades: Cirugía de Cabeza, Cuello y Máxilo Facial, Cirugía de Tórax, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Vascular, Cirugía Digestiva y Coloproctología. • Ginecología y Obstetricia
- Pediatría – Neonatología
- Otras especialidades, que incluye a: Anestesiología, Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Traumatología, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría, Urología y otras.
- Ciencias Médicas que incluye: Embriología, Histología, Anatomía, Fisiología, Fisiopatología, Farmacología, Investigación y Salud Pública.

COMITÉ PROFESIONAL

Dra. Marcela Gaete

Dermatóloga

Dr. Matias Niedbalski Barra

Médico Cirujano

Becado Neurología

Dra. Maria Jesus Silva

Médico Cirujano

Dra. Karen Negrete

Médico Cirujano

Becada Pediatría

Dra. Ayleen Torres

Médico Cirujano

Becada Pediatría

Dr. Alvaro Martinez

Médico Cirujano

Becado Traumatología

Dra. Paola Aliaga

Magister en Salud Pública

Dra. Helena Seguel

Pediatra

Becada Neonatología

Dr. Carlos Pérez

Médico Cirujano

Becado Cirugía Pediátrica

Dr. Rodrigo Muñoz

Infectólogo

Dr. Cristian Orellana

Químico Farmacéutico

Infectología

Dr. Cristian Labarca

Reumatólogo



Libro de

RESÚMENES

ÍNDICE

SEUDOMIXOMA PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	15
ESTRATEGIA DE ROTACIÓN ANTIPSICÓTICA DE CLOZAPINA A FLUFENAZINA DECANOATO EN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO CON VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	17
ROTURA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL Y SESGO DIAGNÓSTICO: CUANDO LA TRIADA DE CHARCOT SUPERA LA TOMOGRAFÍA.....	19
CALCIFILAXIS DOLOROSA CON GAMMAPATÍA MONOCLONAL EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS UN RETO DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO.....	21
ESCRÓFULA EN LACTANTE: MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR INFRECUEnte DE TUBERCULOSIS INFANTIL. REPORTE DE CASO.....	23
HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA. REPORTE DE UN CASO.....	25
ENCEFALOPATÍA CON CURSO ACELERADO: CREUTZFELDT-JAKOB PRESENTÁNDOSE COMO PARKINSONISMO PROGRESIVO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	27
MASA PANCREÁTICA INCIDENTAL ¿NEOPLASIA O BAZO OCULTO?: INFORME DE CASO.....	29
SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO POSTRAUMÁTICO CON EVOLUCIÓN A CAPSULITIS ADHESIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	31
PSICOSIS TARDÍA, UNA MIRADA A LA PSICOSIS NO ORGANICA DEL ADULTO MAYOR A PROPÓSITO DE UN CASO.....	33
MÁS ALLÁ DE LA INSUFICIENCIA VENOSA: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE MÁCULAS PIGMENTADAS EN DERMATOLOGÍA.....	35
COLECCIÓN PANCREÁTICA ENCAPSULADA INFECTADA EN CONTEXTO DE PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA: REPORTE DE UN CASO.....	37
LA CARA OCULTA Y LETAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: REPORTE DE UN CASO DE COMPRESIÓN MEDULAR POR PANNUS CERVICAL.....	39
ASCITIS QUILOSA POSTINFECCIOSA EN PACIENTE CON VIH, INFORME DE CASO.....	41
CANDIDEMIA POR CÁNDIDA KRUSEI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	43
DEBUT AGUDO DE DIABETES POSTRASPLANTE EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR.....	45
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER APENDICULAR METASTÁSICO.....	47
HEPATECTOMÍA SEGMENTARIA SIN SANGRE: EXPERIENCIA CLÍNICA Y ANÁLISIS DE UN CASO.....	49
MENINGITIS VIRAL POR VIRUS DE PAROTIDITIS POSTERIOR A VACUNACIÓN TRIPLE VÍRICA EN PACIENTE ADULTA; REPORTE DE UN CASO.....	51
EMBOLIA PULMONAR POR MATERIAL QUIRÚRGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	53
PIELONEFRITIS AGUDA COMPLICADA CAUSADA POR NEISSERIA ELONGATA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	55
MENINGITIS TUBERCULOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	57
APENDICITIS AGUDA NEONATAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE.....	59
LIPOMA INTRAMUSCULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO: MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA BENIGNA.....	61
RABDOMIOLISIS COMO DEBUT DE DERMATOMIOSITIS JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	63
MÁS ALLÁ DE LA HIPÓFISIS: SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICO SECUNDARIO A TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO, REPORTE DE UN CASO.....	65

PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA EN LACTANTE MENOR SECUNDARIA A TUMOR ESTROMAL DE CORDONES SEXUALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	67
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA POR TRICOBEOZOAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA ABDOMINAL NEONATAL: REPORTE DE UN CASO.....	69
ENFERMEDAD DE MOYAMOYA: REPORTE DE UN CASO.....	71
LINFOMA DE CÉLULAS T TIPO MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	73
A PROPÓSITO DE UN CASO: MENINGITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II.....	75
ABSCESOS RENALES POR CÁNDIDA ALBICANS: REPORTE DE CASO.....	77
FIEBRE, RASH Y ARTRITIS: UN ROMPECABEZAS INFLAMATORIO.....	79
CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULA PARÓTIDA: REPORTE DE UN CASO.....	81
VASCULITIS LINFOCÍTICA IDIOPÁTICA: INFILTRADO VASCULAR SIN CAUSA IDENTIFICABLE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE CASO.....	83
POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	85
PERFORACIÓN DE ÚLCERA GÁSTRICA EN EL ADULTO JOVEN: UN RECORDATORIO DE LOS RIESGOS OCULTOS.....	87
FASCEÍTIS RETROPERITONEAL SECUNDARIA A PLASTRÓN APENDICULAR REAGUDIZADO: PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE APENDICITIS PERFORADA.....	89
DE LA PIELONEFRITIS AGUDA A LA VALVULOPATÍA SEVERA: LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN FÍSICO EN EL REDIRECCIONAMIENTO DIAGNÓSTICO.....	91
INVAGINACIÓN INTESTINAL EN LACTANTE MENOR, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	93
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA UN ABORDAJE QUIRÚRGICO SEGURO EN SÍNDROME DE CAUDA EQUINA POR HERNIA NÚCLEO PULPOSO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	95
CÁNCER APENDICULAR DIAGNOSTICADO INCIDENTALMENTE EN PACIENTE EMBARAZADA: ABORDAJE DIAGNÓSTICO E INTERDISCIPLINARIO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	97
ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA (RIME) ASOCIADA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	99
HEMOFILIA A SEVERA CON INHIBIDORES EN PACIENTE PEDIÁTRICO: DESAFÍO TERAPÉUTICO Y RESPUESTA A RITUXIMAB.....	101
SINUSITIS FÚNGICA NO INVASIVA CON EVOLUCIÓN PROLONGADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	103
ANGINA DE LUDWIG: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	105
CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE FAMILIAR: UNA MALFORMACIÓN VASCULAR INFRECIENTE Y ANGIOGRÁFICAMENTE OCULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	107
FÍSTULA URETEROVAGINAL SECUNDARIA A SHAVING URETERAL LAPAROSCÓPICO POR ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y MANEJO CONSERVADOR, REPORTE DE UN CASO.....	109
FPIES EN LACTANTE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	111
PARAFRENIA EN MUJER ADULTA, UNA CAUSA INUSUAL DE PSICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	113
DEBILIDAD MOTORA PERSISTENTE SIN CORRELATO ESTRUCTURAL A PROPÓSITO DE UN TRASTORNO NEUROLÓGICO FUNCIONAL.....	115
HEMIANOPSIA TEMPORAL UNILATERAL COMO PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL SECUNDARIA A ECLAMPSIA DURANTE EL PARTO ; REPORTE DE CASO.....	117
SÍNDROME DE PARRY-ROMBERG: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	119
LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO FRENTE A ENFERMEDAD POCO FRECUENTE.....	121
SÍNDROME DE CONN: REPORTE DE CASO DE UNA MUJER CON TETRAPARESIA SECUNDARIA A HIPOKALEMIA.....	125
CONVULSIÓN POR SÍNDROME DIGEORGE: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	127

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	129
INMUNODEFICIENCIA Y SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.....	131
SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y PORFIRIA AGUDA: UN CASO CLÍNICO QUE DESAFIÓ EL DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO.....	133
ENDOCARDITIS INFECCIOSA: REPORTE DE CASO ATÍPICO ASOCIADO A DISPOSITIVO CARDIACO.....	135
OSTEOBLASTOMA LUMBAR DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.....	137
AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA: INFORME DE CASO.....	139
CUANDO LA GLUCOSA ALIMENTA AL HONGO: MUCORMICOSIS SOBREINFECTADA EN BASE DEL CRÁNEO ASOCIADA A MAL CONTROL GLICÉMICO, REPORTE DE UN CASO.....	141
VÓLVULO CECAL EN EL ADULTO MAYOR: "UNA URGENCIA QUIRÚRGICA INFRECUENTE CON RESOLUCIÓN EXITOSA".....	143
TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA SEVERA CON DIAGNÓSTICO ANTENATAL TARDÍO: COMPROMISO MULTISISTÉMICO E IMPLICANCIA DEL TAMIZAJE MATERNO. REPORTE DE CASO.....	145
MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE PERO CRÍTICA EN LA MUJER POSTPARTO.....	147
TUMOR BUSCHKE LOWENSTEIN: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UN CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE.....	149
METÁSTASIS CEREBRAL FRONTAL DE MELANOMA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE Rendu-OSLER-WEBER: UNA INTERSECCIÓN POCO FRECUENTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	151
REPORTE DE CASO CLÍNICO: LINFADENITIS TUBERCULOSA NECROSANTE ASOCIADA A VIH COMPLICADA CON UNA TROMBOSIS EN VENA YUGULAR INTERNA.....	153
A PROPÓSITO DE UN CASO ATÍPICO DE EPIGLOTITIS AGUDA: LA IMPORTANCIA DE UNA SOSPECHA CLÍNICA OPORTUNA.....	155
APENDICITIS NEONATAL PERFORADA EN CONTEXTO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	157
HEMOPERITONEO POSTQUIRÚRGICO SECUNDARIO A LACERACIÓN ESPLÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	159
SHU V/S TROMBOCITOPENIA INMUNE, PRESENTACIÓN AMBIGUA A PROPÓSITO DE UN CASO.....	161
RABDOMIÓLISIS RECURRENTE, SEPSIS Y FALLA MULTIORGÁNICA EN PACIENTE CON BARRERA IDIOMÁTICA MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE UNA LESIÓN GÁSTRICA TIPO BORMANN II.....	163
RESPUESTA FAVORABLE A INFLIXIMAB EN PIODERMA GANGRENOSO ULCERATIVO ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO REFRACTARIO A TERAPIA.....	165
ENFERMEDAD RELACIONADA CON INMUNOGLOBULINA G4: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	167
ARTRITIS SÉPTICA POR MORDEDURA DE GATO, A PROPÓSITO DE UN CASO.....	169
CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA SECUNDARIA A CÁNCER DE PRÓSTATA, REPORTE DE CASO.....	173
DESARROLLO SEXUAL DIFERENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	175
SÍNDROME TORÁCICO AGUDO COMO COMPLICACIÓN DE CRISIS FALCIFORME: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO CRECIENTE EN CHILE.....	177
CASO CLÍNICO ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: DIAGNÓSTICO TARDÍO.....	179
GASTRECTOMÍA TOTAL EN CÁNCER GÁSTRICO CON HEMIPARESIA DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA Y DESPLAZAMIENTO VISCERAL TORÁCICO: REPORTE DE CASO.....	181

ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: UNA LLUVIA INMUNOMEDIADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	183
ANEURISMA AORTOILÍACO DE GRAN TAMAÑO EN PACIENTE SINTOMÁTICO: IMPORTANCIA DEL CRIBADO Y LA DERIVACIÓN PRECOZ: REPORTE DE CASO.....	185
DUPLICACIÓN DE LA VENA CAVA INFERIOR INCIDENTAL EN UN ADULTO JOVEN CON CÁNCER TESTICULAR.....	187
HIDRADENITIS SUPURATIVA HURLEY III CON DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN TERAPÉUTICA ACTUALIZADA.....	189
RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE MUÑECA CON AUTOINJERTO ESTRUCTURAL DE FÍBULA, POSTERIOR A RESECCIÓN DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES.....	191
WEB CAROTÍDEO COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL RECURRENTE EN MUJER JOVEN EMBARAZADA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. REPORTE DE CASO.....	193
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST COMPLICADO CON RUPTURA VALVULAR Y DESENLACE FATAL.....	195
MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA CON TORMENTA ARRÍTMICA Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE MUERTE SÚBITA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	197
EDEMA PERIORBITARIO COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME NEFRÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.....	199
MACRODISTROFIA LIPOMATOSA EN ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	201
TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO EN CHILE ENTRE 2016 Y 2023: ANÁLISIS POR SEXO, EDAD Y REGIÓN.....	203
TASA DE MORTALIDAD POR CIRROSIS BILIAR PRIMARIA COMO CAUSA BÁSICA EN EL PERÍODO 2018-2022 EN CHILE.....	206
SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN CHILE: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ABSTINENCIA DE COCAÍNA ENTRE LOS AÑOS 2020 A 2023.....	209
EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA DE LA PROSTATITIS AGUDA EN CHILE: 2020-2023.....	212
TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR AMEBIASIS DURANTE EL PERÍODO DE 2020-2023 EN CHILE.....	215
TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL ROTO EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2014-2024.....	218
DESCRIPCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR FRACTURA DE RADIO DISTAL, PERÍODO 2020-2024, CHILE.....	220
USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL MANEJO POSTOPERATORIO DE PACIENTES POSTBARIÁTRICOS.....	222

SEUDOMIXOMA PERITONEAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASCITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

E. Lemunao, V. Henríquez, C. Gutiérrez, R. Córdova, C. Sobarzo, F. Saldivia

Introducción

El pseudomixoma peritoneal es una neoplasia mucinosa peritoneal, la cual se caracteriza por presentar ascitis mucinosa⁽¹⁾. Su principal etiología corresponde a neoplasias mucinosas del apéndice⁽¹⁻³⁾. La ascitis corresponde a un síndrome clínico de gran frecuencia en nuestro medio, el pseudomixoma peritoneal es una causa inusual, pero puede sospecharse a partir de la clínica⁽²⁾, el no considerarlo como diagnóstico diferencial puede retrasar el manejo oportuno.

Caso

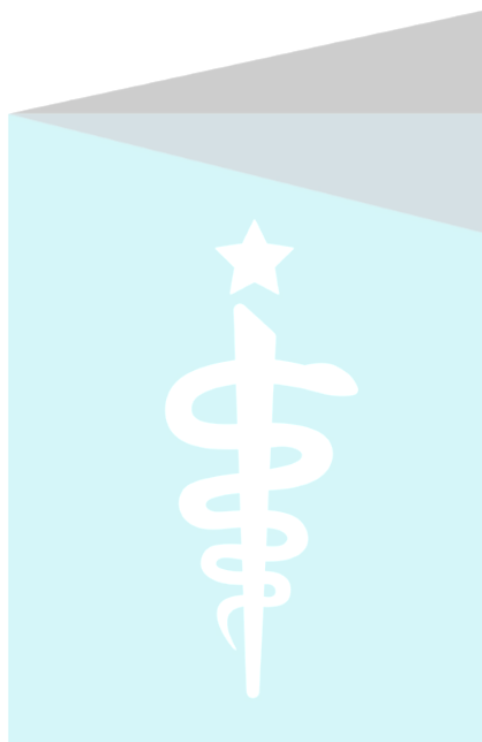
Paciente masculino de 71 años, acude a su centro de atención primaria por cuadro de distensión abdominal de 6 meses de evolución, se deriva y hospitaliza para estudio. Se realizan múltiples paracentesis que extraen líquido de gran viscosidad, lo que no permite su correcto análisis citoquímico. Marcadores tumorales destaca CEA 336.7 ng/mL. TC informa lesiones esplénicas sospechosas de secundarismo. Se decide laparoscopia exploradora + biopsia. Biopsia informa lesiones compatibles con pseudomixoma peritoneal. Paciente actualmente sin adherencia terapéutica, por lo que no se ha podido realizar seguimiento.

Discusión y Conclusiones

El diagnóstico diferencial de la ascitis es amplio, el pseudomixoma peritoneal tiene una prevalencia 0.2 casos/100.000 personas al año⁽³⁾, lo que no lo posiciona como una de las principales causas para tener en cuenta como etiología del síndrome ascítico. Su tratamiento actualmente tiene altas tasas de supervivencia⁽³⁾, por lo que su sospecha y diagnóstico oportuno es vital para evitar complicaciones y cronicidad de la ascitis. En nuestro caso, el paciente tuvo larga espera antes de llegar a su diagnóstico, lo cual impidió una buena adherencia terapéutica. El pseudomixoma peritoneal tiene características específicas. La presencia de líquido ascítico mucinoso debe alarmar acerca de la posibilidad de este diagnóstico inusual, sobre todo una vez ya agotado el rendimiento de los estudios iniciales.

Referencias

1. Carr NJ, Bibeau F, Bradley RF, Dartigues P, Feakins RM, Geisinger KR, et al. The histopathological classification, diagnosis and differential diagnosis of mucinous appendiceal neoplasms, appendiceal adenocarcinomas and pseudomyxoma peritonei. *Histopathology* [Internet]. 2017;71(6):847–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/his.13324>
2. Nepal S, Schwertner A, Cunningham JM. Mucinous ascites: Pseudomyxoma peritonei. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2022;89(9):491–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.89a.21086>
3. Mittal R, Chandramohan A, Moran B. Pseudomyxoma peritonei: natural history and treatment. *Int J Hyperthermia* [Internet]. 2017;33(5):511–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02656736.2017.1310938>



ESTRATEGIA DE ROTACIÓN ANTIPSICÓTICA DE CLOZAPINA A FLUFENAZINA DECANOATO EN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO CON VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

A. Hadad, I. Armas, A. Valdés, S. Palma, D. Castro, J. Matta

Introducción

El tratamiento de esquizofrenia resistente en pacientes con comorbilidades adictivas y vulnerabilidad psicosocial representa un desafío clínico. La clozapina es el tratamiento de elección para cuadros refractarios ⁽¹⁾, mientras que los antipsicóticos de depósito son una alternativa eficaz para asegurar estabilidad clínica ^(3,4).

Caso

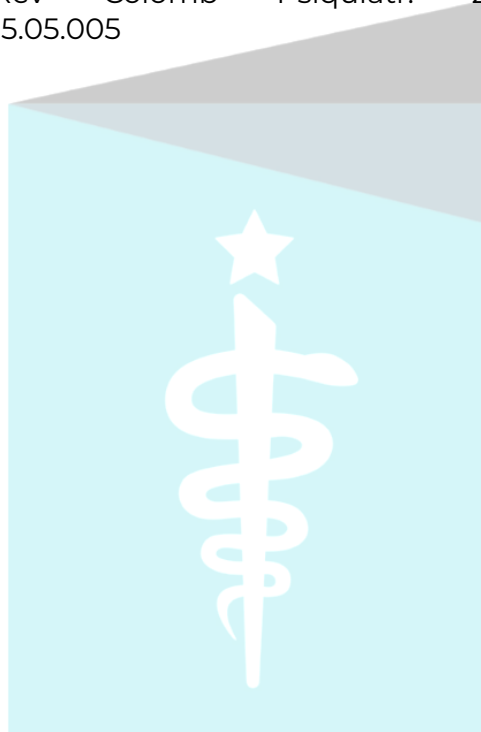
Mujer de 38 años con esquizofrenia hebefrénica y trastorno por uso de sustancias, sin red de apoyo, ingresa por episodios de autoagresión por descompensación psicótica aguda y consumo de cocaína y alcohol. Al ingreso se encontraba en regulares condiciones generales, pensamiento desorganizado, alucinaciones auditivas de comando, juicio psicótico, sin conciencia de enfermedad. Ante escasa respuesta a antipsicóticos convencionales, se inicia clozapina, con mejoría clínica. Debido a su contexto social, se consideró inviable la continuidad del tratamiento en ambulatorio, y se realiza rotación farmacológica desde clozapina a flufenazina decanoato, y así asegurar adherencia y continuidad terapéutica.

Discusión y Conclusiones

La Clozapina es considerada la opción más eficaz en esquizofrenia refractaria, sin embargo, requiere monitoreo hematológico frecuente y vigilancia médica continua por sus efectos adversos. Por ello, su uso está limitado en pacientes con mala adherencia o en contextos de seguimiento clínico irregular. La flufenazina decanoato, es un antipsicótico típico de vida media prolongada, permitiendo su administración cada 4 semanas, indicado en esquizofrenia crónica y pacientes con mala adherencia, a pesar del riesgo de efectos extrapiramidales. La elección de rotación en este caso fue debido a su perfil farmacocinético, a su disponibilidad en el sistema público y la posibilidad de asegurar adherencia terapéutica, disminuyendo el riesgo de recaídas (2). El manejo de la esquizofrenia resistente requiere un enfoque en la factibilidad del seguimiento, más allá de la eficacia aislada del fármaco. El uso de clozapina en un ambiente hospitalario supervisado permitió controlar la fase aguda, mientras que la flufenazina decanoato permitió continuidad terapéutica en un escenario complejo.

Referencias

1. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, Olivieri L, Ferri F, Carano A, et al. Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a focus on the adverse effects of clozapine. *Ther Adv Drug Saf*. 2018 May;9(5):237–56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956953/>
2. Gaba DM, Fish KJ, Howard SK. Crisis Resource Management. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK459194/>
3. Siragusa S, Bistas KG, Saadabadi A. Flufenazina. [Actualizado el 23 de mayo de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK459194/>
4. Jaramillo González LE, Gómez Restrepo C, García Valencia J, de la Hoz Bradford AM, Ávila-Guerra M, Bohórquez Peñaranda A. Tratamiento con antipsicóticos de depósito del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;44(Supl 1):40–58. doi:10.1016/j.rcp.2015.05.005



ROTURA DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL Y SESGO DIAGNÓSTICO: CUANDO LA TRIADA DE CHARCOT SUPERA LA TOMOGRAFÍA

D. Martínez, V. Vera, N. Metuaze, S. Vera, C. Escalona, M. Lineros

Introducción

La sepsis constituye una causa mayor de hospitalización, con elevada morbimortalidad si no se identifica precozmente su origen. En pacientes con dispositivos como derivativas ventriculoperitoneales (DVP), el diagnóstico puede complejizarse por múltiples focos potenciales de infección. La colangitis aguda es una urgencia infecciosa causada por obstrucción biliar, cuya presentación clásica puede pasar desapercibida en pacientes con distintas comorbilidades. Este caso refleja la importancia del juicio clínico progresivo para evitar intervenciones innecesarias y dirigir el tratamiento de forma adecuada.

Caso

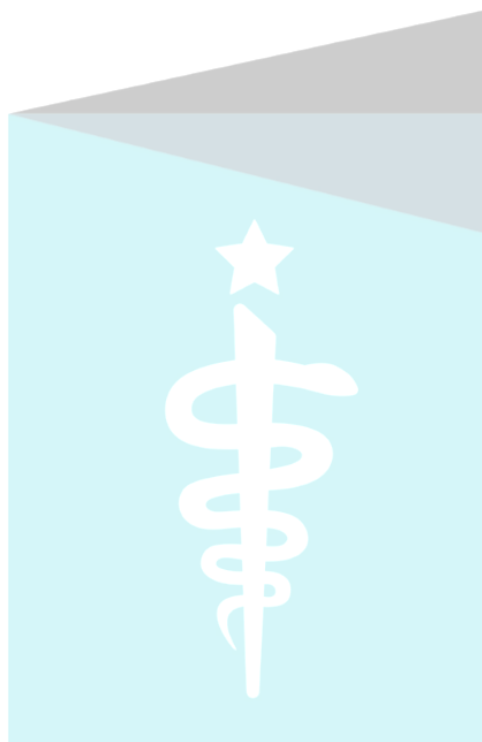
Paciente masculino de 59 años, con epilepsia y hemiplejía izquierda post accidente cerebrovascular hemorrágico, portador de DVP. Ingresó con dolor abdominal difuso, vómitos, fiebre de 40 °C e ictericia leve. Se observaron alteraciones hepáticas mixtas con predominio colestásico (Aspartato aminotransferasa 357 U/L, Alanina aminotransferasa 490 U/L, gamma-glutamyl transferasa 1176 U/L, fosfatasa alcalina 293 U/L), bilirrubina directa 2,13 mg/dL, proteína C reactiva 175 mg/L y plaquetopenia leve. La tomografía evidenció únicamente una rotura intrabdominal del catéter de la DVP y hemocultivos fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae* y *Enterococcus faecium*. Se inició antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam y se planificó extracción de la DVP. Sin embargo, persistiendo la colestasia, se realizó colangioresonancia, que mostró litiasis distal del colédoco. Se suspendió la cirugía, se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con resolución completa del cuadro.

Discusión y Conclusiones

El caso enfatiza el riesgo de sesgos cognitivos en contextos clínicos complejos. La rotura de la DVP, hallazgo incidental, orientó inicialmente el diagnóstico hacia un foco neuroquirúrgico. Sin embargo, la persistencia del patrón colestásico motivó una reevaluación diagnóstica. La colangitis debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de sepsis, incluso en pacientes con dispositivos invasivos y siempre que exista la "Triada de Charcot" (ictericia, fiebre y dolor abdominal). La adecuada integración entre evolución clínica, laboratorio e imágenes es clave para evitar intervenciones innecesarias y mejorar el pronóstico.

Referencias

1. Singer M, et al. JAMA. 2016;315(8):801–10.
2. Tattevin P, et al. Int J Antimicrob Agents. 2021;58(3):106395.
3. Kiriya S, et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):17–30.
4. Greenlee SM, et al. Radiol Clin North Am. 2023;61(1):53–67.
5. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2016;16(1):138
6. Kim TH, et al. Clin Endosc. 2018;51(2):128–34.
7. Dumonceau JM, et al. Endoscopy. 2020;52(7):593–622.
8. Baron TH, et al. Gastrointest Endosc. 2021;94(1):143–8.



CALCIFILAXIS DOLOROSA CON GAMMAPATÍA MONOCLONAL EN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS UN RETO DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO

J. Borgoño, T. Wilke, L. Tortello, N. Guglielmetti

Introducción

La calcifilaxis es una vasculopatía oclusiva no aterosclerótica, infrecuente pero grave, asociada principalmente a enfermedad renal crónica terminal (ERCT). Se caracteriza por calcificación de la media vascular, trombosis y necrosis cutánea dolorosa, con mortalidad de hasta 80%^{1,2}. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se complica en presencia de comorbilidades como paraproteinemias o amiloidosis^{3,4}.

Caso

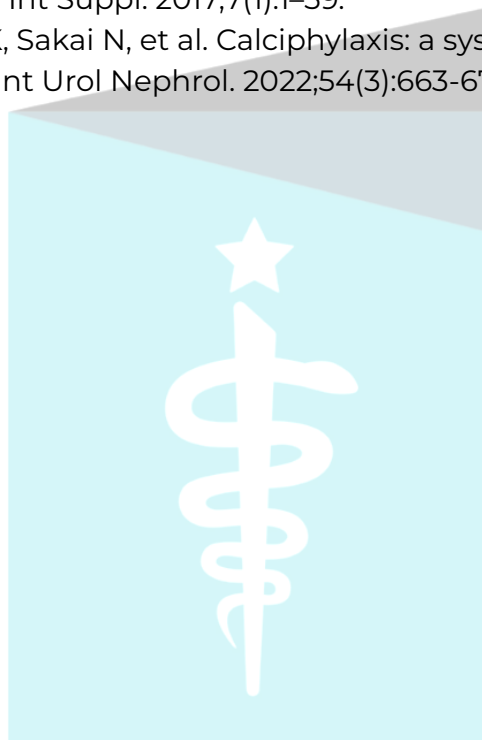
Mujer de 45 años con ERCT secundaria a nefrocalcinosis, en hemodiálisis por catéter tunelizado, anticoagulada por tromboembolismo pulmonar previo. Consulta por dolor intenso en extremidades con necrosis distal en mano y pie derecho con máculas hiperpigmentadas. Laboratorio: hipercalcemia (12,3 mg/dL), PTH suprimida, anemia e imagen de Rouleaux. Se detectó paraproteína IgM lambda y ecocardiograma mostró signos sugerentes de amiloidosis. Evaluada por dermatología, se sospecha calcifilaxis e inicia nifedipino como vasodilatador sintomático. Evoluciona con mejoría bajo manejo multidisciplinario.

Discusión y Conclusiones

La calcifilaxis puede presentarse incluso con PTH suprimida, en el contexto de osteopatía adinámica y desequilibrio del metabolismo mineral, agravado por factores como anticoagulación con antagonistas de vitamina K^{1,2}. La paraproteinemia actúa como elemento proinflamatorio y favorece la calcificación vascular^{3,4}. La coexistencia de necrosis cutánea distal, hipercalcemia no PTH-dependiente y paraproteína monoclonal obliga a descartar amiloidosis o vasculitis, pero sugiere calcifilaxis ante la distribución y evolución. El diagnóstico debe ser clínico, apoyado por imagen, laboratorio y la biopsia puede diferirse si se sospecha riesgo de ulceración o infección^{1,2}. El tratamiento exige enfoque precoz: corrección del desbalance mineral, retiro o cambio de anticoagulantes, analgesia y medidas vasodilatadoras. Este caso enfatiza el valor de un equipo multidisciplinario para abordar una entidad de alta letalidad con presentación atípica.

Referencias

1. Nigwekar SU, Thadhani R, Brandenburg VM. Calciphylaxis. *N Engl J Med*. 2018;378(18):1704-1714.
2. Brandenburg VM, Kramann R, Rothe H, et al. Calcific uraemic arteriolopathy: data from a large nationwide registry. *Nephrol Dial Transplant*. 2017;32(1):126-132.
3. Wang H, Jiang H, Guo W, et al. Nonuremic calciphylaxis associated with monoclonal gammopathy: a case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(4):e24359.
4. Teutsch C, Liapis H, Cohen DJ, et al. Calciphylaxis: diagnosis, pathogenesis, and therapy. *Curr Nephrol Rep*. 2023;22(2):55-63.
5. KDIGO CKD-MBD Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of CKD-MBD. *Kidney Int Suppl*. 2017;7(1):1-59.
6. Wada T, Furuichi K, Sakai N, et al. Calciphylaxis: a systematic review of current literature. *Int Urol Nephrol*. 2022;54(3):663-672.



ESCRÓFULA EN LACTANTE: MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR INFRECUENTE DE TUBERCULOSIS INFANTIL. REPORTE DE CASO

M. Muñoz, V. Gutiérrez, A. Troncoso, W. Peña

Introducción

La escrófula es una forma extrapulmonar de tuberculosis (TBC) pediátrica⁽¹⁾. Su aparición en lactantes menores de tres meses es excepcional y representa un reto diagnóstico, dada la inespecificidad clínica y la frecuente ausencia de compromiso pulmonar^(2,3). Se asocia a diseminación linfática de *Mycobacterium tuberculosis* (MT), especialmente en contactos estrechos como madres bacilíferas^(4,5). En estos casos, el diagnóstico requiere alta sospecha clínica y uso de herramientas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en aspirado gástrico^(6,7). Este caso clínico ilustra la importancia del enfoque integral para confirmar el diagnóstico y establecer un tratamiento precoz.

Caso

Lactante femenina de 1 mes con antecedente de TBC materna bacilífera diagnosticada en puerperio, presenta cuadro de 2 semanas de evolución de aumento de volumen en región cervical derecha asociada a otorrea fétida, sin fiebre ni síntomas sistémicos. El examen físico muestra masa submandibular no dolorosa y secreción purulenta en oído derecho. Ecografía cervical evidencia adenopatías múltiples en cadenas II a V y región retroauricular derecha, por lo cual se hospitaliza. Se realiza radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Se descarta compromiso neurológico. PCR de contenido gástrico positiva para MT. Se indicó tratamiento antituberculoso por treinta días, con reducción progresiva ganglionar. No obstante, se constató hipoacusia neurosensorial derecha como secuela de TBC.

Discusión y Conclusiones

La escrófula en lactantes presenta desafíos diagnósticos relevantes por su similitud clínica con infecciones bacterianas comunes y por la baja sospecha en ausencia de fiebre o compromiso sistémico^(5,6). Este caso destaca por su temprana edad de presentación, evolución subaguda e identificación mediante PCR de aspirado gástrico, herramienta diagnóstica fundamental en lactantes^(7,8). La evolución clínica favorable con terapia antituberculosa reafirma la importancia de un abordaje precoz y multidisciplinario, considerando antecedentes epidemiológicos como clave para sospechar tuberculosis extrapulmonar en edades extremas^(9,10).

Referencias

1. Samuel S, Kandwal R, Paniker GJ, Sharma T. A classic case of scrofula: cervical tuberculous lymphadenitis. *Int J Mycobacteriol* [Internet]. 2023;12(4):505–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38149551/>
2. Pereira C, Cascais M, Félix M, Salgado M. Scrofula in a child. *J Pediatr* [Internet]. 2017;189:235. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.06.039
3. Cruz AT, Hernández JA. Tuberculosis cervical adenitis. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2016; 35(10):1154–6. doi: 10.1097/INF.0000000000001251
4. Hill MK, Sanders CV. Cutaneous tuberculosis. *Microbiol Spectr* [Internet]. 2017;5(1). doi: 10.1128/microbiolspec.TNMI7-0010-2016
5. Sharawat IK, Dawman L. Scrofula. *J Pediatr* [Internet]. 2017;189:236. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28669610/>
6. Duarte I. De la escrófula a la linfadenitis micobacteriana. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2017; 34(6): 589-595. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182017000600589>.
7. Fontanilla JM, Barnes A, Von Reyn CF. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2011;53(6):p555–62. doi:10.1093/cid/cir454
8. Tovar Díaz M, Tang Velásquez AM, Concha Mendoza ND. Tuberculosis extrapulmonar en pediatría: un reto diagnóstico. *Rev Med UIS* [Internet]. 2013;26(1): 45-58. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-031920130001000006&lng=en
9. Duarte I. La escrófula en el siglo XIX. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2017; 34(1): 55-59. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000100008&lng=es
10. Palma López ME. Escrófula, forma frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2017; 16(3): 387-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000300009&lng=es

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA. REPORTE DE UN CASO

F. Veas, A. Jatip, S. Herrera, C. Weil

Introducción

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto estructural del diafragma que permite la protrusión de órganos abdominales hacia la cavidad torácica, provocando hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar. Cuando se diagnostica después de los 30 días de vida se denomina de presentación tardía, representando entre el 2,5% y 20% de todos los casos. Su baja incidencia y síntomas inespecíficos dificultan el diagnóstico.

Caso

Lactante masculino de 1 año y 11 meses, sin antecedentes mórbidos. Derivado por pediatra de extrasistema al Servicio de Urgencia Infantil del Hospital Félix Bulnes por cuadro respiratorio alto y radiografía de tórax alterada. Ingresó estable, afebril sin signos de dificultad respiratoria. Al examen físico: murmullo pulmonar disminuido en el campo derecho. Se toma TAC de tórax informado en primera instancia como voluminosa hernia hiatal no complicada, con contenido abdominal en hemitórax derecho. En este contexto, se hospitaliza para estudio y manejo. Cirugía pediátrica realizó videotoracosopia exploradora con cierre del defecto, plicatura, biopsia e instalación de drenaje pleural. Evolución postoperatoria favorable, con radiografías sin alteraciones, alta al tercer día.

Discusión y Conclusiones

La HDC de presentación tardía es una patología infrecuente, pudiendo presentarse de forma asintomática y ser sospechada por hallazgo, como en este caso. La radiografía de tórax permite el diagnóstico en más del 50% de los casos. Este caso ejemplifica cómo la imagen oportuna es de vital importancia para la sospecha derivación pertinente al especialista. El objetivo del tratamiento es un cierre sin tensión del defecto diafragmático, existiendo distintos abordajes. En este caso, la videotoracosopia fue la estrategia de elección, realizada con fines diagnósticos y terapéuticos. Es prudente que durante el abordaje de pacientes pediátricos con cuadros respiratorios inespecíficos de evolución tórpida, se considere esta patología como diagnóstico diferencial y se complementa el examen físico con el estudio imagenológico, para lograr un diagnóstico oportuno y su resolución quirúrgica.

Referencias

1. Cordier A-G, Saada J, Mokhtari M, Benachi A. Hernia diafragmática congénita. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 2017;53(2):1-12. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x\(17\)84287-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x(17)84287-9)
2. Sobrero H, De los Santos J, Vezaro V, Volpe E, Moraes Castro M. Hernia diafragmática congénita: una revisión de literatura. Investig Innov Clin Quir Pediatr [Internet]. 2023 [citado el 19 de julio de 2025];1(2):39-49. Disponible en: <https://investigacionpediatrica.insnsb.gob.pe/index.php/iicqp/article/view/63>
3. Del Real-Machain V, Bolaños-Pano LO, Parra-Ibarraran A, Mercado-Cruz E. Hernia diafragmática congénita de presentación tardía. Reporte de caso con revisión de la literatura. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex [Internet]. 2023 [citado el 19 de julio de 2025];66(4):26-34. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422023000400026
4. Moënné K, Ortega X, Godoy J. Hernia diafragmática de presentación tardía. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2019;30(1):95-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.12.005>
5. Zani A, Chung WK, Deprest J, Harting MT, Jancelewicz T, Kunisaki SM, et al. Congenital diaphragmatic hernia. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2022;8(1):37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-022-00362-w>
6. Harting MT, Jancelewicz T. Surgical management of congenital diaphragmatic hernia. Clin Perinatol [Internet]. 2022;49(4):893-906. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2022.08.004>



ENCEFALOPATÍA CON CURSO ACELERADO: CREUTZFELDT-JAKOB PRESENTÁNDOSE COMO PARKINSONISMO PROGRESIVO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

A. Chianale, M. Pincheira, J. Bobadilla, T. Cabrera

Introducción

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una encefalopatía priónica rara, de progresión rápida y desenlace fatal, habitualmente en menos de un año. Su forma esporádica es la más frecuente y puede manifestarse con deterioro cognitivo, alteraciones motoras y síntomas extrapiramidales. En Chile, su incidencia estimada es de 3,5 casos por millón de habitantes, superando el promedio mundial.

Caso

Paciente femenina de 61 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes insulino requirente y dislipidemia. Consulta por cuadro de un mes de evolución de deterioro neurológico progresivo, con alteración de la marcha, disartria, desorientación, movimientos anormales y rigidez. Fue inicialmente tratada como parkinsonismo sin respuesta, por lo que se hospitalizó para ampliar estudio en el Hospital de Talca. Se descartaron causas infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. La resonancia magnética cerebral (RM) mostró hiperintensidad en difusión en núcleos caudados, lenticulares y corteza frontoparietal izquierda. El electroencefalograma (EEG) mostraba actividad epileptiforme posterior izquierda. A pesar de corticoterapia, tratamiento inmunológico y medidas de soporte, no hubo mejoría clínica y la paciente falleció a los dos meses del inicio de los síntomas. Dada la clínica y los hallazgos en RM cerebral y EEG, se sospechó ECJ y se notificó al Instituto de Salud Pública, realizándose estudio confirmatorio post-mortem.

Discusión y Conclusiones

Este caso demuestra una presentación atípica de ECJ como parkinsonismo rápidamente progresivo, sin respuesta a tratamiento dopaminérgico. Actualmente, la sospecha diagnóstica puede establecerse con clínica de deterioro neurológico progresivo, asociado a otros signos clínicos, y alteraciones en EEG, RM cerebral o líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico se confirma con biopsia cerebral o estudio post-mortem. La ECJ debe incluirse en los diferenciales de parkinsonismo de rápida evolución. La resonancia y EEG son esenciales para la sospecha diagnóstica. Se requiere fortalecer el diagnóstico precoz, aumentar el conocimiento clínico y facilitar el acceso a confirmación diagnóstica en vida a través del ISP.

Referencias

1. Iwasaki Y. Creutzfeldt-Jakob disease: Creutzfeldt-Jakob disease. *Neuropathology* [Internet]. 2017;37(2):174–88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/neup.12355>
2. Avendaño M, Balut C, Villanueva C, et al. Diagnósticos por Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob entre 2007-2024 en Chile. *Rev And* [Internet]. 2025; Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15300381>
3. Vacca VM Jr. CJD: Understanding Creutzfeldt-Jakob disease. *Nursing* [Internet]. 2016;46(3):36–42; quiz 42–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000480598.84274.0f>
4. Villagrán-Sancho D, Gómez-Fernández FJ, Luque-Ambrosiani AC, et al. Revisión de una serie de casos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en un hospital de tercer nivel. *Rev Neurol* [Internet]. 2023;77(12):299–304. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7712.2023257>
5. Watson N, Hermann P, Ladogana A, et al. Validation of revised International Creutzfeldt-Jakob disease Surveillance Network diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2022;5(1):e2146319. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46319>



MASA PANCREÁTICA INCIDENTAL ¿NEOPLASIA O BAZO OCULTO?: INFORME DE CASO

S. Möller, M. Mattig, J. Ide, C. Guíñez

Introducción

La ubicación normal de bazo es en el hipocondrio izquierdo, a nivel de las costillas 9 a 11. Sin embargo, dado alteraciones en la embriogénesis puede haber aparición de tejido esplénico en localizaciones ectópicas, los que suelen ser asintomáticos y de descubrimiento incidental.

Caso

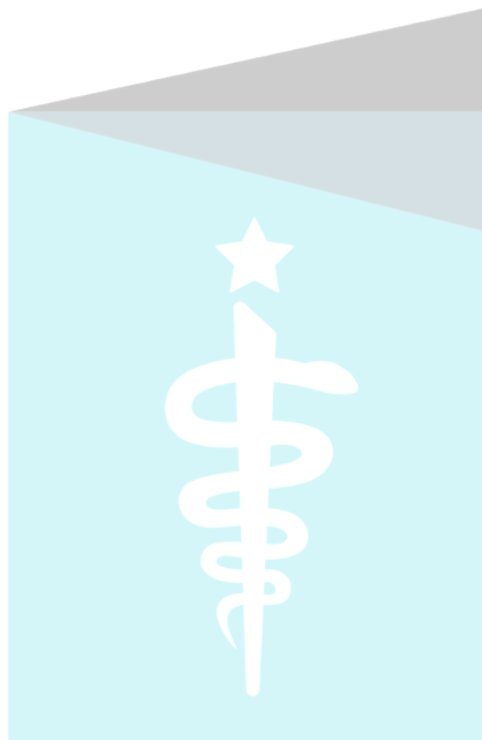
Paciente femenina de 66 años previamente esplenectomizada, derivada a cirugía digestiva por presentar lesión sugerente de cáncer de la cola del páncreas; la que fue encontrada accidentalmente en contexto de estudio por lesión renal. La resonancia magnética informó defecto nodular focal de impregnación precoz a nivel de la cola del páncreas y zona hipodensa central. Por sospecha de neoplasia, el caso es presentado en comité oncológico, donde se decide manejo quirúrgico de entrada. Se realiza pancreatectomía distal laparoscópica sin incidentes. Posteriormente la biopsia informa "hallazgos compatibles con esplénulo pancreático (bazo accesorio pancreático) de 16 x 14 mm, resección completa".

Discusión y Conclusiones

Los bazos ectópicos son un hallazgo poco frecuente, presentan una incidencia de 10-30% en las autopsias y solo un 15% en las tomografías computadas de abdomen. No son comunes, no obstante es relevante conocer su existencia dado que pueden ser confundidos con tumores sólidos. Existen características imagenológicas que permiten diferenciar esta entidad de las neoplasias. Entre ellas se destaca su localización, siendo más frecuente en la cola e hilio del páncreas, su tamaño reducido (menor a 1 centímetro) y patrón de captación y densidad idéntico al del bazo. Si bien en su mayoría son asintomáticos pueden generar complicaciones al torsionarse, provocar efecto masa o incluso generar abdomen agudo hemorrágico secundario a su ruptura. El esplénulo pancreático es una condición infrecuente pero clínicamente relevante. Su reconocimiento evita intervenciones innecesarias y diagnósticos erróneos de neoplasias abdominales. Ante lesiones sólidas en el páncreas con patrón de captación similar al bazo, debe considerarse este diagnóstico diferencial para evitar tratamientos invasivos evitables.

Referencias

1. Fernández-Miranda, P. M., Dabén, R. P., Del Barrio, A. P., Bellón, P. S., Latorre, M. A., & Sánchez, F. G. (2021). Tejido esplénico ectópico, un gran imitador de masas abdominales: esplenosis y bazos accesorios. *Seram*, 1(1).
2. Dávila-Hernández, C. A., Cámara-Reyes, R. R., Victoria-Luque, J. S., & Yarasca-Meza, M. N. (2022). Tumor pélvico: bazo accesorio. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 35(3), e680-e680.
3. Saldívar-Martínez Daniel E., Galindo-Sánchez Héctor M., Fonseca-Sada Ignacio, Marcos-Ramírez Edson R., Vázquez-Fernández Francisco. Bazo errante infartado y vólvulo de cola de páncreas en un paciente con hernia de Grynfelt-Lesshaft concomitante. *Cir. cir. [revista en la Internet]*. 2021 [citado 2025 Jul 10] ; 89(Supl 1): 20-22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000700020&lng=es.Epub08-Feb-2022. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000813>



SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO POSTRAUMÁTICO CON EVOLUCIÓN A CAPSULITIS ADHESIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

V. Cáceres, I. Cristi, C. Moreira, C. Becerra

Introducción

El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una afección dolorosa crónica, debilitante, poco frecuente y de origen multifactorial. Su fisiopatología es compleja, lo que dificulta tanto el diagnóstico como el tratamiento. Suele desencadenarse por traumatismos, cirugías o fracturas, y su diagnóstico clínico se basa en los criterios de Budapest. El tratamiento requiere un enfoque multidisciplinario que considere el alivio del dolor, la rehabilitación física, la educación del paciente y el apoyo psicológico. Este reporte describe un caso cuyo diagnóstico fue tardío, destacando la importancia de la sospecha clínica precoz y el manejo integral para evitar secuelas funcionales.

Caso

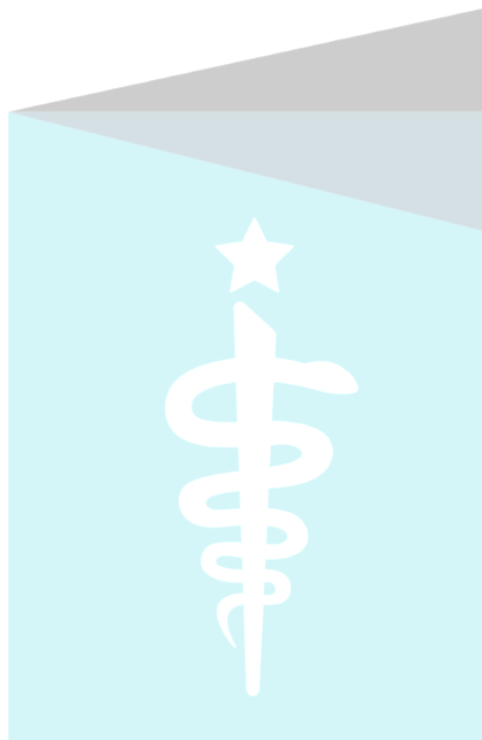
Paciente masculino de 41 años, trabajador de la construcción, que sufrió una luxofractura en el codo izquierdo tras una caída desde altura. inicialmente, el manejo consistió en reducción cerrada y analgesia. Sin embargo, la persistencia del dolor y rigidez articular llevó a la sospecha de síndrome de dolor regional complejo, diagnosticado después de varias consultas y tras la aparición de síntomas adicionales como parestesias, cambios en la coloración de la piel y hallazgos imagenológicos compatibles. El tratamiento incluyó kinesioterapia, analgésicos y la derivación a fisioterapia, con seguimiento estrecho y programación de infiltración intraarticular de corticoides.

Discusión y Conclusiones

El diagnóstico temprano del síndrome de dolor regional complejo es fundamental para instaurar un tratamiento eficaz y prevenir secuelas funcionales. En este caso, la demora en el diagnóstico y la ausencia de un abordaje terapéutico integral favorecieron el deterioro físico del paciente, incluyendo la progresión a una capsulitis adhesiva. La aplicación oportuna de los criterios diagnósticos de Budapest y la implementación de un manejo multidisciplinario enfocado en el control del dolor, rehabilitación y apoyo psicológico, son esenciales para mejorar los resultados. La omisión de estos pilares influyó negativamente en la recuperación, prolongando el curso del cuadro clínico.

Referencias

1. Abd-Elseyed A, Stark CW, Topoluk N, Isaamullah M, Uzodinma P, Viswanath O, Gyorfí MJ, Fattouh O, Schlidt KC, Dyara O. A brief review of complex regional pain syndrome and current management. *Ann Med*. 2024;56(1):233-4398.
2. Alshehri FS. The complex regional pain syndrome: Diagnosis and management strategies. *Neurosciences (Riyadh, Saudi Arabia)*. 2023;28(4):211–219.
3. Lloyd ECO, Dempsey B, Romero L. Complex Regional Pain Syndrome. *Am Fam Physician* 2021;104(1):49–55.
4. Ferraro MC, O'Connell NE, Sommer C, Goebel A, Bultitude JH, Cashin AG, Moseley GL, McAuley JH. Complex regional pain syndrome: advances in epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Lancet Neurol*. 2024;23(5):522-533.



PSICOSIS TARDÍA, UNA MIRADA A LA PSICOSIS NO ORGANICA DEL ADULTO MAYOR A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Mattig, J. Ide, S. Möller, C. Guiñez

Introducción

La psicosis de inicio tardío es un trastorno psiquiátrico propio de la tercera edad, caracterizado por delirios, alucinaciones auditivas, visuales y errores de percepción del entorno de tipo paranoide. Su prevalencia alcanza cerca de un 4%, aumentando hasta un 20% en adultos mayores institucionalizados.

Caso

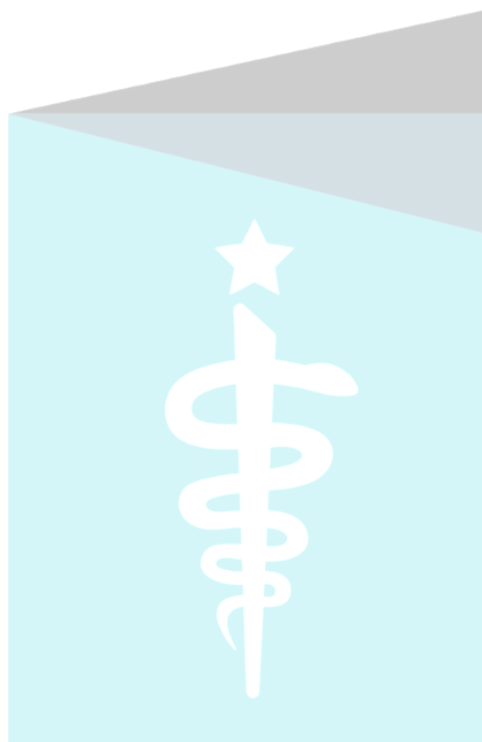
Mujer de 72 años, sin antecedentes psiquiátricos, derivada para hospitalización desde atención primaria por presentar delirio de persecución crónico, acompañado de episodios de violencia física y verbal hacia el personal de salud. La paciente refiere sufrir agresiones físicas y “embrujo” por parte de su vecino. Sus familiares la describen como irritable y “complicada”, señalando que hace 2 años comenzó con alucinaciones visuales y auditivas que deterioraron su convivencia. Respecto al ánimo, se observó eutímica, pero con sentimiento de desesperanza por incompreensión y rechazo de su entorno. Dentro del estudio de diagnósticos diferenciales, se realizó resonancia magnética cerebral, que descartó tumor y encefalitis, test cognitivo de Montreal (MoCA) que no mostró alteraciones compatibles con demencia y exámenes de laboratorio que descartaron patología orgánica como causa. Por el compromiso funcional secundario al trastorno delirante, se hospitalizó en unidad de corta estadía psiquiátrica, iniciando manejo con antipsicóticos atípicos (Risperidona) y psicoterapia, con escasa respuesta.

Discusión y Conclusiones

Los trastornos psicóticos pueden presentarse en distintas etapas del ciclo vital, siendo relevantes en la tercera edad al formar parte del diagnóstico diferencial frente a síndromes demenciales. A diferencia de la demencia, en la psicosis tardía suele preservarse la función cognitiva global, predominando delirios paranoides y alucinaciones auditivas sin deterioro progresivo. Su adecuada identificación resulta crucial, pues tiene un pronóstico más favorable y suele responder al tratamiento antipsicótico, lo que la diferencia de las demencias neurodegenerativas. Con el envejecimiento poblacional, se proyecta un aumento en los casos, lo que obliga a mantener un alto índice de sospecha para evitar errores diagnósticos y terapéuticos.

Referencias

1. Longás BP, Martínez TP, Roselló AP. Psicosis de inicio tardío y síndrome de Charles Bonnet: dificultades diagnósticas. A propósito de un caso. *Psiquiatra Biol.* 2017;24(2):67-69.
2. Elías-Villanueva MP, Fernández-Guardiola M, Ortiz-Martín A, Gallego-Villalta S. Psicosis de inicio tardío [Internet]. Pavlov. 2011 [citado 2025 jul 19]; Disponible en: <https://pavlov.psyciencia.com/2013/03/PSICOINICIOTARDIO.pdf>
3. Balanzá Martínez V, Lacruz Silvestre M, Leal Cercós C. Esquizofrenia tardía. Parafrenia tardía. En: Roca Bennasar M, editor. *Trastornos psicóticos*. Madrid: Ars Médica; [2006]. p. [558-562].



MÁS ALLÁ DE LA INSUFICIENCIA VENOSA: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE MÁCULAS PIGMENTADAS EN DERMATOLOGÍA

F. Tapia, V. Calcutta, C. Caprile, I. Ciuffardi

Introducción

Las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP) son enfermedades dermatológicas poco frecuentes, benignas y crónicas, caracterizadas por máculas hiperpigmentadas pardo-amarillentas con petequias. Incluyen cinco variantes clínicas, siendo la más común la enfermedad de Schamberg. Comparten hallazgos histopatológicos y su fisiopatología se relaciona con la fragilidad capilar y una respuesta inmune celular, que provoca extravasación de hematíes. Aunque no existe un tratamiento estandarizado, se han utilizado diversas opciones terapéuticas con resultados variables, destacando el uso de corticoides tópicos como estrategia eficaz.

Caso

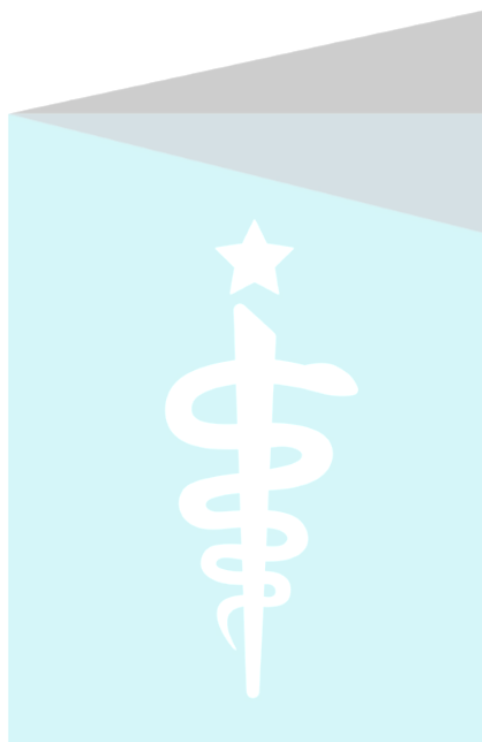
Paciente masculino de 65 años con antecedentes de hipotiroidismo, consultó por lesiones hiperpigmentadas en extremidades inferiores de 4 años de evolución progresiva y asintomáticas. El examen físico evidenció máculas hiperpigmentadas marrón violáceas de bordes definidos, en ambas extremidades inferiores. Las lesiones eran numulares, algunas con descamación leve de tipo eccematoso, sin úlceras ni áreas de necrosis. Se plantearon como posibles diagnósticos dermatitis por estasis venosa v/s DPP. Ante la persistencia y evolución progresiva del cuadro, y la necesidad de distinguir entre estas entidades clínicas se realizó una biopsia tipo punch en la pantorrilla derecha. Los hallazgos fueron compatibles con DPP, Pearls positivo. Se indicó manejo con clobetasol 0,05% tópico por 3 meses y nuevo control con dermatología en 1 mes.

Discusión y Conclusiones

Este caso destaca la importancia del diagnóstico diferencial ante máculas pigmentadas crónicas en extremidades inferiores. Aunque desde medicina general la primera sospecha suele ser dermatitis por estasis venosa, la ausencia de signos típicos como edema o várices llevó a considerar otras etiologías. Se evaluaron necrobiosis lipoídica, reacción medicamentosa fija y DPP, entidad benigna y subdiagnosticada. La biopsia fue clave para confirmar el diagnóstico y evitar tratamientos innecesarios o estudios invasivos. Este enfoque integral basado en juicio clínico y confirmación histológica refuerza la relevancia de considerar alternativas diagnósticas ante presentaciones cutáneas crónicas, especialmente en pacientes sin hallazgos clínicos concluyentes.

Referencias

1. Martínez Pallás I, Conejero Del Mazo R, Lezcano Biosca V. Dermatitis purpúricas pigmentadas. Revisión de la literatura científica. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2020 Mar;111(3):196–204.
2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.013>
3. Murugan K, Thappa DM. Pigmented purpuric dermatosis: a dermoscopic and management perspective. CosmoDerma. 2024; 4:128. Disponible en:
4. https://doi.org/10.25259/CSDM_140_2024
5. Spigariolo CB, Giacalone S, Nazzaro G. Pigmented purpuric dermatoses: A complete narrative review. J Clin Med [Internet]. 2021 May 28;10(11):2283. Disponible en:
6. <https://doi.org/10.3390/jcm10112283>



COLECCIÓN PANCREÁTICA ENCAPSULADA INFECTADA EN CONTEXTO DE PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA: REPORTE DE UN CASO

T. Wilke, J. Borgoño, N. Guglielmetti, L. Tortello

Introducción

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas acompañada de una respuesta sistémica ¹. Las etiologías más comunes corresponden a cálculos biliares y consumo de alcohol ¹, menos frecuente es la pancreatitis por hipertrigliceridemia, pero no menos relevante, ya que tienen tasas más altas de severidad, mortalidad y recurrencia en comparación con otras etiologías ². Puede presentar complicaciones locales como colecciones encapsuladas en pancreatitis necrotizante ¹.

Caso

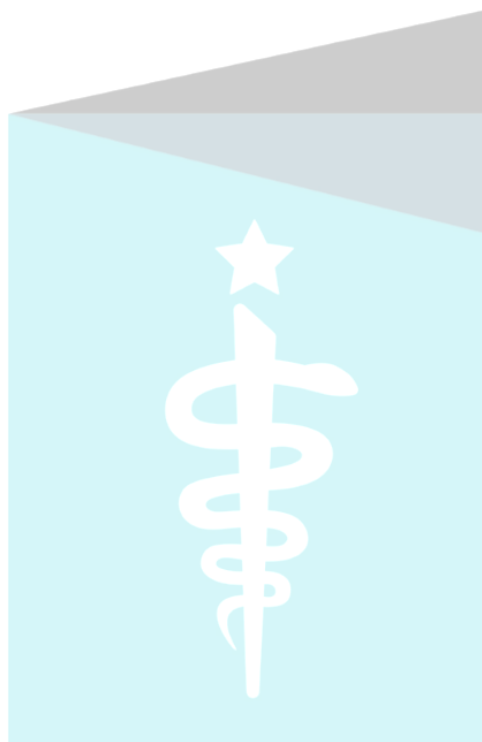
Paciente femenino de 41 años con dislipidemia e insulinoresistencia, consulta por dolor torácico y abdominal difuso, asociado a náuseas, vómitos y cefalea. Al ingreso presenta signos vitales estables, con laboratorio que evidencia leucocitosis, hiperbilirrubinemia y amilasa elevada. La TC (tomografía computarizada) abdominal confirma pancreatitis sin necrosis, con líquido peripancreático. Se constatan triglicéridos en 2.307 mg/dL, confirmando etiología metabólica. Se inicia bomba de infusión continua de insulina, evolucionando inicialmente favorable. Durante la hospitalización presenta dolor abdominal de difícil manejo, con masa palpable. Nueva TC muestra colección abdominal de 16×6 cm. Se descarta cirugía pero posteriormente evoluciona con síndrome emético de difícil manejo debido a compresión duodenal, optando finalmente por drenaje percutáneo guiado por radiología intervencional, con salida de contenido purulento. Se inicia antibioterapia empírica, posteriormente dirigida a *Staphylococcus aureus* aislado en cultivo. Tras drenaje y tratamiento antibiótico, la paciente mejora clínicamente, logrando tolerar la alimentación oral.

Discusión y Conclusiones

Este caso destaca la importancia de considerar la hipertrigliceridemia severa como causa de pancreatitis aguda, especialmente en pacientes con antecedentes metabólicos. La intervención oportuna con insulina endovenosa, el control del dolor y el manejo de complicaciones infecciosas fueron clave para la recuperación. El drenaje percutáneo representó una alternativa efectiva al tratamiento quirúrgico. Se enfatiza la necesidad de seguimiento estrecho para evitar recurrencias y controlar factores de riesgo metabólicos.

Referencias

1. Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SA, Bruno MJ, Verdonk RC, Boermeester MA, et al. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2020 Sep 5;396(10252):726–34. doi:10.1016/S0140-6736(20)31310-6.
2. Lu J, Wang Z, Mei W, Peng K, Zhang L, Wang G, et al. A systematic review of the epidemiology and risk factors for severity and recurrence of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis. *BMC Gastroenterol*. 2025;25(1):374. doi:10.1186/s12876-025-03954-4.
3. Hamesch K, Hollenbach M, Guilabert L, Lahmer T, Koch A. Practical management of severe acute pancreatitis. *United European Gastroenterol J*. 2020 Feb;8(1):40–53. doi:10.1177/2050640619897034



LA CARA OCULTA Y LETAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: REPORTE DE UN CASO DE COMPRESIÓN MEDULAR POR PANNUS CERVICAL.

A. Jiménez, K. Maluenda, M. Concha, A. Muñoz, M. Guggiana, J. Gorgollón

Introducción

El pannus cervical en la artritis reumatoide (AR) es una complicación infrecuente y potencialmente fatal, debido a la compresión medular o del tronco encefálico, lo que puede llevar a mielopatía progresiva, parálisis o muerte súbita. La mortalidad de los pacientes con mielopatía alcanza hasta el 50% durante el primer año desde el inicio de los síntomas si no reciben manejo adecuado. El reconocimiento precoz es clave para un tratamiento oportuno y la prevención de secuelas neurológicas graves.

Caso

Paciente masculino de 67 años con AR severa de larga data, en tratamiento con leflunomida, que consulta por paresia progresiva en extremidades superiores de 4 meses de evolución. Al examen físico destaca paresia braquial bilateral, hiperreflexia, sin dolor cervical. La resonancia magnética evidenció pannus cervical con compresión medular a nivel de C1-C2. Se instauró manejo multidisciplinario, con optimización del tratamiento reumatológico y descompresión quirúrgica posterior. Evoluciona favorablemente, sin progresión neurológica hasta la última evaluación (6 meses de seguimiento).

Discusión y Conclusiones

El pannus cervical es una complicación poco frecuente pero grave de la AR, cuyo curso insidioso y muchas veces asintomático dificulta su diagnóstico precoz. La progresión puede conducir a mielopatía cervical, compromiso bulbo-medular y muerte súbita. Este caso es relevante por presentarse en un paciente masculino de edad avanzada, con evolución insidiosa y manejo exitoso, resaltando la importancia de la vigilancia activa y el diagnóstico temprano. La resonancia magnética sigue siendo el estudio clave para su identificación, y el tratamiento oportuno reduce significativamente la morbimortalidad asociada.

Referencias

1. Siempis T, Tsakiris C, Anastasia Z, Alexiou GA, Voulgaris S, Argyropoulou MI. Radiological assessment and surgical management of cervical spine involvement in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2023 Feb;43(2):195-208. doi: 10.1007/s00296-022-05239-5. PMID: 36378323; PMCID: PMC9898347.
2. Shlobin NA, Dahdaleh NS. Manifestaciones de la artritis reumatoide en la columna cervical: una revisión. *Neurosurg Rev.* 2021;44:1957-65. doi: 10.1007/s10143-020-01412-1.
3. Mańczak M, Gasik R. Cervical spine instability in the course of rheumatoid arthritis - imaging methods. *Reumatologia.* 2017;55(4):201-7. doi: 10.5114/reum.2017.69782. PMID: 29056776; PMCID: PMC5647537.
4. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2016 Oct 22;388(10055):2023-38. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8. PMID: 27156434.
5. Gillick JL, Wainwright J, Das K. Rheumatoid Arthritis and the Cervical Spine: A Review on the Role of Surgery. *Int J Rheumatol.* 2015;2015:252456. doi: 10.1155/2015/252456. PMID: 26351458; PMCID: PMC4553335.



ASCITIS QUILOSA POSTINFECCIOSA EN PACIENTE CON VIH, INFORME DE CASO.

C. Moreira, J. Castro, V. Cáceres

Introducción

La ascitis quillosa es una forma infrecuente de ascitis causada por la acumulación de linfa en la cavidad peritoneal, secundaria a obstrucción o disrupción del conducto torácico o sus afluentes. En pacientes con infección por VIH, su desarrollo puede estar relacionado con infecciones oportunistas, linfadenopatías masivas o fibrosis ganglionar secundaria.

Caso

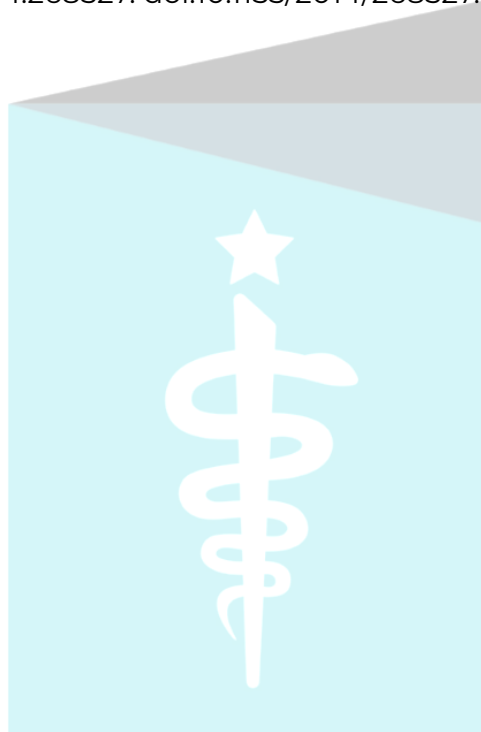
Paciente masculino de 39 años, con diagnóstico de VIH en marzo de 2023, tras hospitalización por neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. Al momento del diagnóstico, se encontraba con inmunosupresión avanzada (CD4 <100), iniciando triterapia con abacavir, dolutegravir y lamivudina. Durante el año 2023 presentó múltiples complicaciones: síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, retinitis por citomegalovirus y linfadenopatías abdominales dolorosas. Fue hospitalizado en septiembre por cuadro digestivo con dolor abdominal, vómitos, diarrea y síncope, realizándose TAC abdominal que evidenció adenopatías. Se realizó biopsia laparoscópica ganglionar que reveló infección por *Mycobacterium avium* complex (MAC), iniciando tratamiento con rifampicina, etambutol y moxifloxacino (cambiado por RAM). Posteriormente, una biopsia de médula ósea confirmó compromiso por MAC. En junio de 2024 desarrolló ascitis de tipo quillosa, confirmada por análisis del líquido peritoneal (rico en triglicéridos, aspecto lechoso). Se sospecha fibrosis ganglionar obstructiva como causa secundaria. Actualmente en tratamiento con levofloxacino, azitromicina, rifampicina y etambutol. Controlado por infectología, con carga viral indetectable y recuento CD4 de 278.

Discusión y Conclusiones

La ascitis quillosa en el contexto de VIH es una manifestación poco habitual que debe hacer sospechar etiologías infecciosas o infiltrativas, especialmente en pacientes con infecciones micobacterianas diseminadas. El caso destaca la importancia del monitoreo multidisciplinario en pacientes con VIH avanzado, donde las complicaciones linfáticas pueden ser expresión de daño inflamatorio crónico o fibrosis postinfecciosa.

Referencias

1. Flores Cruz Gonzalo, Aguila Gómez Mauricio Vicente, Lazo Vargas Alejandro, Marconi Poma Eddy Roger. ASCITIS QUILOSA O QUILOPERITONEO, UN DESAFIO DIAGNÓSTICO Y UN RETO EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA EL CIRUJANO GENERAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 20] ; 27(1): 47-53. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-895820210001000008&lng=es.
2. García-Redondo M, Rico-Morales MM, Lorenzo-Liñán MÁ, Torres-Melero J, Reina-Duarte Á. Ascitis quilosa, una entidad poco conocida. Etiopatogenia y manejo. Cir Andal. 2023;34(2):189–91. doi:10.37351/2023342.17.
3. Shaik IH, Gonzalez-Ibarra F, Khan R, Shah S, Syed AK, Lintz D. Chylous ascites in a patient with HIV/AIDS: a late complication of Mycobacterium avium complex-immune reconstitution inflammatory syndrome. Case Rep Infect Dis. 2014;2014:268527. doi:10.1155/2014/268527.



CANDIDEMIA POR CÁNDIDA KRUSEI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

T. Hohf, M. Poblete, L. Morales, J. Guzmán

Introducción

Según el programa de supervivencia global (1997-2016), *Cándida Krusei* representa apenas un 2.8% de las infecciones por *cándida* (421 casos). Este hongo posee elevada mortalidad (40-59%), principalmente en inmunocomprometidos y pacientes con patología hematooncológica. Su etiopatogenia ocurre más frecuente a través de la vía digestiva, contaminación de catéter venoso central o desde un foco infeccioso; generalmente urinario por colonización ascendente. A diferencia de la *Cándida Albicans*, *C. Krusei* tiene escasa susceptibilidad a Fluconazol (solo un 4% de los casos), en ello recae la importancia de la identificación oportuna del microorganismo para un manejo adecuado.

Caso

Masculino de 73 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, con reciente cirugía de artroplastia total de cadera derecha, desde entonces usuario de sonda vesical, acude a servicio de urgencias por cuadro de 6 días de evolución de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, asociado desde hace 48 horas a adinamia, inapetencia, sensación febril, dolor lumbar y desorientación. Se toman exámenes de laboratorio destacando leucocitos 13.700/mm³, proteína C reactiva 230 mg/L, orina completa inflamatoria. Se decide hospitalización para manejo. Se rescata resultado de urocultivo positivo para *Cándida* especies, iniciándose tratamiento con Fluconazol. Posteriormente hemocultivos resultan positivos para *Cándida Krusei*, modificando terapia a Caspofungina. Se estudia con ecocardiograma y fondo de ojo, sin hallazgos patológicos. Completa el tratamiento por 21 días con buena respuesta.

Discusión y Conclusiones

La infección por *Cándida Krusei* es infrecuente, más aún en población inmunocompetente. En este caso, se sospecha la infección a través de las vías urinarias en contexto de uso prolongado de sonda vesical, donde el inicio precoz de terapia antifúngica apropiada fue crucial para la prevención de complicaciones graves como endocarditis y endoftalmitis. La contaminación de resultados de cultivos por *cándida* es infrecuente, por lo que un cultivo positivo no debería ser desestimado.

Referencias

1. Candidemia in adults: Epidemiology, microbiology, and pathogenesis. In: UpToDate, Basra M, Shah A, Ostrosky-Zeichner L, eds. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2024 [cited 2025 Jul 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/candidemia-in-adults-epidemiology-microbiology-and-pathogenesis>
2. Management of candidemia and invasive candidiasis in adults. In: Basow DS, Pappas PG, eds. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2024 [cited 2025 Jul 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-candidemia-and-invasive-candidiasis-in-adults>
3. Overgaauw AJC, de Leeuw DC, Stoof SP, van Dijk K, Bot JCJ, Hendriks EJ. Case report: Candida krusei spondylitis in an immunocompromised patient. BMC Infect Dis. 2020 Oct 8;20(1):739. doi: 10.1186/s12879-020-05451-3. PMID: 33032533; PMCID: PMC7542866.
4. Sachivkina N, Podoprigora I, Bokov D. Morphological characteristics of Candida albicans, Candida krusei, Candida guilliermondii, and Candida glabrata biofilms, and response to farnesol. Vet World. 2021 Jun;14(6):1608-1614. doi: 10.14202/vetworld.2021.1608-1614. Epub 2021 Jun 22. PMID: 34316210; PMCID: PMC8304438.
5. Domán M, Makrai L, Bányai K. Molecular Phylogenetic Analysis of Candida krusei. Mycopathologia. 2022 Aug;187(4):333-343. doi: 10.1007/s11046-022-00640-x. Epub 2022 Jun 11. PMID: 35689765; PMCID: PMC9325932.



DEBUT AGUDO DE DIABETES POSTRASPLANTE EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

F. Uarac, C. Pérez, J. Ureta, E. Aguilera

Introducción

La diabetes mellitus postrasplante (NODAT) es una complicación metabólica frecuente tras el trasplante renal, con una incidencia de hasta 30%, asociada al uso de tacrolimus, corticosteroides y factores individuales. Sudetección puede retrasarse por un inicio insidioso y ausencia de síntomas. Este caso muestra un debut agudo con cetoacidosis diabética (CAD), una forma de presentación poco habitual en este contexto clínico⁽¹⁾.

Caso

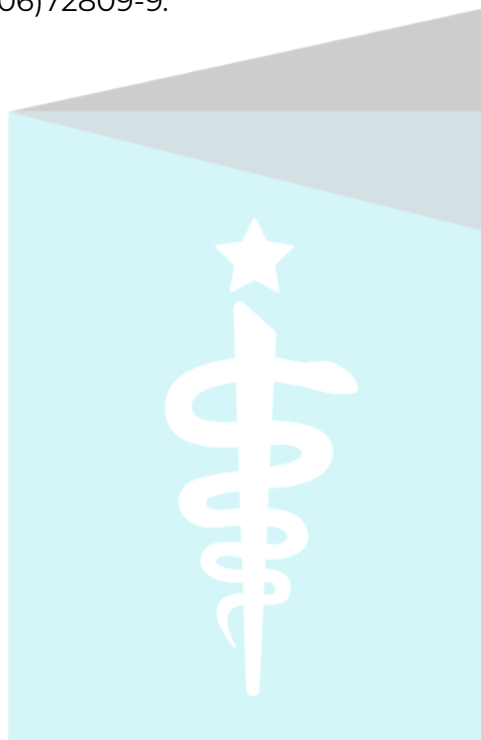
Paciente masculino de 40 años con antecedentes de enfermedad renal crónica por poliquistosis y trasplante renal en 2016, en tratamiento con tacrolimus, micofenolato y prednisona. Consultó por 2 meses de pérdida de peso, polidipsia y poliuria, con astenia, adinamia y náuseas los últimos días. No tenía controles en nefrología ni diabetología en el último año. Al ingreso presentó deshidratación leve, glucemia capilar sobre límite superior cuantificable por dispositivo. Exámenes revelaron acidosis metabólica moderada (pH 7.16, HCO₃ 15.3 mmol/L), cetonemia >4.500 mmol/L, lesión renal aguda y glucosuria. Se diagnosticó síndrome diabético agudo, CAD moderado. Se hospitaliza con hidratación endovenosa e insulina en infusión continua, ajustándose inmunosupresión y luego insulina basal-bolo. Evolucionó favorablemente, recuperando función renal, cumplió criterios de resolución de CAD, es dado de alta con indicación de seguimiento.

Discusión y Conclusiones

La CAD en pacientes con NODAT es infrecuente, dado que predomina la resistencia a la insulina más que la insulinopenia. En este caso, el uso prolongado de inmunosupresores, particularmente tacrolimus, contribuye a la disfunción de células beta pancreáticas⁽²⁾. La ausencia de controles ambulatorios favoreció la progresión no detectada de la hiperglicemia hasta una complicación aguda grave. El caso evidencia la necesidad de seguimiento estructurado postrasplante, utilizando herramientas sencillas como glicemia en ayunas y hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) para la detección temprana de NODAT, alineándose con recomendaciones actuales para mejorar el pronóstico del injerto y prevenir complicaciones⁽³⁾.

Referencias

1. Davidson J, Wilkinson A, Dantal J, Dotta F, Haller H, Hernández D, et al. New-onset diabetes after transplantation: 2003 International Consensus Guidelines. *Transplantation*. 2003;75(10 Suppl):SS3–24. DOI: 10.1097/01.TP.0000069952.49242.3E
2. Sharif A, Hecking M, De Vries APJ, Porrini E, Hornum M, Rasoul-Rockenschaub S, et al. Proceedings from an international consensus meeting on posttransplantation diabetes mellitus: Recommendations and future directions. *Transplantation*. 2017;101(11): 2803–2813. DOI: 10.1111/ajt.12850
3. Hecking M, Sharif A, Eller K, Jenssen T. Management of post-transplant diabetes: Immunosuppression, early prevention, and novel antidiabetics. *Transpl Int*. 2024;34:27–48. doi.org/10.1111/tri.13783
4. Penfornis A, Kury-Paulin S. Immunosuppressive drug-induced diabetes. *Diabetes Metab*. 2006 Dec;32(5 Pt 2):539–46. doi: 10.1016/s1262-3636(06)72809-9.



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER APENDICULAR METASTÁSICO

F. Uarac, C. Pérez, L. Suazo, F. Muñoz

Introducción

Las neoplasias malignas apendiculares son tumores poco frecuentes, habitualmente diagnosticados de forma incidental tras apendicectomía. Representan entre 0,5% y 1% de las biopsias apendiculares, siendo el adenocarcinoma el tumor primario más común ⁽¹⁾. Hasta en un 50% de los casos son asintomáticos, y su presentación clínica más frecuente es como apendicitis aguda (30%), secundaria a obstrucción del lumen ⁽²⁾. Otras manifestaciones, como la obstrucción intestinal, son raras. Este caso se presenta debido a su inusual forma de manifestación.

Caso

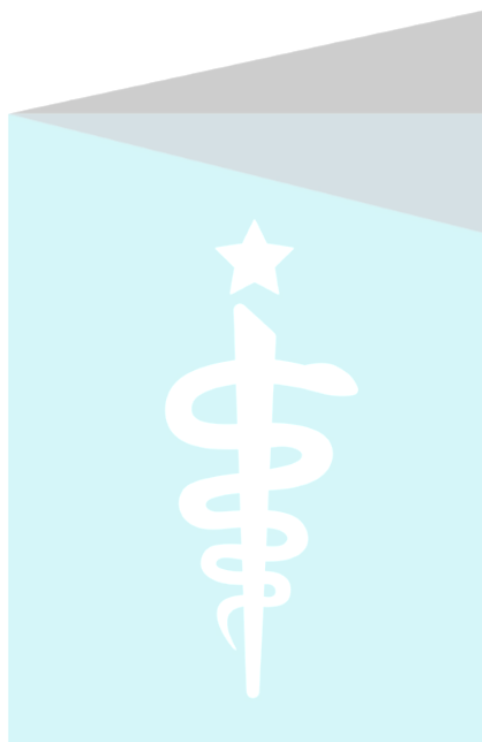
Paciente masculino de 76 años, con múltiples comorbilidades, consultó por cuadro de dolor abdominal superior, náuseas, vómitos y constipación de 3 días de evolución. Al examen: abdomen globuloso, distendido, sensible difuso e hiper timpánico. TAC AP evidencia distensión esofágica, gástrica intestino delgado con disminución de calibre progresiva hacia íleon distal. Engrosamiento mural del ciego de hasta 8mm, mal definido. Se inicia manejo médico con sonda nasogástrica y régimen cero, para posterior evaluación por cirugía coloproctológica. Equipo decide realizar hemicolectomía derecha abierta para resolución de obstrucción. En el intraoperatorio se encuentra apéndice de aspecto tumoral, indurado, con engrosamiento de colon proximal y múltiples implantes peritoneales. Biopsia describe apéndice cecal extensamente infiltrado por adenocarcinoma bien diferenciado. Presenta evolución lenta hacia la mejoría, finalmente es dado de alta.

Discusión y Conclusiones

El adenocarcinoma apendicular es infrecuente y su presentación como obstrucción intestinal es aún más rara ⁽³⁾. En este caso, la tomografía sugirió obstrucción sin causa clara, siendo la cirugía clave para el diagnóstico y tratamiento ⁽⁴⁾ lo que destaca la importancia de sospechar causas malignas en obstrucciones atípicas, especialmente en adultos mayores. La obstrucción intestinal puede ser la manifestación inicial de un cáncer apendicular avanzado. Este caso subraya la relevancia de un enfoque quirúrgico oportuno ante cuadros abdominales sin etiología definida, y la necesidad de incluir cáncer en el diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal en pacientes de edad avanzada.

Referencias

1. Osueni A, Chowdhury YS. Appendix cancer. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Madrigal Jiménez, S., Herrera Mora, G. Cáncer de Apéndice: Revisión Bibliográfica. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, TEMA 2-2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr183a.pdf>
3. Baumgartner JM, Marmor R, Hsu A, Veerapong J, Kelly KJ, Lowy AM. Obstruction-free survival following operative intervention for malignant bowel obstruction in appendiceal cancer. Ann Surg Oncol [Internet]. 2019;26(11):3611–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-019-07507-4>
4. Xu Z-S, Xu W, Ying J-Q, Cheng H. Mechanical intestinal obstruction secondary to appendiceal mucinous cystadenoma: A case report and brief review. Medicine(Baltimore) [Internet]. 2017;96(5):e6016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000006016>



HEPATECTOMÍA SEGMENTARIA SIN SANGRE: EXPERIENCIA CLÍNICA Y ANÁLISIS DE UN CASO

N. Lavados, S. Jiménez

Introducción

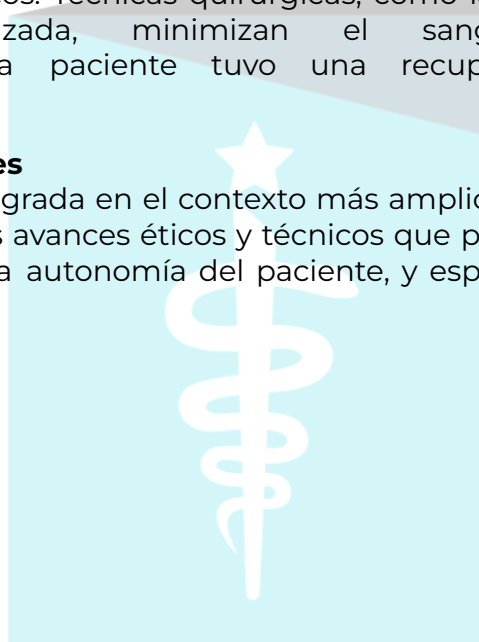
Las hepatectomías conllevan un alto riesgo de sangrado, requiriendo transfusiones sanguíneas hasta en un 56.8% de los casos. Sin embargo, algunos pacientes, como los Testigos de Jehová, rechazan las transfusiones por motivos religiosos. En Chile, donde aún no existe un marco normativo claro para estos casos, surgen desafíos éticos para los profesionales de la salud.

Caso

En este reporte presentamos el caso de una mujer de 63 años, Testigo de Jehová, con metástasis hepáticas de un tumor neuroendocrino. La paciente se sometió a una hepatectomía segmentaria sin sangre, respetando sus creencias. Preoperatoriamente, un régimen de hierro y eritropoyetina optimizó los parámetros hematológicos. Técnicas quirúrgicas, como la maniobra de Pringle y instrumentación avanzada, minimizan el sangrado intraoperatorio. Postoperatoriamente, la paciente tuvo una recuperación favorable sin transfusiones.

Discusión y Conclusiones

Nuestra experiencia, integrada en el contexto más amplio de la cirugía sin sangre en evolución, destaca los avances éticos y técnicos que permiten procedimientos complejos, respetando la autonomía del paciente, y especialmente en ausencia de lineamientos claros.



Referencias

1. Latchana N, Hirpara DH, Hallet J, Karanickolas PJ. Red blood cell transfusion in liver resection. *Langenbecks Arch Surg*. 2019 Feb 15;404(1):1–9.
2. DeLoughery T. Transfusion Replacement Strategies in Jehovah's Witnesses and Others Who Decline Blood Products. *Clinical Advances in Hematology & Oncology*. 2020 Dec;18(12):826–36.
3. Frank SM, Chaturvedi S, Goel R, Resar LMS. Approaches to Bloodless Surgery for Oncology Patients. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2019 Oct 1;33(5):857–71.
4. Calderón F, Castillo A, Chang C, Gutiérrez F, Ortiz C, Subiabre V, et al. Transfusiones sanguíneas en Testigos de Jehová. *Revista Confluencia*. 2019;1(1):41–4.
5. Cardemil G. Consideraciones éticas en el tratamiento médico a Testigos de Jehová. *Acta Bioeth*. 2010;16(1):40–5.
6. Moggia E, Rouse B, Simillis C, Li T, Vaughan J, Davidson BR, et al. Methods to decrease blood loss during liver resection: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Oct 31;2016(10).
7. Bodur MS, Tomas K, Topaloğlu S, Oğuz Ş, Küçükbaşlan H, Dohman D, et al. Effects of intraoperative blood loss during liver resection on patients outcome: A single-center experience. *Turk J Med Sci*. 2021;51(3):1388–95.
8. Tanhehco YC, DeSimone RA. Errors and adverse effects of blood transfusion. In: *Accurate Results in the Clinical Laboratory: A Guide to Error Detection and Correction, Second Edition*. Elsevier; 2019. p. 439–47.
9. Goel R, Tobian AAR, Shaz BH. Noninfectious transfusion-associated adverse events and their mitigation strategies. *Blood [Internet]*. 2019;133(17):1831–9. Available from: <http://ashpublications.org/blood/article-pdf/133/17/1831/1557090/blood833988.pdf>.
10. Shah A, Palmer AJR, Klein AA. Strategies to minimize intraoperative blood loss during major surgery. *British Journal of Surgery*. 2020 Jan 1;107(2):26–38.

MENINGITIS VIRAL POR VIRUS DE PAROTIDITIS POSTERIOR A VACUNACIÓN TRIPLE VÍRICA EN PACIENTE ADULTA; REPORTE DE UN CASO

C. Trinchieri, C. Villalón, S. Guarello, D. Villalón

Introducción

El virus parotiditis, contenido en la vacuna triple vírica, ha sido relacionado con casos excepcionales de meningitis aséptica postvacunal, generalmente dentro de 30 días post inmunización. En adultos, la meningitis viral por este agente es sumamente infrecuente y puede presentarse sin parotiditis clínica, dificultando su diagnóstico.

Caso

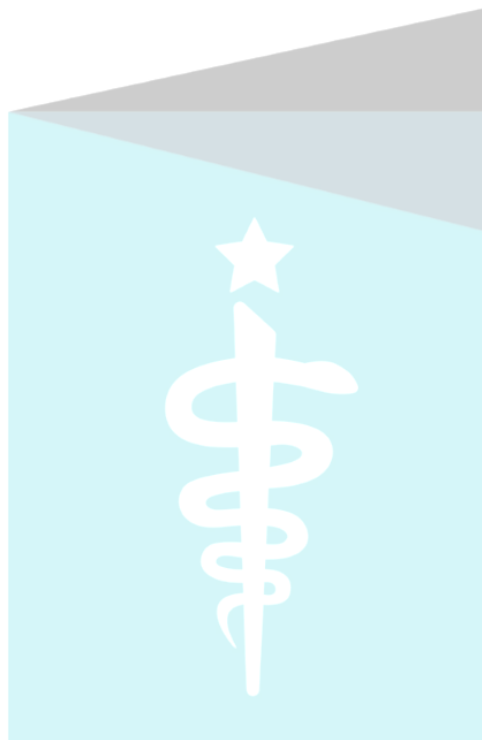
Mujer de 47 años, con antecedentes de cirugía de tumor cerebral (antiguo) e hipoacusia. Consulta por cefalea frontal opresiva, náuseas y vómitos persistentes. Al examen neurológico destaca bradipsiquia y signo de Kernig Positivo. TAC cerebral sin hallazgos. Punción lumbar evidencia líquido cefalorraquídeo (LCR) con leucocitosis (358 células/mm³, 99% mononucleares), hipoglucorraquia (38,9 mg/dL) e hiperproteíorraquia (93 mg/dL). Se hospitaliza con sospecha de meningitis viral. FilmArray meníngeo negativo; PCR viral múltiple en LCR positiva para virus parotiditis (MUMPS). Al reinterrogar, se constata vacunación con vacuna triple vírica 25 días antes del inicio de síntomas. RM cerebral con gadolinio y electroencefalograma sin alteraciones, descartando compromiso encefalítico. Evoluciona favorablemente con manejo sintomático, sin secuelas neurológicas.

Discusión y Conclusiones

Se debe sospechar meningitis en pacientes con cefalea persistente, refractaria a analgesia, con otras causas descartadas, a pesar de la ausencia de fiebre. En este caso, signos meníngeos apoyan la sospecha. La meningitis por virus de parotiditis postvacunal en adultos es infrecuente, pero se ha documentado con cepas como Urabe o Leningrad-Zagreb. En Chile se utiliza la cepa Jeryl Lynn, de menor riesgo, aunque se han confirmado casos dentro de los 4 a 30 días post vacunación. Este caso destaca por: (1) sospecha de meningitis confirmada por PL en paciente con cefalea persistente, afebril; (2) relevancia del antecedente y tipo de vacuna; y (3) cumplimiento de criterios para meningitis por virus parotiditis postvacunal. Destaca la importancia de considerar esta etiología en adultos vacunados, ya que su identificación temprana evita tratamientos antibióticos innecesarios y favorece un manejo sintomático seguro.

Referencias

1. Yung CF, Andrews N, Bukasa A, Brown KE, Ramsay M. Mumps complications and effects of mumps vaccination, England and Wales, 2002–2006. *Emerg Infect Dis.* 2011;17(4):661–7.
2. Belyaletdinova IK, Mitrofanova IV, Kozlovskaya LI, Ignatyev GM. Cases of aseptic meningitis after vaccination against mumps in Russia (2009–2019). *Public Health.* 2020;186:8–11.
3. Ohfuji S, Tanaka T, Nakano T, Kase T, Kondo K, Fukushima W, et al. Annual trends in adverse events following mumps vaccination in Japan: a retrospective study. *Vaccine.* 2022;40(7):988–93.
4. Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Inmunizaciones: vacunas utilizadas en el esquema nacional 2024 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2024 [citado 2025 Jul 17]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/programa-nacional-de-inmunizaciones/>



EMBOLIA PULMONAR POR MATERIAL QUIRÚRGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Yáñez, J. Quezada, C. Aguayo, B. Hormazábal

Introducción

La vertebroplastia con cemento quirúrgico es un procedimiento realizado para reparar lesiones vertebrales, como fracturas (Fx) de cuerpos vertebrales. Entre sus complicaciones se encuentra la fuga del material protésico al sistema venoso vertebral, que puede alcanzar la circulación pulmonar provocando embolismo pulmonar por cemento (EPC). Este ocurre en 2.1% a 26% de los casos y en su mayoría pasa inadvertido por no generar repercusión clínica ni hemodinámica. El tratamiento puede ser observacional o requerir embolectomía quirúrgica en casos más severos. A continuación, se presenta el caso de un paciente con esta complicación con gran impacto clínico.

Caso

Paciente sufre caída desde techumbre aproximadamente 4 metros, presentó dolor lumbar intenso y en extremidades inferiores, pero conserva movilidad. En Urgencias se toma radiografía y resonancia magnética de columna que muestra Fx de L1 por aplastamiento. Ingresó para resolución quirúrgica, se realizó vertebroplastia dorsolumbar con tornillos cementados T12-L1-L2, sin incidentes. Durante la noche evolucionó con desaturación y disnea. Tomografía Computada (TC) de control impresiona material hipodenso a nivel de circulación pulmonar. Se solicita AngioTC con hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar agudo por defecto de llene espontáneamente densos, compatible con EPC. Evaluado por equipo de cirugía torácica, indicando manejo conservador y traslado a unidad de tratamientos intermedios para monitorización y continuar manejo. Durante su estadía se mantiene con tratamiento anticoagulante con buena evolución clínica y rehabilitación respiratoria, controlándose posteriormente con nueva imagen.

Discusión y Conclusiones

Debido a que no es una complicación infrecuente y en los casos más severos puede tener consecuencias fatales, la evaluación física cardiopulmonar e imagenológica, con al menos radiografía de tórax, de los pacientes sometidos a una vertebroplastia deberían ser parte del protocolo y no esperar a que se manifieste clínicamente. Posteriormente, dependiendo de los hallazgos, solicitar un estudio más sensible para detectar el EPC y según los resultados definir el manejo adecuado.

Referencias

1. [1] Ignacio JMF, Ignacio KHD. Pulmonary embolism from cement augmentation of the vertebral body. *Asian Spine J* [Internet]. 2018;12(2):380–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4184/asj.2018.12.2.380>
2. [2] Venmans A, Klazen CAH, Lohle PNM, van Rooij WJ, Verhaar HJJ, de Vries J, et al. Percutaneous vertebroplasty and pulmonary cement embolism: results from VERTOS II. *AJNR Am J Neuroradiol* [Internet]. 2010;31(8):1451–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3174/ajnr.A2127>
3. [3] Waler AR, Sanchez KJ, Parikh AA, Okorie ON. A case of pulmonary cement embolism managed through symptomatic treatment. *Case Rep Crit Care* [Internet]. 2020;2020:2425973. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2020/2425973>
4. [4] Barakat AS, Owais T, Alhashash M, Shousha M, El Saghir H, Lauer B, et al. Presentation and management of symptomatic central bone cement embolization. *Eur Spine J* [Internet]. 2018;27(10):2584–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-017-5267-4>
5. [5] Sinha N, Padegal V, Satyanarayana S, Santosh HK. Pulmonary cement embolization after vertebroplasty, an uncommon presentation of pulmonary embolism: A case report and literature review. *Lung India* [Internet]. 2015;32(6):602–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4103/0970-2113.168119>



PIELONEFRITIS AGUDA COMPLICADA CAUSADA POR NEISSERIA ELONGATA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Águila, F. Valderrama, R. Millán, C. Moraga, J. Carvallo, J. Torres

Introducción

La pielonefritis aguda (PNA) es una infección del parénquima renal causada en su mayoría por uropatógenos por medio de un mecanismo ascendente. *Neisseria Elongata* es un cocobacilo gram negativo perteneciente a la flora bacteriana orofaríngea, por lo tanto, es infrecuente como agente causal de infecciones urinarias.

Caso

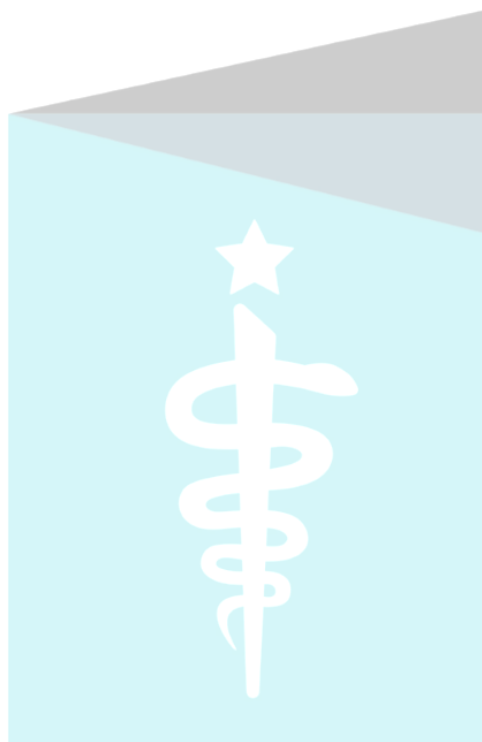
Femenina de 81 años con antecedentes de hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica en hemodiálisis, monorrena derecha y alergia a penicilina y ceftriaxona, consulta en urgencia por cuadro de 1 semana de evolución de fiebre y compromiso del estado general, que se agrega compromiso de conciencia previo a la consulta. Ingresa hemodinámicamente estable, sin mayores alteraciones al examen físico. Al laboratorio con parámetros inflamatorios elevados, sin urgencia dialítica. Se realiza una tomografía en la que se observa nefrolitiasis derecha con hidroureteronefrosis y colección retrorrenal derecha de 101 cc. Se inicia levofloxacin y metronidazol, e instalación de catéter doble J. Del estudio infectológico, urocultivo positivo para *Streptococcus agalactiae* y hemocultivos negativos. Infectología ajusta esquema antibiótico a moxifloxacin. Al 13° día de evolución se controla con imagen en la que no se observan cambios con respecto al estudio previo. Se decide resolución por radiología intervencional que realiza drenaje de la colección, con cultivo positivo para *Neisseria Elongata*. Por riesgo de endocarditis infecciosa se realiza ecocardiograma el cual resulta negativo para vegetaciones. Se decide alta a completar un total de 2 semanas de moxifloxacin. Imagen de control post-alta sin evidencia de colección.

Discusión y Conclusiones

Es importante considerar la bacteriemia como mecanismo de infección en PNA, por lo que se debe solicitar hemocultivos en PNA complicada. Aunque *Neisseria elongata* sea un comensal, puede ser causante de infecciones oportunistas como endocarditis bacteriana. La infección por *Neisseria Elongata* es inusual, su aislamiento se considera patológico y debe motivar el estudio de bacteriemia e infecciones asociadas.

Referencias

1. Banjari M, Haddad E, Bonnet I, et al. Infective endocarditis due to *Neisseria elongata*: A case report and literature review. *Infect Dis Now*. 2021;51(7):622-626. doi:10.1016/j.idnow.2021.01.013
2. Walsh L, Clark SA, Derrick JP, Borrow R. Beyond the usual suspects: Reviewing infections caused by typically-commensal *Neisseria* species. *J Infect*. 2023;87(6):479-489. doi:10.1016/j.jinf.2023.09.007
3. Hamze H, Press N, Stefanovic A, Ritchie G, Romney M. *Neisseria meningitidis* pyelonephritis: A rare and unusual presentation of an established pathogen. *Clinical Microbiology Newsletter*. 2024; 47(2):9-13. doi:10.1016/j.clinmicnews.2024.05.005



MENINGITIS TUBERCULOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

J. De La Fuente, V. León, V. Silva, C. Muñoz

Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad sistémica que puede comprometer múltiples órganos. Su forma diseminada puede comprometer el sistema nervioso central, siendo la meningitis tuberculosa (MT) su manifestación extrapulmonar más grave. La MT se presenta con un cuadro insidioso de cefalea, fiebre y alteraciones cognitivas, y se asocia a alta mortalidad si no se diagnostica ni trata precozmente.

Caso

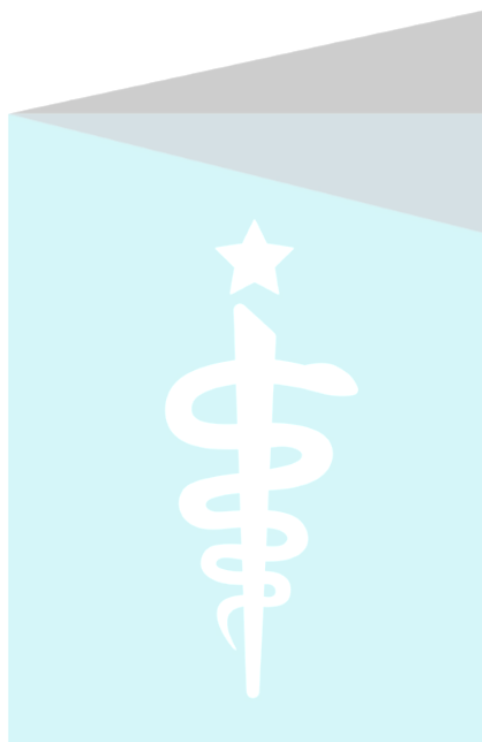
Hombre de 34 años, sin antecedentes mórbidos, consultó en urgencias por cefalea holocraneal pulsátil de dos semanas de evolución, progresiva e intensa, acompañada de fiebre, bradipsiquia e hipoacusia. Además, refería un año de lumbalgia irradiada a extremidad inferior izquierda. Al examen físico destacaba aumento de volumen fluctuante en región lumbosacra. Inicialmente se sospechó foco urinario por laboratorio compatible y se inició antibioticoterapia empírica. La tomografía computarizada (TC) de cerebro fue normal, pero la TC de tórax, abdomen y pelvis evidenció hallazgos compatibles con TB diseminada: patrón miliar pulmonar, lesiones óseas líticas en huesos sacro e iliaco izquierdo con colección en músculo piramidal y adenopatías retroperitoneales. Ante la persistencia febril, se realizó punción lumbar con líquido cefalorraquídeo característico de meningitis: hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia y pleocitosis con predominio de polimorfonucleares, por lo que se inició tratamiento dirigido a MT.

Discusión y Conclusiones

La meningitis tuberculosa es una urgencia neurológica poco frecuente, con clínica insidiosa y caracterizada por una alta morbimortalidad, especialmente si el diagnóstico y tratamiento son tardíos. El tratamiento precoz con fármacos antituberculosos y corticosteroides ha demostrado reducir mortalidad y secuelas neurológicas. Este caso resalta la importancia de reconocer signos de TB diseminada y considerar la MT en pacientes con síntomas neurológicos subagudos, incluso inmunocompetentes. La sospecha clínica oportuna permite un abordaje terapéutico precoz que impacta positivamente en el pronóstico de esta grave manifestación de tuberculosis extrapulmonar.

Referencias

1. Thwaites GE, Hien TT. Tuberculous meningitis: diagnosis and treatment overview. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(6):449–60.
2. Solomons RS, Wilkinson RJ. Tuberculous meningitis: advances in diagnosis and treatment. *Lancet Neurol.* 2015;14(10):995–1005.
3. World Health Organization. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065989>



APENDICITIS AGUDA NEONATAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE.

S. Arístides, C. Zamora, C. Bustos, M. Dassonville, P. Lara, S. Díaz

Introducción

La apendicitis aguda es la patología quirúrgica pediátrica más frecuente a nivel mundial, con una tasa de incidencia de 241/100.000 habitantes en nuestro país. Sin embargo, esta condición es extremadamente infrecuente en menores de 30 días, siendo su mayor factor de riesgo la prematurez. Su diagnóstico resulta particularmente desafiante en esta población, dado el solapamiento de síntomas con patologías más comunes en prematuros, como la enterocolitis necrotizante (ECN).

Caso

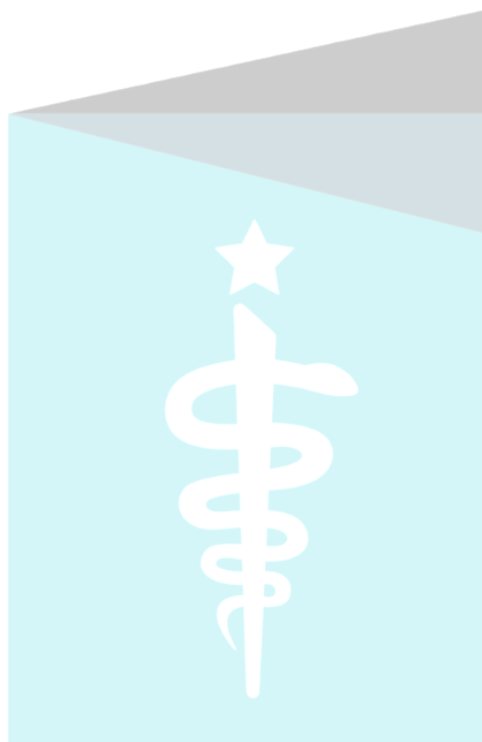
Recién nacido masculino prematuro de 31+3 semanas, nacido por cesárea de urgencias debido a síndrome de HELLP. Al nacimiento, desarrolló depresión neonatal requiriendo reanimación e intubación, evolucionando favorablemente con extubación temprana. A los 18 días de vida presentó hematoquezia. Al examen, destacó abdomen doloroso a la palpación, distendido y con asas intestinales marcadas. Se sospechó ECN, por lo que se inició régimen cero, sonda orogástrica, fleboclisis y esquema antibiótico. Radiografía de abdomen: asas distendidas, sin neumatosis. Al día siguiente, presentó quiebre clínico con necesidad de reanimación y alteración de parámetros de laboratorio. Se decidió realizar laparotomía exploradora hallándose escaso líquido claro filante, mayor en fosa iliaca derecha y pelvis, intestino delgado dilatado sin mayores cambios con fibrina hacia distal y apéndice retrocecal gangrenado perforado, base y ciego sanos. Se realizó apendicectomía y aseo de cavidad. Evolucionó favorablemente, sin requerir nuevas intervenciones quirúrgicas.

Discusión y Conclusiones

La apendicitis neonatal suele presentarse con clínica inespecífica y superponible a ECN. Esto conlleva a un diagnóstico frecuentemente tardío, asociado a mayor morbimortalidad, por lo que se requiere un alto índice de sospecha. Este caso subraya la necesidad de incluir la apendicitis neonatal en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en prematuros, especialmente si la evolución clínica no concuerda con ECN. En este caso, la falta de progresión típica de ECN y la persistencia del deterioro hemodinámico motivaron una conducta quirúrgica oportuna que resultó en un desenlace favorable.

Referencias

1. Araya J, Silva Bastias J, Panza M, Csendes A. Cambios en la Epidemiología de la apendicitis aguda en Chile entre los años 2010 y 2020. *Rev Cir.* 2025;77(5). Disponible en: doi:10.35687/s2452-454920250052643 [Accessed 18 jul. 2025].
2. Carrillo Arroyo I, Rodríguez de Alarcón García J, Palomar Ramos J, Ávila Ramírez LF, Domínguez Amillo EE, Soto Beauregard C. Neonatal appendicitis: how many sides does this coin have? *Cir Pediatr.* 2021;34(3):143–6.
3. Bence CM, Densmore JC. Neonatal and infant appendicitis. *Clin Perinatol* [Internet]. 2020;47(1):183–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2019.10.004>



LIPOMA INTRAMUSCULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO: MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA BENIGNA

A. Troncoso, M. Muñoz, M. Giacaman, J. Durán

Introducción

Los lipomas son tumores benignos de tejido adiposo y constituyen la neoplasia de partes blandas más frecuente ⁽¹⁾. Suelen ser subcutáneos y presentarse en adultos, siendo intramusculares en menor al 1% de casos e infrecuentes en población pediátrica, con sólo 8 casos reportados en la base de datos Pubmed ⁽²⁾, con rara posibilidad de liposarcoma como diagnóstico diferencial.

Caso

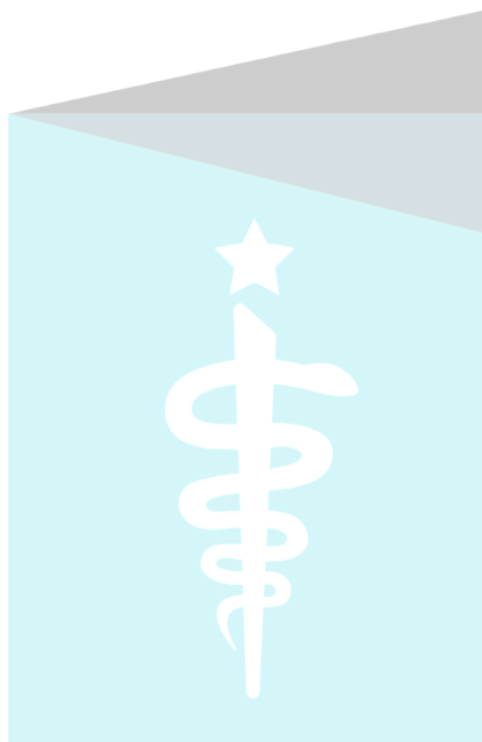
Paciente femenina de 11 años, con antecedente de lipoma subcutáneo en muslo derecho resecado en 2019. Consulta por aumento de volumen de 2 años de evolución en muslo derecho, sin síntomas asociados. Al examen físico se palpa tumoración irregular de 10 x 6 cm, adherida a planos profundos. Se realiza resonancia nuclear magnética (RNM) que evidencia masa lipomatosa de 18 x 9 x 5 cm en bíceps crural, sin captación de contraste, con patrón estriado e interdigitación con fibras musculares (Figura 1). Por sospecha de malignidad, se realiza biopsia incisional que informa lipoma intramuscular con MDM2 negativo. Dado el gran tamaño tumoral e infiltración muscular, se decide biopsia excisional mediante resección abierta. Intraoperatoriamente se observa lipoma subcutáneo mal delimitado y lipoma intramuscular que infiltra más del 50% del bíceps femoral porción larga (Figura 2). Se realiza extirpación en bloque con bordes macroscópicos libres e instalación de drenaje en lecho muscular, en espera de informe histopatológico definitivo. Evolución postoperatoria favorable, con movilidad parcial conservada y sin déficit neurovascular.

Discusión y Conclusiones

Ante lipomas profundos de crecimiento progresivo o gran tamaño en Pediatría, se recomienda estudio con RNM por ecografía, debido a su mayor precisión diagnóstica ⁽³⁾. Aunque la biopsia incisional puede sugerir benignidad, en lesiones extensas con infiltración muscular la resección completa es necesaria para descartar malignidad y lograr tratamiento definitivo. La planificación quirúrgica debe priorizar la preservación funcional, especialmente en pacientes en desarrollo.

Referencias

1. Charifa A, Azmat CE, Badri T. Lipoma pathology. National Library of Medicine. 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482343/>.
2. Ai J, Zarb R, Cassidy S, Lin K. A rare case of a giant intramuscular lipoma of the upper extremity in a pediatric patient. Cureus. 2024;16(2):e53575. DOI: 10.7759/cureus.53575.
3. Sheybani EF, Eutsler EP, Navarro OM. Fat-containing soft-tissue masses in children. Pediatric Radiology. 2016;46(13):1760–73. DOI: 10.1007/s00247-016-3690-z.



RABDOMIOLISIS COMO DEBUT DE DERMATOMIOSITIS JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Troncoso, R. Vaccarezza, M. Muñoz, N. Burattini

Introducción

La dermatomiositis juvenil (JDM) es una miopatía inflamatoria autoinmune poco frecuente en niños, caracterizada por debilidad muscular proximal y erupciones cutáneas patognomónicas. La presentación clásica suele ser subaguda, pero en casos excepcionales puede debutar como una rabdomiólisis severa, lo que dificulta el diagnóstico y retrasa el tratamiento adecuado.

Caso

Escolar femenina de 10 años, previamente sana, consulta por debilidad muscular progresiva y mialgias de predominio proximal, sin fiebre ni síntomas infecciosos activos. Refiere amigdalitis bacteriana tratada con amoxicilina semanas antes. Al examen destaca enflaquecida, con marcha inestable y eritema en zonas extensoras y facial en heliotropo. Laboratorio inicial muestra creatina quinasa (CK) total 11.672 U/L, CK-MB 908 U/L y proteinuria leve, compatible con rabdomiólisis. Se hospitaliza para hidratación y estudio de causa. Se descartan causas tóxicas, metabólicas, infecciosas y traumáticas. Por persistencia de síntomas y lesiones cutáneas se solicita resonancia magnética (RM) muscular, compatible con miositis difusa. Serología muestra anticuerpos anti-Mi-2 alfa y beta positivos. Con diagnóstico de JDM se inicia metilprednisolona en pulsos, prednisona oral e inmunoglobulina intravenosa, con buena evolución. Se añade metotrexato, manteniéndose clínicamente asintomática, con reintegro escolar y sin compromiso sistémico a largo plazo.

Discusión y Conclusiones

La rabdomiólisis como forma inicial de JDM es poco frecuente y puede confundirse con miositis viral, polimiositis, distrofias musculares, infecciones invasivas o reacciones tóxicas a fármacos. La presencia de lesiones cutáneas características, junto con el uso precoz de resonancia magnética y panel serológico específico, permite una confirmación diagnóstica oportuna, evitando secuelas musculares o sistémicas. Este caso demuestra cómo una presentación atípica puede enmascarar una enfermedad autoinmune subyacente, donde un abordaje inmunomodulador intensivo y seguimiento multidisciplinario aseguran una recuperación funcional completa y un control integral a largo plazo. Se refuerza con este caso que en un paciente pediátrico, especialmente en ausencia de trauma, esfuerzo físico extremo o causas tóxicas evidentes, se debe realizar una evaluación diagnóstica exhaustiva que contemple etiologías menos frecuentes incluso las enfermedades autoinmunes.

Referencias

1. Kim H, Huber AM, Kim S. Updates on Juvenile Dermatomyositis from the Last Decade: Classification to Outcomes. *Rheum Dis Clin North Am*. 2021;47(4):669–90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9725116>
2. Pachman LM, Khojah AM. Advances in Juvenile Dermatomyositis: Myositis specific antibodies aid in understanding disease heterogeneity. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 2018;195:16–27. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5881602>
3. Feldman BM, Reed AM, Rider LG. Juvenile dermatomyositis and other idiopathic inflammatory myopathies of childhood. *Lancet*. 2008; 371:2201-2212. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60955-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60955-1/abstract)
4. Pachman LM, Nolan BE, DeRanieri D, Khojah AM. Juvenile Dermatomyositis: New clues to diagnosis and therapy. *Current Treatment Options in Rheumatology* [Internet]. 202;7(1):39–62. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8336914>
5. Livermore P, Gray S, Mulligan K, Stinson JN, Wedderburn LR, Gibson F. Being on the juvenile dermatomyositis rollercoaster: a qualitative study. *Pediatric Rheumatology* [Internet]. 2019;17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31215480>
6. Boros, C., McCann, L., Simou, S. et al. Juvenile Dermatomyositis: what comes next? Long-term outcomes in childhood myositis from a patient perspective. *Pediatr Rheumatol* [Internet]. 2022;20, 102. doi: <https://doi.org/10.1186/s12969-022-00754-y>

MÁS ALLÁ DE LA HIPÓFISIS: SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICO SECUNDARIO A TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO, REPORTE DE UN CASO.

Autores: F. Tapia, I. Ciuffardi, V. Calcutta, J. Fernández

Introducción

El síndrome de Cushing se caracteriza por hipercortisolismo crónico no fisiológico. La forma endógena es infrecuente, siendo cerca del 80% de los casos ACTH-dependiente, usualmente por un adenoma hipofisiario. Sin embargo, hasta un 15–20% se debe a secreción ectópica de ACTH por tumores extrahipofisarios, lo que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico ⁽¹⁾. Entre estas causas, los tumores neuroendocrinos (TNE) pancreáticos son excepcionales, con una incidencia < 0.1 por millón de habitantes ⁽²⁾, pero clínicamente relevantes por su malignidad y agresividad ^(3,4). A continuación, se presenta un inusual caso de síndrome de Cushing de estas características.

Caso

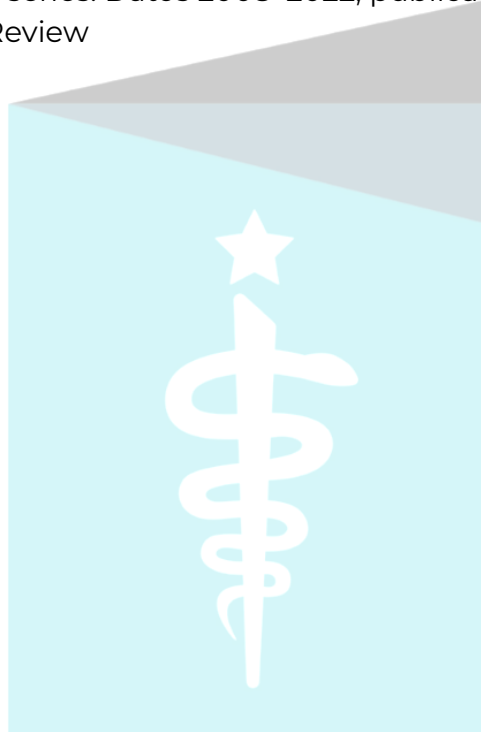
Mujer de 54 años, sin antecedentes mórbidos, consultó por aumento de peso (12kg en 2 meses), edema, debilidad muscular y astenia. Al examen físico presentaba facie rubicunda e hiperpigmentación difusa. Se evidenció ACTH sérica elevada en 79 pg/mL (VN: < 46 pg/mL), cortisol libre urinario en 1400 µg/24h (VN:<90) y cortisol salival nocturno en 1067 ng/dL (VN: <100), sugiriendo síndrome de Cushing ACTH- dependiente. La resonancia de silla turca fue normal. Por sospecha de secreción ectópica, se tomó una Tomografía Computarizada (TC) abdominopélvica que mostró una masa hipervascular pancreática de 35mm. El PET-CT confirmó actividad hipercaptante en el proceso uncinado del páncreas sin metástasis. Se realizó pancreatoduodenectomía, sin complicaciones. El estudio histopatológico confirmó un TNE bien diferenciado, positivo para ACTH. Posteriormente, se normalizaron los niveles hormonales y se resolvieron los síntomas, sin evidencia de recurrencia.

Discusión y Conclusiones

El síndrome de Cushing ACTH-dependiente suele deberse a adenomas hipofisarios, pero la ausencia de lesión hipofisaria debe hacer sospechar una fuente ectópica. Los TNE pancreáticos, aunque raros, deben incluirse en el diagnóstico diferencial por su agresividad y posibilidad de curación quirúrgica ⁽²⁻⁴⁾. Este caso destaca la importancia del enfoque diagnóstico escalonado con una intervención quirúrgica precoz, lo cual mejora el pronóstico y calidad de vida de la paciente.

Referencias

1. Ragnarsson O, Juhlin CC, Torpy DJ, Falhammar H. A clinical perspective on ectopic Cushing's syndrome. *Trends Endocrinol Metab.* 2024 Apr;35(4):347–360.
2. Byun J, Kim SH, Jeong HS, Rhee Y, Lee WJ, Kang CM. ACTH-producing neuroendocrine tumor of the pancreas: a case report and literature review. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2017;21(1):61-65. doi:10.14701/ahbps.2017.21.1.61.
3. Sobolewska J, Działach Ł, Respondek W, et al. Ectopic ACTH syndrome in the course of ACTH-secreting pancreatic neuroendocrine tumour in a patient with a pituitary lesion — diagnostic challenges and individual approach. *Endokrynol Pol.* 2024;75(1):e-media.
4. Moffitt Cancer Center. ACTH-secreting pancreatic neuroendocrine neoplasms: a case-series. Datos 2008–2022; publicado 2023. Moffitt Cancer Center Database Review



PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA EN LACTANTE MENOR SECUNDARIA A TUMOR ESTROMAL DE CORDONES SEXUALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Bobadilla, R. Vaccarezza, H. Saavedra, I. Soto

Introducción

La pubertad precoz (PP) es la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los ocho años en niñas y nueve en niños. Se clasifica en central o periférica según su dependencia de gonadotropinas. Esta última es infrecuente y generalmente secundaria a tumores hormonosecretorios, como los del estroma y de cordones sexuales que representan un 5% de los tumores gonadales pediátricos y un 10-20 % de las neoplasias ováricas pediátricas siendo mayormente benignas.

Caso

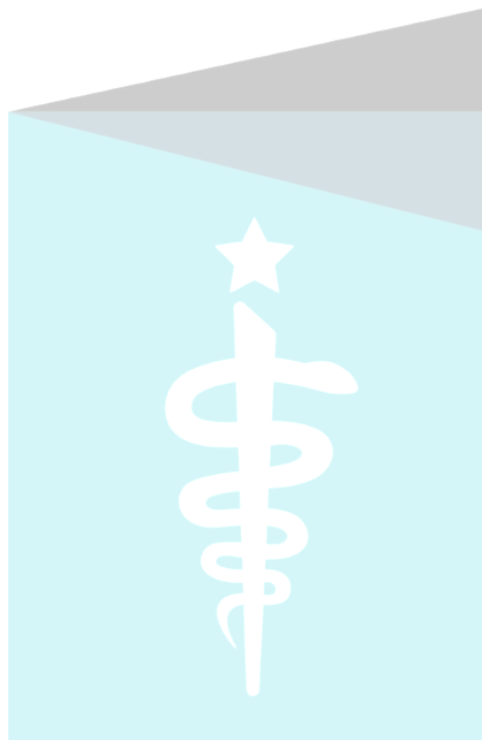
Lactante menor femenina de 8 meses, derivada a especialidad por desarrollo de botón mamario bilateral, aparición abrupta de vello púbico, hiperpigmentación de clítoris y episodio de sangrado vaginal. Al examen físico, desarrollo puberal Tanner II. Ecografía ginecológica: útero y ovarios de aspecto y volumen no acordes a edad, lesiones anexiales bilaterales uniloculares sin componente sólido. Resonancia Magnética Nuclear (RMN) hipofisaria sin hallazgos patológicos. RMN abdomen-pelvis: anexo derecho con folículos e izquierdo reemplazado por masa sólida de 29 x 27 mm, con restricción a la difusión y quiste periférico de 5 mm, sugerente de lesión neoproliferativa. Laboratorio: sin alteración hormonal, alfafetoproteína elevada que normaliza, punción lumbar sin células neoplásicas. Se realizó ooforectomía izquierda, biopsia informó tumor del estroma gonadal tipo esclerosante con cambios xanto-luteínicos. Actualmente en seguimiento oncológico, sin recurrencias tumorales.

Discusión y Conclusiones

La evaluación del lactante debe ser minuciosa y continua en el tiempo para detectar signos de PP y derivar oportunamente al especialista. El diagnóstico se basa en la clínica, estudios hormonales e imagenológicos, más el apoyo de marcadores tumorales para el seguimiento. El tratamiento de elección en la PP periférica es la resección quirúrgica, asociándose con buen pronóstico al realizarla tempranamente. Se resalta la importancia de considerar etiologías tumorales ováricas en la PP periférica, incluso en edades tempranas, pese a su baja frecuencia. La sospecha temprana facilita el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Referencias

1. Qudsiya Z, Gupta V. Peripheral precocious puberty [Internet]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560588/>
2. Birbas E, Kanavos T, Gkrozou F, Skentou C, Daniilidis A, Vatopoulou A. Ovarian masses in children and adolescents: a review of the literature with emphasis on the diagnostic approach. *Children*. 2023;10(7):1114. doi:10.3390/children10071114.
3. Schultz KAP, Harris AK, Schneider DT, Young RH, Brown J, Gershenson DM, et al. Ovarian sex cord-stromal tumors. *Journal of Oncology Practice*. 2016;12(10):940–6. doi: 10.1200/JOP.2016.016261.
4. Faure-Contier C, Hameury F. Tumores de los órganos genitales en pediatría. *EMC Pediatría*. 2022;57(4):1-11. doi: 10.1016/S1245-1789(22)47088-0.



OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA POR TRICOBEOZOAR EN PACIENTE PEDIÁTRICA CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA ABDOMINAL NEONATAL: REPORTE DE UN CASO.

Autores: V. Ross, S. Valenzuela, D. Lavados, I. Muñoz

Introducción

Los bezoares son masas indigeribles que se alojan en el tracto gastrointestinal. El tricobezoar, compuesto por cabello, puede causar obstrucción intestinal, especialmente en pacientes con antecedentes quirúrgicos o trastornos conductuales como la tricofagia. Su diagnóstico suele ser tardío debido a la inespecificidad de los síntomas, siendo la tomografía computada (TAC) la herramienta diagnóstica de elección. El manejo es quirúrgico, complementado con apoyo psiquiátrico para evitar recurrencias.

Caso

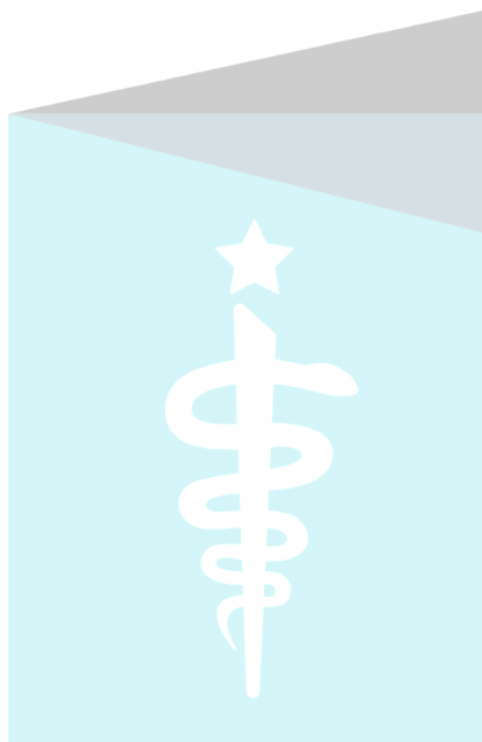
Paciente de 13 años, con antecedentes de trisomía 21, atresia duodenal y cirugías intestinales neonatales, consulta por vómitos abundantes y dolor abdominal de cinco días de evolución, inicialmente tratado como gastroenteritis. Al momento del ingreso, se evidencia empeoramiento clínico con deshidratación severa, compromiso de conciencia, distensión abdominal progresiva y vómitos fecaloides. Se solicita TAC que evidencia obstrucción intestinal alta por cuerpo extraño en yeyuno proximal. Se realiza laparotomía exploradora, identificando un tricobezoar de 4 cm, el cual es extraído mediante enterotomía. Evoluciona favorablemente y es dada de alta con seguimiento ambulatorio.

Discusión y Conclusiones

Este caso subraya la relevancia de mantener un enfoque diagnóstico amplio en pacientes con discapacidades del desarrollo y antecedentes quirúrgicos. La presentación inespecífica inicial del cuadro retrasó el diagnóstico, probablemente por la falta de indagación en hábitos como la tricofagia. La TAC fue decisiva en confirmar la obstrucción y orientar el tratamiento quirúrgico. A diferencia de otros reportes, no se intentó extracción endoscópica debido a la localización yeyunal. El caso destaca además la importancia de un enfoque multidisciplinario, incluyendo salud mental, dada la alta recurrencia sin intervención conductual.

Referencias

1. Sulaiman Ambusaidi FM, Al-Yaqoubi M. Gastric bezoar. *Int J Pediatr Adolesc Med* 2020;7:199–200. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.05.002>.
2. Abu-Jeyyab M. A Massive Gastric Trichobezoar in a young female, A Case report. Edited Book, United Research Forum; 2022, p. 122.
3. Wang L, Chen Y, Chen S, Gao Z, Qian Y, Chen Q. Gastrointestinal trichobezoars in the pediatric population: a retrospective study. *BMC Pediatr* 2024;24:124. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04489-x>.
4. O'Sullivan MJ, McGreal G, Walsh JG, Redmond HP. Trichobezoar. *J R Soc Med* 2001;94:68–70. <https://doi.org/10.1177/014107680109400205>.



ENFERMEDAD DE MOYAMOYA: REPORTE DE UN CASO

Autores: J. Ocampo, G. Salas, F. Muñoz, M. Orellana

Introducción

La enfermedad de Moyamoya es una patología cerebrovascular rara y progresiva, caracterizada por estenosis u oclusión bilateral de las porciones terminales de las arterias carótidas internas y de los segmentos proximales de las arterias cerebrales anterior y media. Esta obstrucción genera una red colateral de pequeños vasos en la base encefálica, cuya apariencia angiográfica recuerda una "bocanada de humo" (moyamoya en japonés). En adultos, suele presentarse como accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico por rotura de colaterales frágiles. Su incidencia varía entre 0,1-3/100.000 habitantes según región geográfica. Se presenta el caso de una paciente con ACV hemorrágico secundario a enfermedad de Moyamoya.

Caso

Mujer de 40 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por episodio ictal sin pérdida de control de esfínteres. Al recuperar conciencia presenta disartria y hemiparesia faciobraquiocrural derecha. La angiotomografía cerebral muestra hemorragia intraparenquimatosa temporoparietal izquierda con efecto de masa e invasión del ventrículo lateral izquierdo, sin hidrocefalia, junto con colaterales prominentes en la carótida interna contralateral, sugiriendo enfermedad de Moyamoya. Se realiza evacuación quirúrgica del hematoma e instalación de captor de presión intracraneal subdural, con evolución clínica favorable. Angiografía cerebral posterior evidencia oclusión de segmentos A1 y M1 de arterias cerebrales anteriores y medias, con circulación colateral dependiente de arterias lenticuloestriadas y leptomeníngeas, hallazgos compatibles con Moyamoya. Ante evolución favorable y persistencia de edema cerebral se difiere revascularización quirúrgica definitiva.

Discusión y Conclusiones

La revascularización quirúrgica es el tratamiento más eficaz para modificar el curso de la enfermedad de Moyamoya. A diferencia del manejo médico, que solo reduce parcialmente el riesgo isquémico, la cirugía temprana mejora el pronóstico funcional y cognitivo, especialmente en etapas iniciales. Aunque infrecuente, la enfermedad de Moyamoya debe considerarse entre los diferenciales de ACV hemorrágico, dada su resolución quirúrgica y el impacto pronóstico de su diagnóstico oportuno.

Referencias

1. Mayeku J, Lopez-Gonzalez MA. Current Surgical Options for Moyamoya Disease. Cureus. 2020 Nov 4;12(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7647363/>
2. Kim J. Moyamoya disease: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. J Stroke. 2016 Ene; 18(1): 2-11. Disponible en: <https://j-stroke.org/journal/view.php?doi=10.5853/jos.2015.01627>
3. Jimenez P. Síndrome de Moyamoya de aparición en la edad adulta en una paciente con neurofibromatosis tipo 1. Neurología. 2016 Mar; 31(2): 139-141. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-sindrome-moyamoya-aparicion-edad-adulta-S0213485314000589>
4. Buller E, Luzuriaga C, Soler M. Enfermedad de moyamoya. Rev Clin Med Fam. 2016 Oct; 9(3):228-231. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000300009
5. Nathal E, Serrano-Rubio A, Maciel E, Arauz A. Enfermedad moyamoya en México. Experiencia institucional. Neurología. 2021 Oct; 36(8): 603-610. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-enfermedad-moyamoya-mexico-experiencia-institucional-S0213485318301798>



LINFOMA DE CÉLULAS T TIPO MICOSIS FUNGOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: A. Vásquez, C. Gutiérrez, S. Alvarado, T. Leal

Introducción

El linfoma cutáneo primario es un proceso linfoproliferativo maligno infrecuente (7- 10 casos × 106/año), un 85% corresponde a células T, siendo más frecuente el tipo micosis fungoide. La micosis fungoide tiene una incidencia de 0,3-0,5 casos x 105/año y es más frecuente en hombres adultos >55 años. Clínicamente presenta un primer estadio de maculas o parches, segundo estadio de placas y tercer estadio de lesiones tumorales. El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico de lesiones que presentaran epidermotropismo de linfocitos pequeños cerebriformes sin cambios espongióticos, o , en lesiones más avanzadas, microabscesos de pautrier intraepidérmicos. Generalmente presenta buena respuesta a terapias dirigidas a la piel, sin embargo, las formas avanzadas son de difícil tratamiento por su agresividad.

Caso

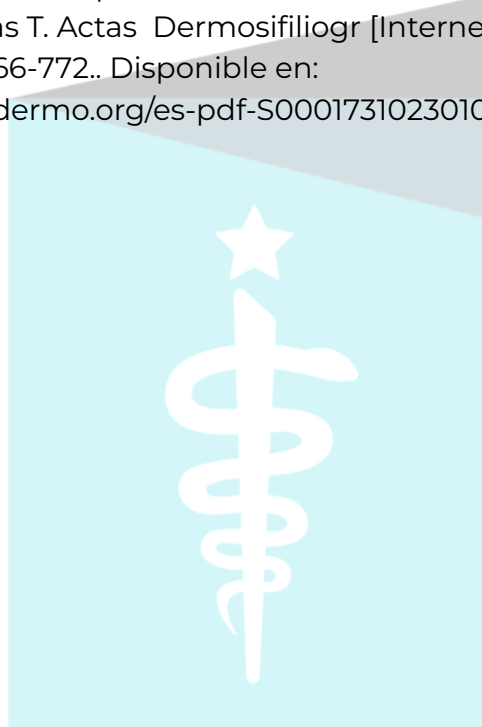
Paciente femenina de 24 años con diagnóstico de linfoma células T tipo micosis fungoide desde diciembre de 2024, tras consultar por cuadro de 10 meses de evolución caracterizado por una aparición progresiva de lesiones en placas, hiperqueratósicas y pruriginosas, que inician desde abdomen hasta cuello, dorso, tórax y extremidades. En ese momento no se inició tratamiento por embarazo. 7 meses después consulta en SUA por prurito constante en relación a lesiones descritas en piel, asociado a hiperestesia cutánea y salida espontánea de secreción serosa en zona abdominal, con sensación febril. Se hospitaliza para estudio. En exámenes destacan parámetros inflamatorios bajos, LDH 214, serología negativa. Evaluada por dermatología, se toman biopsias en 3 segmentos corporales y se inicia fotoquimioterapia (PUVA). Actualmente esta pendiente la evaluación por hematología con resultado de biopsia.

Discusión y Conclusiones

Los linfomas de células T corresponden a una patología infrecuente, no obstante, es importante tener un alto nivel de sospecha ante la presencia de clínica sugerente como la del caso descrito, para realizar el estudio diagnóstico correspondiente e iniciar un tratamiento precoz, en estadios iniciales, que evite su progresión.

Referencias

1. Pujol RM, Gallardo F. Linfomas cutaneos. Parte I: micosis fungoide, síndrome de Sézary y proliferaciones linfoides cutáneas CD30 positivas. *Actas Dermosifiliogr* [Internet] 2021 [consultado 2 julio 2025]; 112(1):14-23. Disponible en:
2. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.08.003>
3. Jaramillo-Arboleda A, Estrada MP, Arciniegas V, Londoño AM, Domingo-Saavedra J. Micosis fungoide con transformación a células T grandes. *Dermatol Rev Mex* [Internet] 2020 [consultado 2 julio 2025]; 64(3):344-350. Disponible en:
4. <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/micosis-fungoide-con-transformacion-a-celulas-t-grandes/>
5. Moreno-Vilchez C, Servitje O, Iñiguez-Arroyo O, Muniesa C. Análisis de supervivencia y factores pronósticos en una serie de 148 casos de linfomas cutáneos de células T. *Actas Dermosifiliogr* [Internet] 2024 [consultado 2 julio 2025]; 115(8):766-772.. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S0001731023010086>



A PROPÓSITO DE UN CASO: MENINGITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores: C. Aranda, M. Reyes, S. Escobar, C. Gaete, E. Caro, J. Briones

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa producida por el agente *mycobacterium tuberculosis*. Su localización más frecuente es pulmonar, sin embargo, puede comprometer distintos sistemas, siendo la afectación meníngea su forma menos frecuente y con mayor mortalidad, asociada habitualmente al retraso en el diagnóstico y tratamiento. El propósito del caso es conocer la presentación clínica para evitar la demora del diagnóstico etiológico.

Caso

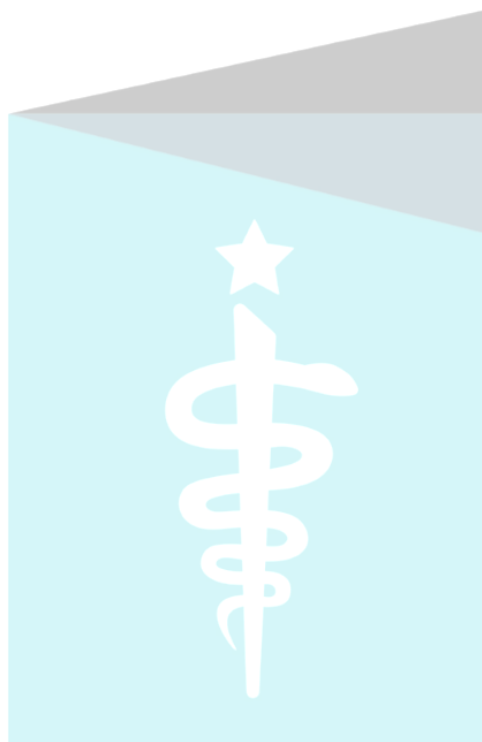
Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II y enfermedad de Chagas. Consulta en urgencias por decaimiento, náuseas, malestar general y diarrea, con posterior presentación de agitación psicomotora y desorientación. Se realiza TAC cerebral sin hallazgos, por lo que se deriva a psiquiatría, sin encontrar diagnóstico concluyente. Dos semanas después consulta por desorientación, inestabilidad postural y alucinaciones, por lo que se hospitaliza para estudio y manejo. Durante la hospitalización evoluciona con fiebre, hemiparesia faciobraquiocrural izquierda, crisis convulsivas y mayor compromiso de conciencia requiriendo manejo avanzado de vía aérea. Se realiza punción lumbar positiva para tuberculosis, que se maneja con rifampicina, isoniacida y etambutol. Se toma nuevo TAC cerebral que reporta eventos isquémicos y hemorrágicos agudos en región temporal y pontina izquierda. Posteriormente evoluciona en malas condiciones, pesquisándose bacteriemia por *escherichia-coli* BLEE positiva y *enterococcus faecalis*, con mala respuesta a manejo. Ante mal pronóstico se ingresa a cuidados de fin de vida.

Discusión y Conclusiones

La meningitis tuberculosa es infrecuente, siendo el diagnóstico temprano crucial para un mejor pronóstico. Si bien se confirma con PCR en líquido cefalorraquídeo, su falta de disponibilidad en algunos centros refuerza la importancia de la sospecha clínica, cuyos signos iniciales incluyen fiebre, cefalea, pérdida de peso, náuseas, cambios conductuales, convulsiones y focalidad neurológica. La tuberculosis meníngea, requiere una alta sospecha que permita iniciar un manejo precoz, para así mejorar el grave pronóstico actual al que se enfrentan los pacientes con esta patología.

Referencias

1. Schaller MA, Wice F, Foerch C, Weidauer S. Central nervous system tuberculosis: etiology, clinical manifestations and neuroradiological features. Clin Neuroradiol. 2019;29(1):3-18.
2. Rodríguez D, Zapata A, Molina F, Pemuelo G, Burbano J, Correa L. Tuberculosis meníngea: reporte de casos años 2005-2017. Rev Chil Infectol. 2021 Jun;38(3):410-6.
3. Montalvo R, Díaz-Lazo A, Rodríguez C, Castro J, Suárez M, Acuña F. Análisis comparativo de la sobrevida de los pacientes con meningitis tuberculosa y tuberculosis pulmonar. Neurol Argent. 2022;14(4):201-7.
4. Márquez-Villegas FG, Elizalde-Figueroa A, Venzor-Castellanos JP. Complicaciones de meningitis tuberculosa en resonancia magnética en un paciente con lupus eritematoso sistémico. Med Intensiva (Ed. Inglesa). 2020;44(3):204-5



ABSCESOS RENALES POR CÁNDIDA ALBICANS: REPORTE DE CASO

A. Olivares, P. Espinosa, O. Pardo, V. Pérez, R. García, F. Quispe

Introducción

Las infecciones urinarias complicadas por *Candida albicans* son poco frecuentes, pero relevantes en pacientes con uropatía estructural, ERC y uso prolongado de antibióticos. Su identificación oportuna es clave para prevenir complicaciones como abscesos renales, candidemia o pérdida de función renal.

Caso

Mujer de 50 años con antecedentes de ERC en estadio IV, cistitis intersticial con micro vejiga, infecciones urinarias a repetición, reflujo vesicoureteral (RVU) severo y enterocistoplastia. Acude por sensación febril no cuantificada y dolor lumbar de 5 días de evolución, asociado a orinas turbias y náuseas. Estudio inicial con urocultivo polimicrobiano y tomografía computarizada con contraste que revela pielonefritis aguda (PNA) bilateral con abscesos: uno pararenal izquierdo de 58 mm, y otro derecho de 25 mm. Se drena absceso izquierdo (+) *Klebsiella pneumoniae* betalactamasa de espectro extendido, por lo que se inicia terapia antibiótica con carbapenémicos. Paciente evolucionó con sepsis urinaria, aumento de los parámetros inflamatorios y deterioro de función renal. Tomografía de control muestra aumento de tamaño del absceso derecho (de 25 a 30 mm) e hidroureteronefrosis bilateral, se realiza cultivo de dicho absceso intra pabellón aislandose como microorganismo una *cándida albicans*, se inicia antifúngicos e instalación de catéter doble J, evolucionando favorablemente.

Discusión y Conclusiones

La presencia de *Candida albicans* en infecciones urinarias complicadas, si bien puede representar colonización, en pacientes con factores de riesgo como uropatía estructural severa y uso prolongado de antibióticos, suelen ser una infección verdadera. Los abscesos renales por *Candida* son poco frecuentes, pero se asocian a una elevada morbilidad si no se tratan adecuadamente. La identificación oportuna y el abordaje multidisciplinario son esenciales para evitar complicaciones como la candidemia o la pérdida de función renal.

Referencias

1. Lieb MW, Dennison JJ, Mubarik A. Fungal pyelonephritis and fungemia due to obstructive uropathy. *WMJ*. 2022;121(2):E27-E29.
2. Vijayakumar M, Jeyachandran D, Ramasamy B, Palaniappan R. Fungal ball obstructive uropathy in an elderly diabetic: A case report and review of literature. *Int J Mycobacteriol*. 2021;10(4):452-456. doi:10.4103/ijmy.ijmy_180_21
3. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2016;62(4):e1-50. doi:10.1093/cid/civ933
4. Baradaran N, Strehlow R, Eilers H, Stone S. Renal Abscess. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK614172>
5. Kalra N, Kumar V, Suri A, Khandelwal N. Imaging in urinary tract infections: Current status and future directions. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(1):32. doi:10.3390/medicina57010032
6. Merck Manual Professional Edition. Fungal Urinary Tract Infections. Rahimian J. Actualizado 2023. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/genitourinary-disorders/urinary-tract-infections-utis/fungal-urinary-tract-infections>



FIEBRE, RASH Y ARTRITIS: UN ROMPECABEZAS INFLAMATORIO

A. Clavero, C. Bustos, J. González, M. Bórquez, C. Moreno, S. Gallorio

Introducción

La fiebre prolongada sin foco es un desafío frecuente en medicina interna. Su enfoque diagnóstico exige una evaluación sistemática que considere causas infecciosas, neoplásicas, autoinmunes e inflamatorias. Dentro de estas últimas, el síndrome de Still del adulto (SSA) constituye una entidad infrecuente, pero relevante, caracterizada por fiebre diaria elevada, rash evanescente asalmonado, artralgias, y elevación marcada de reactantes de fase aguda. Presentamos un caso de SSA en una paciente joven previamente sana, que ilustra la importancia del razonamiento clínico, la sospecha diagnóstica y el abordaje multidisciplinario en cuadros febriles prolongados.

Caso

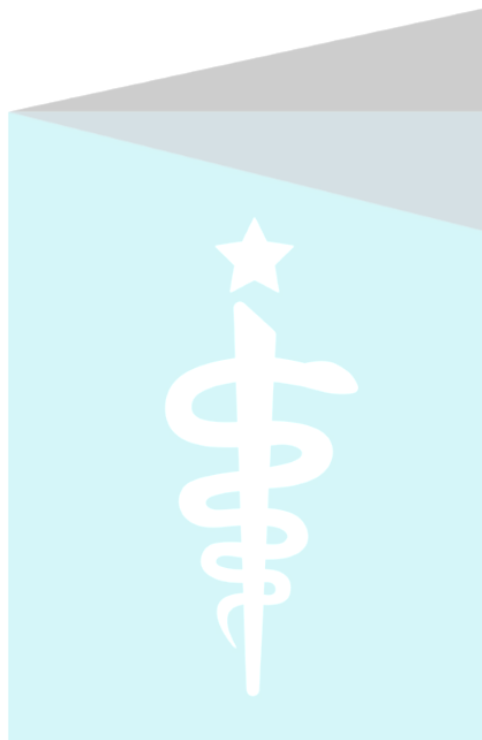
Paciente de 23 años, femenina, sin antecedentes mórbidos, consultó por cuadro de 17 días de evolución de fiebre intermitente, exantema eritematoso maculopapular, artralgias, mialgias y odinofagia. Ingresó a medicina interna tras múltiples consultas sin diagnóstico ni mejoría. Al examen destacaba fiebre (hasta 39 °C) y rash de distribución variable. Laboratorio mostró leucocitosis (17.600/ μ L), PCR elevada (20 mg/dL), ferritina alta (855 ng/mL), alteración de pruebas hepáticas y VHS (120 mm/h). Serologías virales y estudio autoinmune negativos. Tomografía axial computada de abdomen y pelvis evidenciaba hepatoesplenomegalia. Fue evaluada por reumatología, quienes propusieron diagnóstico de SSA, dada la clínica compatible y el laboratorio concordante, iniciándose prednisona y metotrexato con buena respuesta clínica. Se obtuvo consentimiento informado para su estudio y presentación.

Discusión y Conclusiones

El patrón de fiebre diaria, rash evanescente y artritis poliarticular se alinea con descripciones clásicas del SSA. Estudios recientes respaldan el valor de un enfoque clínico temprano y multidisciplinario para reducir retrasos diagnósticos y mejorar desenlaces. El caso ilustra un enfoque clínico efectivo ante fiebre prolongada. Refuerza la importancia de integrar entidades inflamatorias con hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos, que permiten la sospecha y el tratamiento oportuno del SSA, considerándolo dentro de los diagnósticos diferenciales ante una clínica sugerente.

Referencias

1. Fautrel B, Mitrovic S, De Matteis A, Bindoli S, Antón J, Belot A, et al. EULAR/PReS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease. *Ann Rheum Dis*. 2024 Nov 14;83(12):1614-1627. doi:10.1136/ard-2024-225851. PMID: 39317417.
2. Giacomelli R, Ruscitti P, Shoenfeld Y. A comprehensive review on adult-onset Still's disease. *J Clin Med*. 2021;10(12):2633. doi:10.3390/jcm10122633. PMID: 34203487.
3. Colafrancesco S, Priori R, Valesini G, Iagnocco A. First-line biologics vs conventional therapy in adult-onset Still's disease: a multicenter observational study. *Lancet Rheumatol*. 2025;5(2):e92-100. doi:10.1016/S2665-9913(25)00023-2. PMID: 36949182.



CARCINOMA SECRETOR DE GLÁNDULA PARÓTIDA: REPORTE DE UN CASO

E. Maureira, G. Fuentes, M. Sarzosa, F. Cordero

Introducción

Los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes, representando menos del 1% de todos los tumores y entre el 3% y 10% de los de cabeza y cuello. El carcinoma secretor (CS) es una neoplasia epitelial maligna de glándulas salivales, recientemente reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como entidad histopatológica distinta. Aunque es considerado raro, su prevalencia exacta aún se desconoce. A continuación, se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de CS, se detallará posteriormente las características patológicas, clínicas y pronósticas de esta inusual neoplasia.

Caso

Hombre de 23 años consulta en extrasistema por aumento de volumen preauricular derecho de 8 meses de evolución. Tomografía revela lesión tumoral en parótida, realizándose parotidectomía parcial. Biopsia rápida intraoperatoria reveló hallazgos concordantes con adenoma pleomorfo, sin embargo, biopsia diferida indica CS de bajo grado con metástasis ganglionar. En nuestro centro, nueva imagen muestra área de realce mal delimitada en parótida derecha y adenopatías cervicales de aspecto sospechoso. Se presenta caso en comité oncológico y se decide parotidectomía total más disección cervical. Procedimiento se realiza sin incidentes. Nueva biopsia descarta diseminación cervical.

Discusión y Conclusiones

El CS, reconocido por la OMS en 2016, fue descrito inicialmente en 2010 como Carcinoma Secretor Análogo Mamario (CSAM), incluyendo carcinomas de células acínicas (CCAc) y adenocarcinomas no especificados. Investigaciones posteriores revelaron que el CS, antes incorporado en los CCAc, posee una mutación exclusiva: la traslocación t(12;15)(p13;q25), generadora del gen de fusión ETV6-NTRK3, ausente en el CCAc. Aunque similares histológicamente, el CS presenta citoplasma multivacuolado y carece de gránulos de zimógeno. El CS comúnmente afecta la glándula parótida y se presenta como una masa indolora de crecimiento progresivo. El tratamiento es principalmente quirúrgico. Un metaanálisis muestra metástasis regionales en 14.6%, a distancia en 8.4%, recurrencias en 19% y mortalidad del 17.2%, siendo este un pronóstico relativamente favorable.

Referencias

1. Bravo C. G, Seymour M. C, Fernández R. L, Villanueva I. ME, Stott C. C, Celedón L. C. Tumor híbrido parotídeo. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 5 de diciembre de 2012 [citado 12 de junio de 2025];72(3):282-90. Disponible en: <https://revistaotorrinosisochiorl.cl/index.php/orl/article/view/1237>
2. Seethala RR, Stenman G. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Salivary Gland. Rev. Head Neck Pathol [Internet]. 28 de febrero de 2017[citado 12 de junio de 2025;11(1):55-67. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5340736/>
3. Yosef, E., Boldes, T., Dan, D., Robenshtok, E., Strenov, Y., Bachar, G., Shpitzer, T. and Mizrachi, A. Salivary Gland Secretory Carcinoma; Review of 13 Years World-Wide Experience and Meta-Analysis. Rev. The Laryngoscope [Internet]. 01 de noviembre de 2023 [citado 14 de junio de 2025]. 134: 1716-1724. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/lary.31123>
4. Kennedy, R.A. WHO is in and WHO is out of the mouth, salivary glands, and jaws sections of the 4th edition of the WHO classification of head and neck tumours. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery [Internet]. 2018 Jan. [cited 2025 Jul 27]; 56 (2): 90 - 95. Figura 2.B, Photomicrographs showing secretory carcinoma in the parotid gland; págs. 93. Disponible en: [https://www.bjoms.com/article/S0266-4356\(17\)30774-X/fulltext](https://www.bjoms.com/article/S0266-4356(17)30774-X/fulltext)



VASCULITIS LINFOCÍTICA IDIOPÁTICA: INFILTRADO VASCULAR SIN CAUSA IDENTIFICABLE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE CASO.

P. Pérez, F. Ilabaca, N. Jara, A. Mello

Introducción

Las vasculitis son una afección infrecuente, y los mecanismos que subyacen a su inicio y progresión aún son poco conocidos. Dentro de estas, se ha descrito que solo el 3,2% son vasculitis linfocíticas (VL), definidas por la presencia de un infiltrado linfocitario que compromete la pared de los vasos y los tejidos circundantes, con o sin extravasación de fibrina. Su diagnóstico debe contextualizarse temporalmente y apoyarse en hallazgos histológicos adicionales característicos de ciertas enfermedades autoinmunes, infecciones virales persistentes o reacciones a fármacos. No obstante, también pueden presentarse formas idiopáticas, sin una causa identificable, especialmente en pacientes jóvenes.

Caso

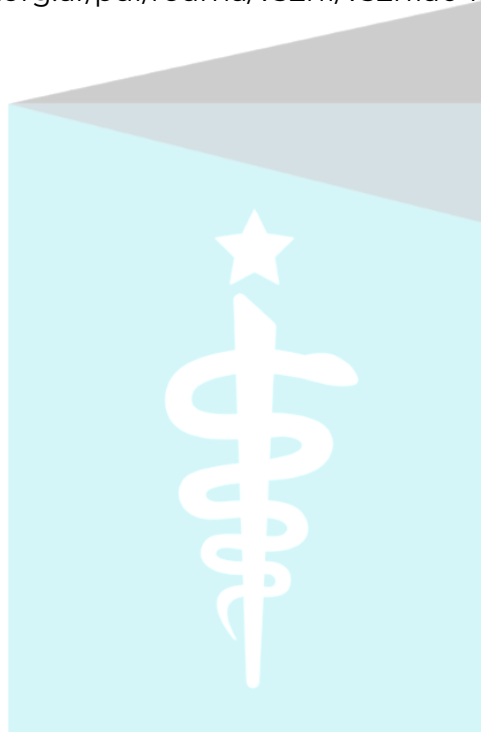
Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes mórbidos. Comenzó con la aparición de máculas purpúricas en zona anterior del tórax, que evolucionaron hasta comprometer de forma completa el tronco y zonas proximales de extremidades superiores, asociado a prurito leve, sin fiebre ni otros síntomas sistémicos. Se solicitaron exámenes de laboratorio que descartaron infecciones y la presencia de marcadores autoinmunes, y una biopsia que informó sólo vasculitis linfocítica. Se indicó tratamiento con colchicina con buena respuesta, desapareciendo completamente el cuadro clínico.

Discusión y Conclusiones

A pesar de los avances recientes, los mecanismos que inician y perpetúan la VL siguen siendo ampliamente desconocidos. Múltiples entidades clínicas pueden compartir un mismo patrón histológico vasculítico, y, de forma inversa, un solo agente causal puede desencadenar manifestaciones clínicas e histológicas distintas. En este caso se descartaron causas conocidas, destacando su presentación como VL idiopática. Su persistencia y perfil histológico desafían las clasificaciones actuales, planteando una posible entidad emergente dentro del espectro de vasculitis cutáneas. El tratamiento empírico con colchicina, un fármaco con propiedades antiinflamatorias utilizado en diversas dermatosis vasculares, fue efectivo, lo que apoya su utilidad terapéutica en casos similares.

Referencias

1. Cassisa A, Cima L. Cutaneous vasculitis: insights into pathogenesis and histopathological features. *Pathologica*. 2024;116(2):119–133. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38767544/>
2. Morita TCAB, Trés GFS, Criado RFJ, Sotto MN, Criado PR. Update on vasculitis: an overview and dermatological clues for clinical and histopathological diagnosis—Part I. *An Bras Dermatol*. 2020;95(3):355–371. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0365059620300969?via%3Dihub>
3. García NP, Pena C, Martire MV, Salas A, Miraglia E, Savy F, et al. Vasculitis cutáneas: etiología y características clínicas en pacientes adultos en un centro de tercer nivel. *Rev Argent Reumatol*. 2021;32(1):21–5. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/reuma/v32n1/v32n1a04.pdf>



POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Muñoz, A. Vásquez, C. Gutiérrez

Introducción

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un síndrome autosómico dominante causado por mutación del gen APC, responsable del 1% de cánceres colorrectales. Se manifiesta con síntomas inespecíficos; diarrea, dolor abdominal y sangrado rectal, y se caracteriza por >100 pólipos colónicos detectados por colonoscopia. Presenta penetrancia del 100%, sin tratamiento progresa a cáncer colorrectal alrededor de 40 años. El manejo definitivo es quirúrgico mediante colectomía y resección rectal en riesgo.

Caso

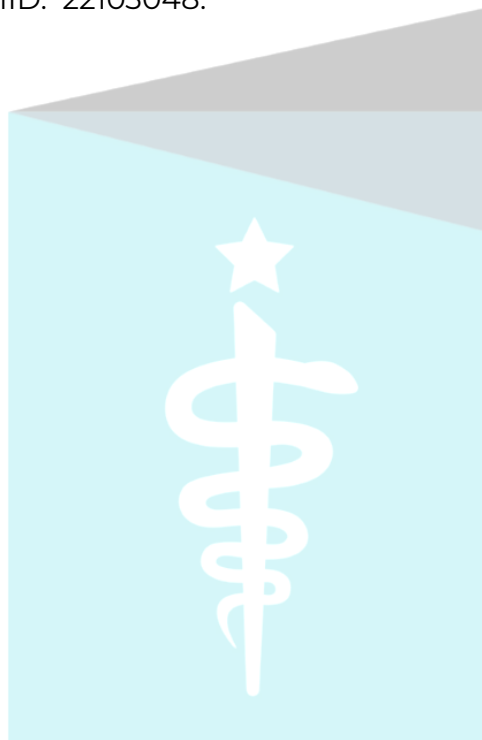
Paciente masculino de 66 años, antecedentes de HTA, DM2 no insulino requirente, asma, DHC por NASH, LCFA, DLP, artrosis y obesidad. Operado en 2021 por obstrucción intestinal secundaria a adenocarcinoma papilar y tubular G2 de intestino delgado, completando 8 ciclos de quimioterapia. Posteriormente presentó dolor en FII, rectorragia intermitente y diarrea (4 deposiciones/día). TAC-TAP mostró engrosamiento segmentario de colon, 2 lesiones polipoideas sigmoideas, adenopatías mesentéricas y nódulo hepático de 4 mm. Colonoscopia evidenció 2 tumores en recto y colon sigmoides, con poliposis colónica y pólipos de 3-4 mm. Biopsia confirmó adenocarcinoma tubular G2 infiltrante. Se realizó panproctocolectomía total, ileostomía terminal y resección de nódulo hepático. Evolucionó con peaks febriles; hemocultivos positivos para *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* y *Pseudomonas aeruginosa*. Completó tratamiento antibiótico, sin embargo, TAC-TAP de control evidenció colección pélvica y probable dehiscencia del muñón rectal. Se realizó aseo quirúrgico, drenaje y colocación de endo-vac rectal, con evolución favorable. Fue presentado a comité oncológico para quimioterapia adyuvante, solicitándose estudio mutacional BRAF/KRAS/NRAS (pendientes).

Discusión y Conclusiones

La PAF es una entidad clínica crucial en la prevención del cáncer colorrectal por su alta penetrancia y evolución inevitable a malignidad si no se trata. Aunque sus síntomas iniciales son inespecíficos, el diagnóstico temprano, especialmente en familias con antecedentes, permite la colectomía profiláctica, reduciendo el riesgo de cáncer. Pese a su frecuencia, PAF demuestra la influencia decisiva de la genética en la prevención y manejo oncológico.

Referencias

1. - Menon G, Kasi A. Poliposis adenomatosa familiar. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [actualizado 2024 May 5; citado 2025 Jul 23]. Disponible en:
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538233/>
3. - Campos FGCM, Freitas IN, Imperiale AR, Seid VE, Perez RO, Nahas SC, et al. El cáncer colorrectal en la poliposis adenomatosa familiar: ¿existen factores clínicos de predicción? Cir Esp. 2010;88(6):390-7. Disponible en:
4. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-el-cancer-colorrect-al-poliposis-adenomatosa-S0009739X10003544>
5. - Claes K, Dahan K, Tejpar S, De Paepe A, Bonduelle M, Abramowicz M, et al. The genetics of familial adenomatous polyposis (FAP) and MutYH-associated polyposis (MAP). Acta Gastroenterol Belg. 2011 Sep;74(3):421-6. PMID: 22103048.



PERFORACIÓN DE ÚLCERA GÁSTRICA EN EL ADULTO JOVEN: UN RECORDATORIO DE LOS RIESGOS OCULTOS

A. Heiden, S. Vargas, S. Toledo, L. Arriagada

Introducción

Las úlceras pépticas perforadas constituyen una complicación grave de la enfermedad ulcerosa péptica. Se caracteriza por ruptura de la mucosa gástrica o duodenal, que permite la salida de contenido gástrico hacia la cavidad peritoneal, desencadenando peritonitis química y, en ocasiones, infecciones secundarias. 9% de los pacientes con úlcera péptica desarrollan perforación. La mortalidad oscila entre 9,3% y 30%. Las principales etiologías son infección por *Helicobacter pylori*, uso de AINEs, tabaquismo y consumo excesivo de alcohol. Los síntomas son dolor epigástrico súbito e intenso, distensión abdominal, timpanismo, signos de irritación peritoneal. En casos avanzados, hipotensión, taquicardia y shock.

Caso

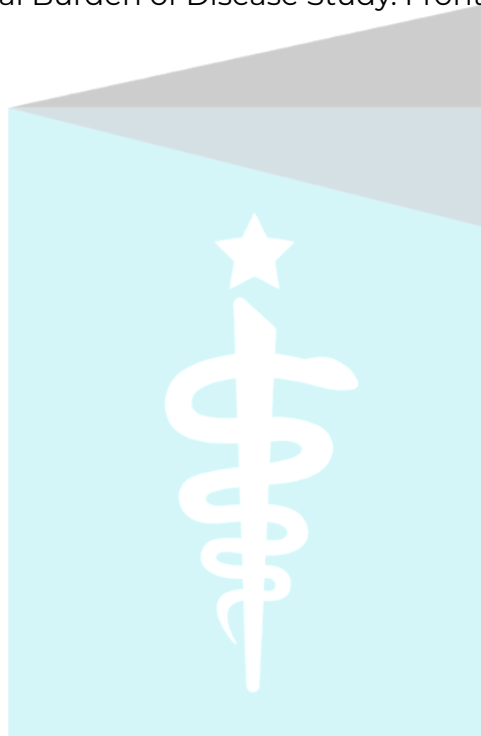
Paciente masculino de 31 años, fumador (IPA 8), antecedentes de consumo de alcohol e ingesta de omeprazol irregular. Consulta en SU por dolor epigástrico progresivo e intenso de 1 hora de evolución y un episodio de vómito alimentario, mala respuesta a analgesia. Al examen físico paciente quejumbroso, bien hidratado, hemodinamia autosostenida, sin alteraciones cardiopulmonares; abdomen en tabla, doloroso en epigastrio y cuadrante inferior derecho, resistencia muscular involuntaria, abolición de matidez hepática y timpanismo difuso. En exámenes destaca elevación de parámetros inflamatorios y radiografía abdominal evidencia neumoperitoneo subdiafragmático bilateral. Se realiza laparotomía exploradora con rafia gástrica y epiploplastia. Paciente evoluciona favorablemente, por lo que se decide alta y control ambulatorio.

Discusión y Conclusiones

El tabaquismo es factor de riesgo para la perforación al potenciar la secreción ácida y alterar la cicatrización mucosa. El consumo de alcohol eleva el riesgo de complicaciones ulcerosas. El uso irregular de IBP no garantiza protección, pero, aunque no previenen la perforación, su uso intravenoso postoperatorio favorece la cicatrización al mantener un pH gástrico neutro. Las úlceras pépticas perforadas son condiciones potencialmente mortales. La detección temprana y manejo quirúrgico oportuno son esenciales para reducir su morbimortalidad.

Referencias

1. Stern E, Sugumar K, Journey JD. Peptic Ulcer Perforated. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan– [citado 2025 Aug 19]. Disponible en: NCBI Bookshelf.
2. Vakil N. Peptic Ulcer Disease: A Review. JAMA. 2024 Oct 28;332(21):1832–1842.
3. Abouelazayem M, Jain R, Wilson MSJ, Martinino A, Balasubaramaniam V, Biffl W, et al. Global 30-day morbidity and mortality of surgery for perforated peptic ulcer: GRACE study. Surg Endosc. 2024 Aug;38(8):4402–4414.
4. Weledji EP. Panorama general de la perforación gastroduodenal. Front Surg. 2020;7:573901.
5. Li H, Shi Q, Chen C, Li J, Wang K. Smoking-attributable peptic ulcer disease mortality worldwide: trends from 1990 to 2021 and projections to 2046 based on the Global Burden of Disease Study. Front Public Health. 2024 Dec 17;12:1465452.



FASCEÍTIS RETROPERITONEAL SECUNDARIA A PLASTRÓN APENDICULAR REAGUDIZADO: PRESENTACIÓN POCO HABITUAL DE APENDICITIS PERFORADA.

S. Díaz, P. Lara, S. Arístides, C. Cáceres, D. Bravo

Introducción

Si bien el plastrón apendicular no es infrecuente, su reagudización y su progresión hacia complicaciones retroperitoneales como la fasceítis es excepcional. Estas se asocian a elevada morbilidad y mortalidad debido a su presentación clínica insidiosa e inespecífica, representando un desafío diagnóstico y terapéutico.

Caso

Hombre de 58 años, con antecedente de plastrón apendicular con manejo conservador hace 7 años, consultó por 6 días de dolor abdominal progresivo con signos peritoneales y parámetros inflamatorios elevados. Tomografía computada abdominopélvica mostró plastrón apendicular complicado con perforación hacia retroperitoneo derecho y colección con nivel hidroaéreo. Se inició antibioticoterapia empírica y se realizó laparoscopia exploradora que evidenció apéndice perforado con compromiso de base y líquido purulento en corredera parietocólica derecha con extensión hacia retroperitoneo ipsilateral. Se efectuó drenaje, aseo, apendicectomía y cequectomía parcial y posterior ajuste de antibioticoterapia según cultivos. Evolucionó inicialmente estable, sin embargo, al 4º día postoperatorio presentó fiebre, compromiso del estado general y deterioro respiratorio, requiriendo ingreso a cuidados intensivos. Tomografía de control mostró colección subhepática y retroperitoneal. Ante evolución tórpida, se realizó laparotomía con drenaje de abscesos extraperitoneales y tejido esfacelado retroperitoneal, sin complicaciones. Completó antibioticoterapia extendida y evolucionó favorablemente, con recuperación adecuada.

Discusión y Conclusiones

La fasceítis retroperitoneal (FR) secundaria a plastrón apendicular reagudizado (PAR) es una entidad infrecuente, pero grave. En la literatura se han documentado tan sólo 24 casos, con una mortalidad del 16.7% y, en su forma necrotizante, alcanza un 30.8 %. Su diagnóstico suele retrasarse por presentación clínica insidiosa y localización retrocecal del apéndice (presente hasta en el 65% de los casos), lo que dificulta la detección temprana. La FR por PAR exige alto índice de sospecha y evaluación clínica cuidadosa. La tomografía es clave para su detección. El tratamiento debe incluir antibioticoterapia precoz e intervención quirúrgica oportuna, ya que el retraso diagnóstico o terapéutico incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad.

Referencias

1. Chingkoe CM, Jahed A, Loreto MP, et al. Retroperitoneal Fasciitis: Spectrum of CT Findings in the Abdomen and Pelvis. *Radiographics*. 2015;35(4):1095–1107.
2. Sharma A, Khanna S, Khanna P, Singh T, Prasad K. Necrotizing fasciitis of the retroperitoneum: a rare, fatal complication of perforated appendix. *Am J Case Rep*. 2015;16:187–90. PMID: PMC4440172
3. Montuori M, Famularo S, Santurro L, Lo Bianco G, Giani A, Uggeri F, Gianotti LV. Retroperitoneal abscess from perforated acute appendicitis: a diagnostic challenge. *Chirurgia (Torino)*. 2019 Dec;32(6):344–51. doi:10.23736/S0394-9508.18.04939-2.
4. Li J, Li J, Wang C, et al. Management of Retroperitoneal Appendiceal Perforation: A Case Report. *Journal of Surgical Case Reports*. 2024;2024(2):rjae069.
5. Nahhas AF, Patel P, Ruggiero F, Vu T, Romanelli J. Retroperitoneal appendicitis: rare presentation and surgical management. *J Surg Case Rep*. 2024 Feb;2024(2):rjae069. DOI: 10.1093/jscr/rjae069



DE LA PIELONEFRITIS AGUDA A LA VALVULOPATÍA SEVERA: LA IMPORTANCIA DEL EXAMEN FÍSICO EN EL REDIRECCIONAMIENTO DIAGNÓSTICO

D. Irani, B. Gibson, S. Castillo, S. Jara, M. Dooner, S. Bae

Introducción

El examen físico sigue siendo una herramienta esencial para guiar el razonamiento diagnóstico, incluso en entornos donde predominan los estudios complementarios ⁽¹⁾. Las valvulopatías congénitas, como la válvula aórtica bicúspide, suelen permanecer subdiagnosticadas hasta que evolucionan a complicaciones como la endocarditis infecciosa, aumentando la morbimortalidad asociada ^(2,3). Este caso resalta cómo un hallazgo clínico permitió redirigir el diagnóstico inicial hacia una condición cardíaca grave.

Caso

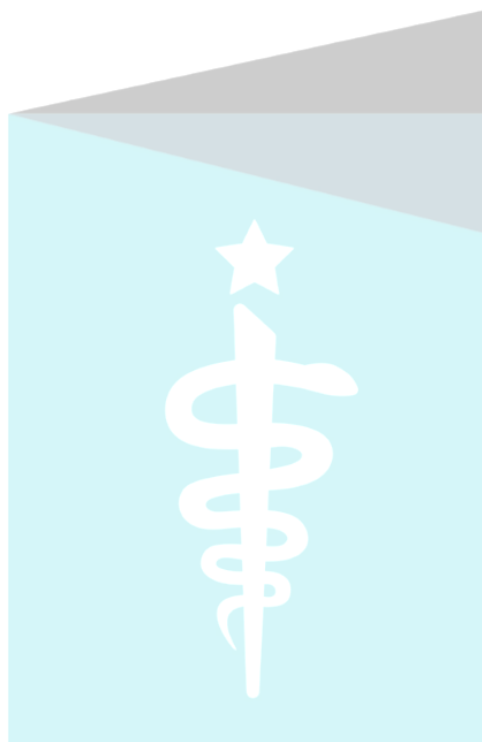
Paciente masculino de 41 años, con antecedentes de urolitiasis a repetición consulta por disuria, pujo, lumbalgia derecha y fiebre. Además de síntomas sugerentes de síndrome consuntivo. Fue manejado inicialmente como pielonefritis aguda con antibióticos endovenosos. Durante el examen físico se pesquiza un soplo mesosistólico y protodiastólico en foco aórtico, lo que lleva a reconsiderar el diagnóstico inicial. El ecocardiograma evidenció insuficiencia aórtica excéntrica severa, válvula bicúspide, dilatación severa del ventrículo izquierdo y disfunción diastólica tipo I. Ante la persistencia de fiebre, parámetros inflamatorios elevados y urocultivo negativo, se planteó endocarditis infecciosa. Finalmente, dada la severidad del cuadro y la falta de alternativas médicas resolutivas, se realizó recambio valvular quirúrgico, con buena evolución postoperatoria.

Discusión y Conclusiones

Este caso destaca la relevancia del examen físico en la reevaluación diagnóstica ante cuadros febriles ⁽¹⁾. La pesquisa de un soplo cardíaco orientó el estudio hacia una endocarditis sobre válvula bicúspide, entidad de alto riesgo que requiere un manejo oportuno ^(3,4). La integración de hallazgos clínicos con estudios complementarios es fundamental para reducir errores diagnósticos y optimizar resultados en pacientes con valvulopatías congénitas complicadas. La identificación temprana de hallazgos clínicos clave permitió redefinir el diagnóstico y modificar el manejo terapéutico, reforzando el rol del examen físico como herramienta central en el proceso diagnóstico.

Referencias

1. Melnick ER, Corey GR. General principles of the physical examination in adults. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; [consultado 26 jul 2025].
2. Habib G, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. Eur Heart J. 2023;44(39):3948–4035.
3. Tzemos N, et al. Bicuspid aortic valve: Management and prognosis. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; [consultado 26 jul 2025].
4. Cahill TJ, et al. Infective endocarditis. Lancet. 2022;399(10329):463–479.



INVAGINACIÓN INTESTINAL EN LACTANTE MENOR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Kurako, I. Morales, J. Arellano, P. Fonseca, K. Davila, E. León

Introducción

La invaginación intestinal (II) o intususcepción es una patología, habitualmente idiopática, producto de movimientos peristálticos anormales que producen que un segmento intestinal se introduzca en otro adyacente. Más frecuente en menores de 1 año, peak entre 4 y 9 meses, hombres (3:1), ubicación íleo-cólica. Factores de riesgo incluyen infecciones, fibrosis quística y pólipos intestinales. Ecografía abdominal confirma el diagnóstico. El tratamiento inicial es enema neumático, con 90% de resolución. Hasta un 10% recurre dentro de 24 horas. Si fracasa o hay complicaciones, requiere cirugía.

Caso

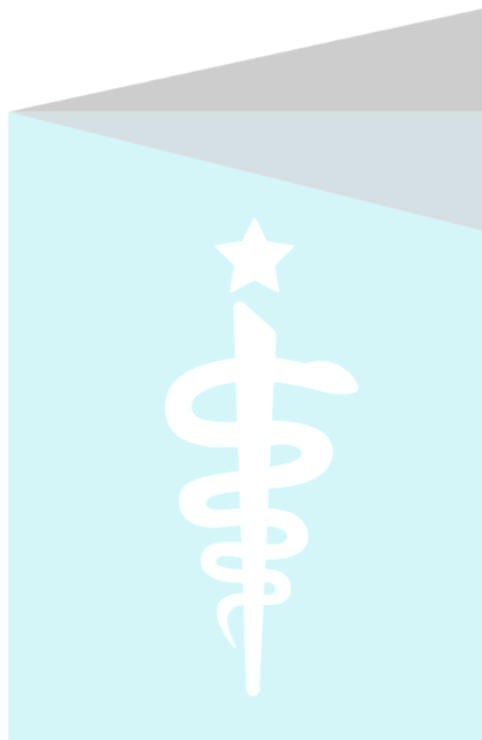
Lactante femenina de 6 meses, previamente sana, consulta por 24 horas de hiporexia, cólicos abdominales, vómitos abundantes y ausencia de deposiciones. Ingresa en regulares condiciones, moderadamente deshidratada y subfebril. Reanuda deposiciones con aspecto hemático. Laboratorio: trombocitosis y elevación de parámetros inflamatorios (PI). Ecografía abdominal bedside: signos "diana" y "pseudo-riñón", confirmando II. Tras desinvaginación laparoscópica frustra, se convierte a laparotomía. Se identificó invaginación íleo-cólica con asas desvitalizadas y perforación. Se resecó 20 cm de íleon, apéndice y ciego, con anastomosis término lateral. Biopsia: infartación hemorrágica transmural e hiperplasia linfoide de placas de Peyer. En el postoperatorio presentó fiebre y elevación de PI, recibió 7 días de amikacina y metronidazol. A las 48 horas reinició la alimentación oral, bien tolerada. Alta tras evolución favorable.

Discusión y Conclusiones

La II es una urgencia médica. Se presenta con vómitos, irritabilidad, dolor abdominal, deposiciones tipo "mermelada de grosella", signo poco frecuente. Sin tratamiento oportuno evoluciona a isquemia, necrosis, perforación o incluso muerte entre los 2 y 5 días. La sospecha y diagnóstico precoz permite un manejo conservador. Tras 24 horas suele requerir cirugía. La II se debe considerar en cuadros agudos de origen gastrointestinal en lactantes, ya que la sospecha clínica junto con la ecografía abdominal permite un diagnóstico precoz y manejo oportuno menos invasivo, previniendo complicaciones y un desenlace fatal.

Referencias

1. Morais S., Costa C., Mourato M., Mogne T., Santos G. Intestinal intussusception: a shocking diagnosis. Cureus [Internet]. 26 de mayo de 2022; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/88487-intestinal-intussusception-a-shocking-diagnosis#!/>
2. Jain S., Haydel M. Child intussusception [Internet]. StatPearls - NCBI Bookshelf. 2023. Disponible en: https://www-ncbi-nlm-nih.gov.translate.google/books/NBK431078/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
3. Hernández E., Castelló M., Aguilar D., Piovét Y., de Mola E., Giraudy. Guía de Práctica Clínica de invaginación intestinal en niños. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2021 Jun; 93(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000200016&lng=es. Epub 01-Jun-2021.



CIRUGÍA ENDOSCÓPICA UN ABORDAJE QUIRÚRGICO SEGURO EN SÍNDROME DE CAUDA EQUINA POR HERNIA NÚCLEO PULPOSO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

S. Escudero, L. Contreras, A. Riebel, A. Quintana

Introducción

El síndrome de cauda equina es una de las pocas emergencias dentro de la patología de columna vertebral cuya etiología generalmente es debido a una hernia de núcleo pulposo (HNP). Su manejo involucra una descompresión quirúrgica lo más anticipado posible para un mejor Outcome. La técnica quirúrgica puede variar, tradicionalmente realizándose una discectomía abierta altamente invasiva, cuya técnica ha sido desplazada mediante abordajes mínimamente invasivos como la discectomía endoscópica interlaminar.

Caso

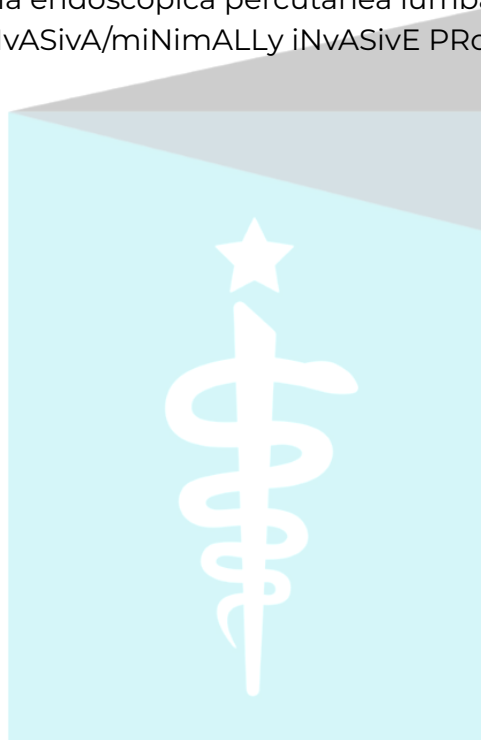
Paciente femenina de 48 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por dolor lumbociático derecho, parestesias en extremidad inferior y disminución de la fuerza asociado a tenesmo vesical y defecatorio. Al examen físico destaca M3 S1 derecha, hipoestesia en S1, lassegue derecho, resto de examen motor sin alteraciones. Se complementa estudio con resonancia magnética de columna lumbar informándose: discopatía degenerativa de predominio lumbar bajo. En L5-S1 se asocia a voluminosa hernia discal posterior paracentral derecha extruida migrada a caudal que comprime la raíz S1 en su receso lateral. Se realiza discectomía endoscópica interlaminar L5-S1 derecha de urgencia, donde mediante una ventana interlaminar L5-S1 se evidencia HNP voluminosa y compresiva, rechazándose la raíz nerviosa hacia medial y retirándose material herniado, logrando observar posteriormente una raíz descomprimida y con latido. Durante el postoperatorio evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al día siguiente de la intervención y en control ambulatorio posterior no refiere dolor radicular.

Discusión y Conclusiones

Gracias a los avances en equipamiento y procedimientos quirúrgicos, se han desarrollado nuevas técnicas como la discectomía endoscópica interlaminar planteando como una adecuada y mínimamente invasiva vía de acceso para el tratamiento de la hernia lumbar baja y sus complicaciones. Su acceso mediante endoscopia a través del foramen intervertebral le confiere un menor riesgo de daño colateral, sangrado, y una recuperación más rápida. Logrando tiempos operatorios y de estadía hospitalaria más cortos.

Referencias

1. Jha SC, Tonogai I, Takata Y, Sakai T, Higashino K, Matsuura T, et al. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for a huge herniated disc causing acute cauda equina syndrome: a case report. J Med Invest 2015.
2. León-Palacios JL, Casas R, García WA. Discectomía endoscópica interlaminar de tercera generación: experiencia inicial en el Perú. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2023 Dec 29;86(4):323–8.
3. Liu Yankang, Zhang Leiming, Kai-Uwe Lewandrowski, Tang Xiangyu, Zhu Zexing, Xu Jianbiao, et al. Full Endoscopic Lumbar Discectomy Versus Laminectomy for Cauda Equina Syndrome. The International Journal of Spine Surgery. 2021 Feb 1.
4. Choi G, Lee S, Nicolau R, De A, Update Article A. Discectomia endoscópica percutânea lombar (DEPL) Percutaneous endoscopic lumbar discectomy (PELD) Discectomía endoscópica percutánea lumbar (DEPL) CiRuRGiA miNimAmENTE iNvASivA/miNimALLY iNvASivE PRoCEDuRE. 2008.



CÁNCER APENDICULAR DIAGNOSTICADO INCIDENTALMENTE EN PACIENTE EMBARAZADA: ABORDAJE DIAGNÓSTICO E INTERDISCIPLINARIO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

C. Bustos, A. Clavero, I. Palma, S. Arístides

Introducción

El cáncer apendicular mucinoso de bajo grado (LAMN) suele ser un hallazgo incidental en el 1% de las apendicectomías. Se caracteriza por la ausencia de invasión infiltrativa, aunque puede haber disrupción de la muscular propia sin invadir tejidos adyacentes. Podría tener un comportamiento agresivo si se rompe el apéndice o se disemina mucina, evolucionando a un pseudomixoma peritoneal.

Caso

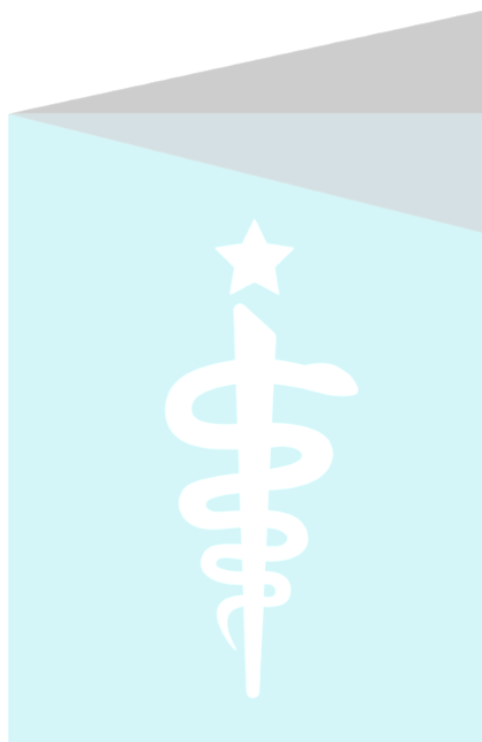
Paciente de 33 años, con un embarazo de 13+6 semanas, es hospitalizada en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO) tras el hallazgo histológico de LAMN en el apéndice cecal, con contacto en el margen proximal y mucina acelular invadiendo la serosa. Cursa su hospitalización asintomática, sin síntomas gastrointestinales, con exámenes de laboratorio normales. Se discutieron los riesgos con la paciente, quien decidió continuar con el estudio. Se etapifica con escáner de tórax y resonancia de abdomen, sin hallazgos. Evaluada por el comité de coloproctología, se indica hemicolectomía derecha, realizada sin complicaciones a las 18 semanas de gestación.

Discusión y Conclusiones

Este caso presenta un desafío clínico dada la necesidad de balancear el manejo oncológico materno con la preservación fetal. La evaluación por un equipo interdisciplinario permitió establecer un plan terapéutico adecuado, evitando retrasos y progresión de la enfermedad. La hemicolectomía derecha en el segundo trimestre, cuando el riesgo fetal es menor, es congruente con las recomendaciones internacionales para LAMN con márgenes positivos o compromiso seroso, minimizando riesgos fetales sin comprometer el control oncológico. La evaluación interdisciplinaria se consolida como esencial para establecer un tratamiento seguro y eficaz en embarazadas, equilibrando los riesgos materno- fetales. La hemicolectomía derecha está indicada aun en ausencia de diseminación evidente, para prevenir recurrencias o progresiones. Se subraya la relevancia de los comités médicos y la individualización del tratamiento quirúrgico en escenarios poco frecuentes como el cáncer apendicular en el embarazo, donde la toma de decisiones debe adaptarse a cada paciente.

Referencias

1. Chen C-C, Weng C-H, Chiang A-C, et al. Management of low-grade appendiceal mucinous neoplasm with extensive peritoneal spread diagnosed during pregnancy: two case reports and literature review. *World J Surg Oncol*. 2020;18(1)
2. Pai RK, et al. Clinical surveillance after macroscopically complete surgery for low-grade appendiceal mucinous neoplasms (LAMN) with or without limited peritoneal spread: long-term results in a prospective series. *Ann Surg Oncol*. 2018 Apr;25(4):878-884.
3. Sugiyama Y, et al. Unusual giant low-grade appendiceal mucinous neoplasm without peritoneal dissemination: retrospective analysis from Japanese centers recommending right hemicolectomy in cases con compromiso de serosa o márgenes positivos. *Med (Baltimore)*. 2025 Jun;104(24):6100.



ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INFECCIOSA REACTIVA (RIME) ASOCIADA A MYCOPLASMA PNEUMONIAE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

F. Ibarra, F. Contreras, J. Rubilar, S. Palma, D. Castro

Introducción

Mycoplasma pneumoniae (*M. pneumoniae*) es una causa frecuente de neumonía en niños, responsable de hasta el 40% de los casos adquiridos en la comunidad. Aunque su presentación típica es respiratoria, puede asociarse a manifestaciones extrapulmonares, incluyendo mucositis y síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Una forma atípica, con afectación exclusivamente mucosa, ha sido recientemente descrita como “erupción mucocutánea infecciosa reactiva” (RIME), abriendo debate sobre su clasificación como entidad independiente.

Caso

Adolescente de 13 años previamente sana, consulta por fiebre persistente, tos productiva, conjuntivitis no purulenta y lesiones dolorosas en mucosa oral y labios, sin compromiso cutáneo. Al ingreso presenta fiebre (39,3°C), hipoxemia leve (SatO₂ 91%), crepitaciones bilaterales, pseudomembranas orales y dificultad para la ingesta. Radiografía torácica muestra consolidación en lóbulo medio derecho. IgM para *M. pneumoniae* resulta positiva. Se hospitaliza con diagnóstico de neumonía atípica asociada a mucositis. Requiere manejo multidisciplinario, antibióticos (levofloxacin), corticoides EV e hidratación parenteral. Evoluciona favorablemente, sin secuelas.

Discusión y Conclusiones

Este caso ilustra una presentación poco común de neumonía por *M. pneumoniae* con compromiso exclusivo de mucosas, lo cual desafía la definición clásica del SSJ. RIME ha sido propuesto como una entidad diagnóstica propia, caracterizada por mucositis severa secundaria a infecciones respiratorias sin exposición a fármacos y con mínima o nula afectación cutánea. Su diagnóstico se basa en la clínica y exclusión de otras causas. El tratamiento es principalmente de soporte, aunque en casos moderados a graves pueden utilizarse corticoides sistémicos como adyuvante. La evolución suele ser favorable, por lo que una correcta identificación clínica es clave para evitar tratamientos innecesarios y orientar adecuadamente el manejo.

Referencias

1. Miller MM, Hebert AA, Howard RM, Stinnett EA. Evaluation of etanercept for treatment of reactive infectious mucocutaneous eruption. *JAMA Dermatol.* 2021;157(2):230–2.
2. Alawad S, Wong J, Abu Ghanimeh M. Reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME) in an adult male with *Mycoplasma pneumoniae*. *Cureus.* 2025;17(1):e53323.
3. Waites KB, Xiao L, Liu Y, Balish MF, Atkinson TP. *Mycoplasma pneumoniae* from the Respiratory Tract and Beyond. *Clin Microbiol Rev.* 2017 Oct;30(3):747-809. (Revisión sobre manifestaciones extrapulmonares y mecanismos patogénicos de *M. pneumoniae*).
4. Verwey RE, Harris N, Stangou M, Latter J, Reynolds G, et al. *Mycoplasma pneumoniae*-associated mucositis in children: case series and review of the literature. *J Paediatr Child Health.* 2022;58(1):53-58.
5. Saeed A, Micheletti RG, Phillips EJ. Stevens Johnson syndrome: past, present, and future directions. *Front Med (Lausanne).* 2024;11:112345.
6. Sutherland J, Tyrrell J, Yeung J. Reactive infectious mucocutaneous eruption (RIME) in children and adolescents: A review. *Can Dermatol Today.* 2023;2(4):28–32. doi:10.54424/cdt.2023.2.4.28.



HEMOFILIA A SEVERA CON INHIBIDORES EN PACIENTE PEDIÁTRICO: DESAFÍO TERAPÉUTICO Y RESPUESTA A RITUXIMAB.

J. Vargas, D. Pérez, P. Delgado, R. Sáez, T. Ramos

Introducción

La hemofilia A (HA) es una coagulopatía hereditaria ligada al cromosoma X, secundaria a la deficiencia del factor VIII (FVIII), que corresponde aproximadamente al 80% de todas las hemofilias. La complicación más severa del tratamiento de esta patología es el desarrollo de anticuerpos neutralizantes que impiden la acción del FVIII, lo que dificulta el control de eventos hemorrágicos. La inmunotolerancia (ITI) es el único tratamiento que erradica estos inhibidores, sin embargo, ante casos refractarios se ha explorado el uso de terapias inmunosupresoras con rituximab.

Caso

Paciente masculino de 11 años con HTA leve conocida y antecedente de histiocitosis de células de Langerhans. Consulta por 3 días de evolución de aumento de volumen en cara interna de brazo derecho, tras traumatismo menor, asociado a hematuria. Ecografía de partes blandas objetiva hematoma muscular, ecografía renal descarta alteraciones. Se realiza tomografía computarizada (TAC) de abdomen sin contraste que revela hematoma de psoas derecho y coágulo en la vejiga. El laboratorio resultó con inhibidores 5.4 unidades Bethesda (UB) y FVIII 0.2% confirmando HA severa con inhibidores. Se inicia tratamiento con agente bypass complejo protrombínico activado (aPPC), con resolución de hematoma retroperitoneal al control imagenológico. Ante presencia de inhibidores se inicia terapia inmunomoduladora con rituximab, completando 4 ciclos con buena tolerancia, evolución clínica favorable y disminución de eventos hemorrágicos.

Discusión y Conclusiones

Este caso ilustra la complejidad del manejo de HA con inhibidores en pediatría. La aparición de inhibidores compromete la eficacia del tratamiento estándar, exigiendo estrategias avanzadas como agentes bypass y terapias biológicas, Rituximab, con buena tasa de éxito en la erradicación de inhibidores en niños con HA severa. La evolución favorable del paciente recalca la consideración de biológicos como opción terapéutica ante refractariedad. Un abordaje oportuno y multidisciplinario es clave para el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. Srivastava A, Santagostino E, Dougall A, Kitchen S, Sutherland M, Pipe SW, et al. WFH guidelines for the management of hemophilia, 3rd edition. Haemophilia [Internet]. 2020 [citado 26 jul 2025];26(Suppl 6):1–158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/hae.14046>
2. Soto AV, Cortez SD, González SM. Efectividad de inducción de tolerancia inmune en niños con hemofilia A y aloanticuerpos neutralizantes. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 26 jul 2025];91(2):232–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i2.1364>
3. Kempton CL, Meeks SL. Toward optimal therapy for inhibitors in hemophilia. Blood [Internet]. 2014 [citado 26 jul 2025];124(23):3365–72. Disponible en: <https://ashpublications.org/blood/article/124/23/3365/33468/Toward-optimal-therapy-for-inhibitors-in>
4. World Federation of Hemophilia. Guidelines for the Management of Hemophilia [Internet]. 3rd ed. Montreal: WFH; 2020 [citado 26 jul 2025]. Disponible en: <https://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1123.pdf>



SINUSITIS FÚNGICA NO INVASIVA CON EVOLUCIÓN PROLONGADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Aguillon, M. Guedeney, D. Guedeney, N. Correa

Introducción

La sinusitis fúngica puede ser aguda o crónica, invasiva o no invasiva. Esta última afecta principalmente a inmunocompetentes, siendo sus principales variantes la bola fúngica, la sinusitis saprofita y la fúngica alérgica. Los factores de riesgo son la inmunosupresión, exposición laboral y diabetes. Clínicamente, se manifiesta con rinorrea purulenta, cefalea, congestión nasal e hiposmia. La tomografía computada (TC) es esencial para el diagnóstico, complementado con estudio histopatológico y cultivos. El tratamiento es quirúrgico, con resección endoscópica, el uso de antimicóticos se reserva para formas invasivas. Es importante reconocer su curso clínico, ya que afecta la calidad de vida y requiere manejo por especialista.

Caso

Mujer, 33 años, inmunocompetente, colombiana y trabajadora agrícola, derivada de atención primaria, consulta por rinorrea purulenta unilateral de 12 meses de evolución, con cefalea frontal persistente. Tratada previamente con antibióticos sin mejoría. La TC de senos paranasales mostró imagen hiperdensa compatible con bola fúngica en seno maxilar derecho de 21 por 15 mm. Se realizó endoscopia nasal con biopsia, que evidenció hifas ramificadas sin invasión tisular, cultivo negativo. Se confirmó bola fúngica y se resolvió mediante cirugía endoscópica funcional sin requerimiento de antimicóticos sistémicos.

Discusión y Conclusiones

La paciente presentó síntomas clásicos de sinusitis crónica unilateral, observables tanto en etiologías bacterianas como fúngicas, lo que dificulta la sospecha clínica. Destaca su perfil inusual: mujer joven, inmunocompetente y sin comorbilidades. Sin embargo, presenta factores predisponentes: migrante de zona tropical y trabajadora agrícola. La TC es el método de imagen de elección, ya que orienta el abordaje quirúrgico. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico al identificar hifas. El tratamiento es quirúrgico. La relevancia clínica radica en el riesgo de progresión a formas invasoras, con mortalidad del 50–80%, lo que refuerza la necesidad de acceso a imágenes complejas y derivación oportuna.

Referencias

1. Kwon E, O'Rourke MC. Chronic sinusitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Akhondi H, Woldemariam B, Rajasurya V. Fungal sinusitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
3. Tirreau A. R, Veloz T. M, Valdés P. C. Una nueva perspectiva en rinosinusitis: EPOS 2020. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [Internet]. 2022;82(3):371–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162022000300371>
4. Kwon E, O'Rourke MC. Chronic sinusitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
5. Ramadan HH, MSc MD. Fungal sinusitis [Internet]. Medscape.com. Medscape; 2025 [citado el 5 de julio de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/863062-overview>
6. Shetty S, Chandrashekar S, Aggarwal N. A study on the prevalence and clinical features of fungal sinusitis in chronic rhinosinusitis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* [Internet]. 2020;72(1):117–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12070-019-01769-w>
7. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, et al. European Position Paper on rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology* [Internet]. 2020;58(Suppl S29):1–464. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4193/Rhin20.600>
8. Frerichs N, Brateanu A. Rhinosinusitis and the role of imaging. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2020;87(8):485–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3949/ccjm.87a.19092>
9. FM, Almutairi RR, Alrajhi DM, et al. Occupational and environmental exposures, the association with chronic sinusitis. *Saudi Med J* [Internet]. 2022;43(2):125–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15537/smj.2022.43.2.20210849>
10. Singh V. Fungal rhinosinusitis: Unravelling the disease spectrum. *J Maxillofac Oral Surg* [Internet]. 2019;18(2):164–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12663-018-01182-w>

ANGINA DE LUDWIG: A PROPÓSITO DE UN CASO.

G. Fuentes, E. Maureira, M. Sarzosa, F. Cordero

Introducción

La Angina de Ludwig (AL) es un proceso infeccioso del piso de boca de rápida progresión y alto riesgo de obstrucción de la vía aérea (VA), siendo ésta la primera causa de muerte de estos pacientes. El principal factor de riesgo de AL corresponde al antecedente de haber cursado con una infección odontogénica reciente, causa altamente evitable. Dada la severidad del cuadro, resulta imprescindible que los médicos en formación sean capaces de reconocerlo, para así poder realizar un manejo óptimo y precoz.

Caso

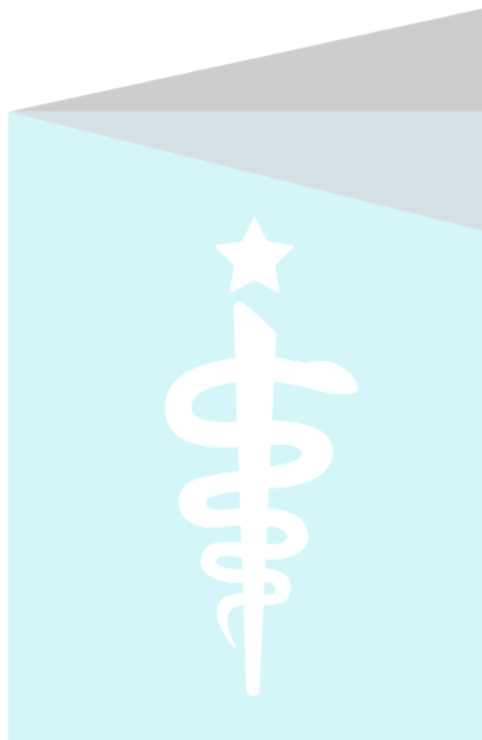
Paciente femenino, 33 años, sana, presenta cuadro de 7 días de evolución caracterizado por aumento de volumen en región submentoniana, no fluctuante, eritema, y dolor a la palpación; acompañado de fiebre, disfagia, odinofagia y voz engolada. Se realiza tomografía computarizada (TC) de cuello, la que evidencia absceso en piso de boca con efecto de masa sobre espacio faringomucoso y disminución de calibre de la vía aérea, razón por la cual se solicita aseo quirúrgico. Posteriormente, paciente se mantiene con ventilación mecánica invasiva por 21 días, drogas vasoactivas y tratamiento antibiótico. Finalmente, progresa de manera favorable, con indicación de completar tratamiento a nivel ambulatorio.

Discusión y Conclusiones

En la AL, las raíces de los dientes inferiores generan una comunicación con los espacios más profundos, lo que permite que procesos infecciosos penetren y desencadenen una respuesta inflamatoria capaz de cerrar la vía aérea. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, disfagia, sialorrea, voz engolada, área submandibular sensible, disnea, estridor, trismus y meningismo. Al examen físico, el piso de boca se aprecia eritematoso y elevado, y pueden existir linfadenopatías regionales. El diagnóstico es mayormente clínico, pero se puede solicitar una TC de cuello con contraste para localizar la lesión. El tratamiento consiste en antibióticos de amplio espectro, debridamiento de tejido no vital, drenaje de colecciones, manejo de la vía aérea, y medidas de soporte.

Referencias

1. Bridwell R, Gottlieb M, Koyfman A, Long B. Diagnosis and management of Ludwig's angina: An evidence-based review. Am J Emerg Med. [Internet]. 2021 Mar. [citado 2025 Jul 27]; 41: 1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.12.030>
2. Tamil A, Othman S, Sudhakar A, McKinnon B. Ludwig's angina and steroid use: A narrative review. Am J Otolaryngol. [Internet]. 2020 May. [citado 2025 Jul 27]. 41(3). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102411>
3. Parker E, Mortimore G. Ludwig's angina: a multidisciplinary concern. Br J Nurs. [Internet]. 2019 May. [citado 2025 Jul 27]; 28(9): 547-551. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.9.547>



CAVERNOMATOSIS MÚLTIPLE FAMILIAR: UNA MALFORMACIÓN VASCULAR INFRECUENTE Y ANGIOGRÁFICAMENTE OCULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Soto, J. Bobadilla, A. Chianale, J. Durán, M. Bobadilla, M. Merino

Introducción

Las malformaciones vasculares cerebrales son un conjunto de patologías caracterizadas por presentar configuraciones vasculares anormales. Su prevalencia va de 0.1-4% en población general. Particularmente, las malformaciones cavernosas, representan 5-15% de todas las anomalías vasculares del sistema nervioso central, pueden ocurrir tanto esporádicamente o con patrón familiar. Este último, con herencia de tipo autosómico dominante, asociado a tres genes principales: KRIT1, CCM2 Y PDCD10.

Caso

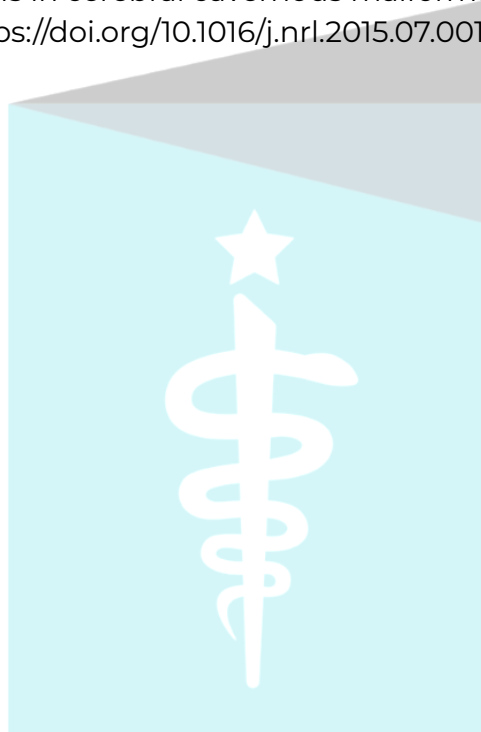
Paciente femenina de 41 años con antecedente de deficiencia de factor VII y epilepsia secundaria a cavernomatosis múltiple; patrón familiar (madre y hermano). Acude a servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por disminución de sensibilidad en hemicara derecha con desviación de comisura labial asociado a disminución de fuerza en hemicuerpo derecho. Tomografía Axial Computarizada de Cerebro describe lesiones hiperdensas a nivel frontal izquierda, parietal derecha y pontina izquierda (13 milímetros diámetro mayor). Angiotomografía computarizada de arterias intracerebrales: Sin nuevos hallazgos significativos. Evaluada por Neurocirugía, se ingresa a pabellón tras pase quirúrgico de hemostasia ante compromiso latente de puente. Se realiza craneotomía retrosigmoidea, visualizando hematoma en tronco y tejido sugerente de cavernoma a nivel de puente. Se efectúa exéresis parcial de cavernoma pontino hemorrágico con adecuada hemostasia y lavado con suero fisiológico. Egres a Cuidados Intensivos, pesquisándose disfagia severa, ataxia cerebelosa y anisocoria leve con midriasis a derecha. Actualmente mantiene neurorrehabilitación con evolución favorable y sin nueva indicación neuroquirúrgica.

Discusión y Conclusiones

La cavernomatosis múltiple familiar es una entidad infrecuente pero clínicamente relevante. Su presentación varía desde formas asintomáticas hasta síntomas neurológicos graves como crisis epilépticas, déficits motores o síntomas de hipertensión intracraneana. Es una malformación angiográficamente oculta, lo que enfatiza el rol de técnicas de neuroimagen alternativas para diagnosticarla. El caso expuesto refuerza la necesidad de un enfoque integral que incluya un diagnóstico precoz, vigilancia neurológica estrecha y en casos seleccionados un tratamiento quirúrgico oportuno.

Referencias

1. Singer, R. Ogilvy, C. Rordorf, G. Vascular malformations of the central nervous system. 21 de Octubre de 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vascular-malformations-of-the-central-nervous-system>
2. Goldstein, H. Solomon, R. Epidemiology of cavernous malformations. Handbook of Clinical Neurology. 2017; (143): 241 - 247 <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63640-9.00023-0>
3. Gozalbo, A. Beneyto, M. Rodriguez – Luna, D. Vilar, R.M. Belenguer, A. Gueffner, D. Cavernomatosis múltiple familiar: descripción de una nueva mutación. Neurología. 2017 (26): 184 – 186. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.06.006>
4. Mondejar, R. Lucas, M. Diagnóstico molecular de cavernomatosis cerebral Molecular diagnosis in cerebral cavernous malformations. Neurología. 2017 (32): 540 – 545. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.07.001>



FÍSTULA URETEROVAGINAL SECUNDARIA A SHAVING URETERAL LAPAROSCÓPICO POR ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y MANEJO CONSERVADOR, REPORTE DE UN CASO.

I. Ciuffardi, V. Calcutta, C. Caprile, F. Tapia

Introducción

La fístula ureterovaginal (FUV) es una comunicación anómala entre el uréter y la vagina que provoca incontinencia urinaria continua con deseo miccional conservado. Representa entre el 25 % y 30 % de las fístulas genitourinarias, principalmente tras cirugías ginecológicas complejas (1). Su incidencia varía según el procedimiento: tras histerectomía vaginal es cercana al 0.04%, mientras que en cirugías laparoscópicas puede oscilar entre 0.8% y 4.3% (2). Esta mayor frecuencia se asocia a procedimientos invasivos o en contextos anatómicos alterados, como la endometriosis profunda, donde la ureterólisis —la liberación quirúrgica del uréter— es fundamental para evitar lesiones (3). La FUV suele manifestarse hasta 21 días postoperatorio y su diagnóstico precoz es clave para evitar complicaciones renales y preservar la función del órgano (1,3).

Caso

Paciente de 34 años, con infertilidad primaria y endometriosis severa, en tratamiento hormonal durante cuatro años. Fue sometida a cirugía laparoscópica que incluyó extensa adherenciólisis, escisión de nódulo rectovaginal, shaving rectal y ureterólisis bilateral. Durante el procedimiento se efectuó shaving del uréter izquierdo, con resección de tejido endometriósico superficial adherido a su pared. Doce días después consultó por pérdida continua de líquido vaginal y ausencia de micción. Al examen físico, mediante especuloscopia, se observó salida de líquido citrino desde el fondo de saco de Douglas. La tomografía contrastada evidenció extravasación urinaria desde el uréter distal izquierdo hacia dicho espacio, confirmada por pielografía ascendente. Se instaló catéter doble J y se reparó el defecto vaginal, con evolución favorable y resolución completa de la incontinencia.

Discusión y Conclusiones

La FUV es una complicación poco frecuente pero relevante tras cirugías ginecológicas complejas, especialmente en endometriosis profunda. La sospecha clínica ante incontinencia urinaria continua postoperatoria, junto con el uso oportuno de estudios imagenológicos, permite tratamiento precoz que previene complicaciones renales como hidronefrosis, infecciones urinarias ascendentes y lesión renal irreversible, mejorando la calidad de vida (1,3). Se recomienda seguimiento clínico riguroso para detectar tempranamente complicaciones y optimizar resultados.

Referencias

1. Cavaco-Gomes J, Martinho M, Gilabert-Aguilar J, Gilabert-Estéles J. Laparoscopic management of ureteral endometriosis: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;210:94–101.
2. Hudelist G, Tammaa A, Aas-Eng MK, Kirchner L, Fritzer N, Nemeth Z, et al. Outcome of sonography-based minimally invasive surgery for deep infiltrating endometriosis of the ureter and urinary bladder. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(3):370–7.
3. Kızılay F, Şimşir A, Nazlı O. Management of ureteral endometriosis and review of the literature. *Turk J Urol.* 2018;45(Suppl 1):S166–S169.
4. Ulrich U, Schüller U. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: Deep endometriosis. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2018;78(12):1200–10.
5. Bahuguna G, Panwar VK, Mittal A, Talwar HS, Mandal AK, Bhadoria AS, et al. Management strategies and outcome of ureterovaginal fistulae: A systematic review and meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2022;41(2):562–72.
6. Chen YB, Wolff BJ, Kenton KS, Mueller ER. Approach to ureterovaginal fistula. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019;25(2):e7–e11.



FPIES EN LACTANTE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

J. Llanos, V. Vera, C. Saldías, D. Martínez, F. Gajardo, N. Metuaze

Introducción

El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es una reacción alérgica no mediada por IgE, poco frecuente pero potencialmente grave. Afecta principalmente a lactantes durante la introducción de la alimentación complementaria. Se caracteriza por vómitos intensos, hipotonía, letargo e incluso shock hipovolémico, horas después de ingerir alimentos desencadenantes como la proteína de la leche de vaca, trigo y algunos vegetales. El diagnóstico es clínico, basado en los síntomas y antecedentes. Su manejo implica la identificación y eliminación de los alimentos causantes. En casos graves o recurrentes, se pueden usar corticoides orales.

Caso

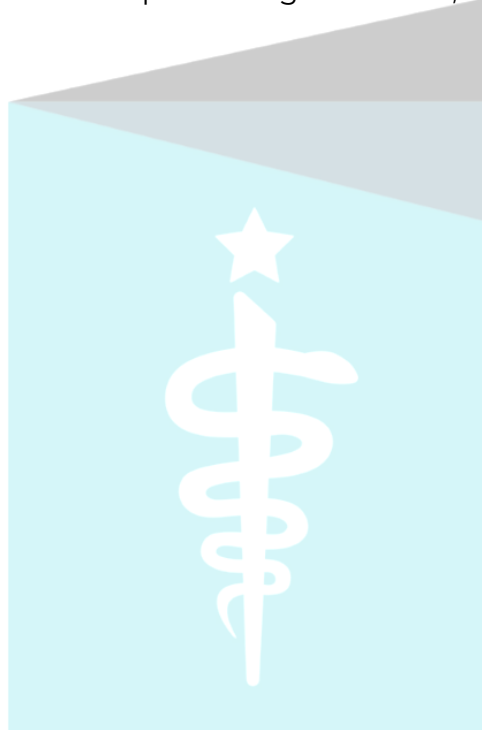
Lactante femenina de 6 meses con antecedentes de alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV). Tras iniciar alimentación complementaria, acudió a urgencias por vómitos explosivos, hipotonía y palidez de 30 minutos de evolución. Fue estabilizada con suero fisiológico y ondansetrón intravenoso. Los exámenes mostraron acidosis metabólica leve, leucocitosis, eosinofilia y trombocitosis. Se mantuvo en observación y fue dada de alta con seguimiento. Días después presentó nuevos episodios, tratados con corticoides orales en domicilio. Se identificaron como desencadenantes el zapallo y la carne de pavo, los cuales fueron eliminados de su dieta, logrando una buena evolución.

Discusión y Conclusiones

El FPIES tiene una prevalencia aproximada de 0.34 por cada 1,000 nacimientos, siendo más frecuente en pacientes con atopía o APLV. Al no existir pruebas serológicas específicas, el diagnóstico es clínico, basado en la historia y resolución tras eliminar el alimento desencadenante. El tratamiento incluye sueroterapia, antieméticos y, en casos graves, corticoides orales. Puede resolverse espontáneamente antes de los 3 años. El FPIES es una entidad poco frecuente pero grave. Su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado son clave para evitar complicaciones. Debe sospecharse ante vómitos intensos en lactantes con antecedentes de alergia.

Referencias

1. Nowak-Węgrzyn A, Sampson HA. Food protein-induced enterocolitis syndrome. In: Sicherer SH, editor. Food Allergy: Adverse Reactions to Foods and Food Additives. 3rd ed. Wiley; 2018. p. 489-501.
2. Järvinen KM, Pallarés HM, et al. Food protein-induced enterocolitis syndrome: Diagnosis and management. Pediatrics. 2019;144(2):e20190372.
3. De la Morena MS, et al. Food protein-induced enterocolitis syndrome (FPIES): Pathophysiology, diagnosis, and management. Ann Allergy Asthma Immunol. 2020;124(2):137-143
4. Miceli Sopo S, et al. FPIES: Reviewing the management of food protein-induced enterocolitis syndrome. J Allergy Clin Immunol Pract. 2016;4(5):865-870
5. Kimura M, et al. Eosinophilia in infants with food protein-induced enterocolitis syndrome in Japan. Allergol Int. 2016;65(4):473-475.



PARAFRENIA EN MUJER ADULTA, UNA CAUSA INUSUAL DE PSICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Córdova, V. Carrasco, V. Vera, J. Fica, C. Saldías, J. Llanos

Introducción

La psicosis es una alteración mental grave que implica pérdida de contacto con la realidad, presentando riesgo de auto o heteroagresión (1). La parafrenia es una forma crónica de psicosis con delirios estructurados y posibles alucinaciones, sin deterioro cognitivo-afectivo significativo, lo que permite diferenciarla de la esquizofrenia clásica (2).

Caso

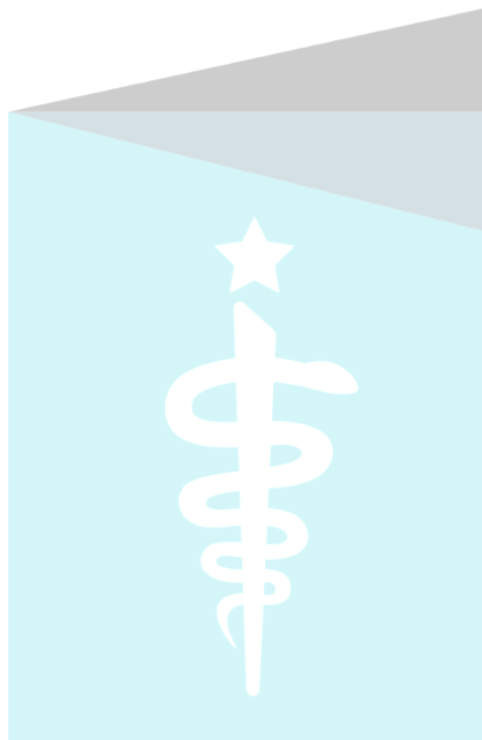
Mujer de 49 años, diabética, sin antecedentes psiquiátricos, consulta en Centro de Salud Familiar Lirquén por alucinaciones auditivas de 18 meses de evolución, con voces masculinas que la insultan y acusan de robo, por lo que destruye pertenencias y quema joyas. Refiere persecución generacional hacia mujeres de su familia. Progresando hace dos meses con alucinaciones visuales amenazantes, ideas delirantes de persecución y autolesiones. Al examen físico presenta rasguños en extremidades. Se deriva a psiquiatría hospital Penco-Lirquén por sospecha de esquizofrenia. Evaluación psiquiátrica muestra buen aseo, afecto y funcionalidad conservados. La paciente se niega inicialmente al tratamiento farmacológico por desconfianza inducida por las voces. Se establece alianza terapéutica y se concluye que no cumple criterios DSM-V para esquizofrenia, diagnosticándose parafrenia. Inicia tratamiento con antipsicóticos atípicos y terapia cognitivo conductual, con buena respuesta clínica.

Discusión y Conclusiones

La psicosis es un síntoma de primer orden de múltiples patologías psiquiátricas, incluyendo la esquizofrenia. El caso muestra una psicosis crónica con delirios estructurados y alucinaciones en una paciente funcional, sin desorganización ni deterioro. No cumple criterios de esquizofrenia según DSM-5. El diagnóstico de parafrenia permite un abordaje más adecuado, centrado en la funcionalidad y evitando el sobrediagnóstico de trastornos psicóticos mayores (3). La parafrenia, aunque excluida de manuales actuales, permite describir psicosis no esquizofrénicas en pacientes funcionales, facilitando un tratamiento individualizado, reduciendo estigma y favoreciendo adherencia. Este caso ilustra su relevancia en atención primaria, destacando la necesidad de evaluaciones diagnósticas más allá de clasificaciones rígidas, destacando la importancia del enfoque multidisciplinario y de una alianza terapéutica efectiva.

Referencias

1. Álvarez-Mon MA, Vidal C, Ortuño F. Actualización clínica de la psicosis. Medicina [Internet]. 2019;12(86):5023–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.09.010>
2. Widakowich C. Parafrenias: nosografía y presentación clínica. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 [citado el 26 de julio de 2025];34(124):683–94. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352014000400003
3. Andrade F, Reis C, Mota M, Salgado H. Revisitando la parafrenia: reporte de un caso. Cureus [Internet]. 2023;15(1):e34391. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.34391>



DEBILIDAD MOTORA PERSISTENTE SIN CORRELATO ESTRUCTURAL A PROPÓSITO DE UN TRASTORNO NEUROLÓGICO FUNCIONAL

V. Vera, J. Llanos, C. Saldías, D. Martínez, C. Córdova, N. Metuaze

Introducción

Los Trastornos Neurológicos Funcionales (TNF) corresponden a síntomas neurológicos sin base estructural que se explican por una disfunción del sistema nervioso. Son frecuentes en consulta neurológica, presentan alta carga funcional y requieren un enfoque diagnóstico positivo y terapéutico interdisciplinario.

Caso

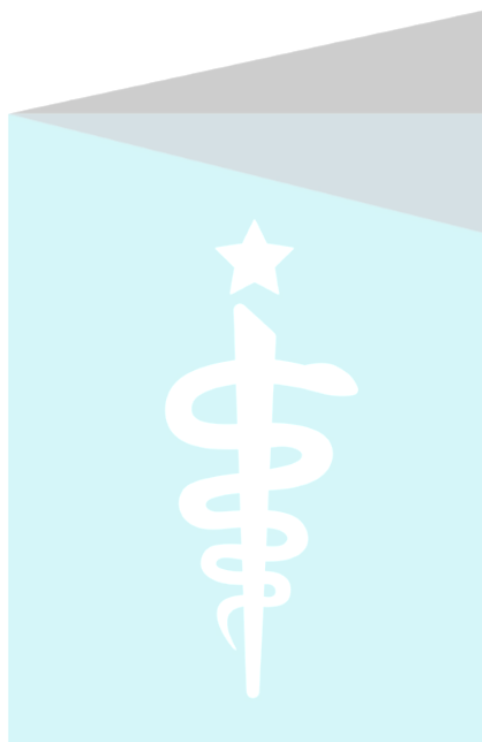
Paciente de sexo femenino, 57 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II y tabaquismo. Consulta por hemiparesia braquiocrural derecha de instalación súbita y disartria, con estudios iniciales normales. Se diagnosticó inicialmente un síndrome piramidal agudo por probable accidente cerebrovascular lacunar. Posteriormente, persiste sintomatología motora junto a alteración de memoria anterógrada, hipoacusia derecha, labilidad emocional y cefalea, sin evidencia estructural en múltiples estudios de imagen ni hallazgos neurológicos consistentes. Se diagnosticó Episodio Depresivo Moderado, con respuesta parcial a fluoxetina. A los 18 meses persiste con síntomas discapacitantes y sin evidencia de patología neurológica estructural. Se establece diagnóstico de TNF según criterios clínicos Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) y hallazgos positivos de examen neurológico.

Discusión y Conclusiones

El TNF representa un diagnóstico frecuente, subestimado y muchas veces tardío, con impacto funcional significativo. Su detección oportuna requiere reconocer signos positivos como inconsistencia e incongruencia en el examen físico. El tratamiento debe ser empático y centrado en la validación del síntoma, con abordaje multidisciplinario que integre neurología, psiquiatría, kinesiología y psicoterapia. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz para evitar cronificación y discapacidad.

Referencias

1. Espay AJ, Aybek S, Carson A, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol.* 2018;75(9):1132–1141.
2. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Mellado P, Sandoval P. Semiología de los trastornos neurológicos funcionales. En: Sandoval P, editor. *Semiología en Neurología*. Mediterráneo; 2020. p. 229–242.
4. Restrepo M, Restrepo D. Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales: ¿superando el diagnóstico por descarte? *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;48(3):174–181.



HEMIANOPSIA TEMPORAL UNILATERAL COMO PRESENTACIÓN DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL SECUNDARIA A ECLAMPSIA DURANTE EL PARTO ; REPORTE DE CASO

J. Rojas, F. Saldivia, T. Núñez, J. Correa, P. Campos, N. Gavilán

Introducción

La Eclampsia es una complicación de la preeclampsia o hipertensión gestacional caracterizada por la aparición de novo de convulsiones tónico clónicas generalizadas. La hemorragia intracraneal (HIC) durante el embarazo es un evento infrecuente asociado a trastornos hipertensivos. Tiene su peak de presentación durante el parto y el puerperio con una incidencia de 4.4 casos cada 100.000 embarazos.

Caso

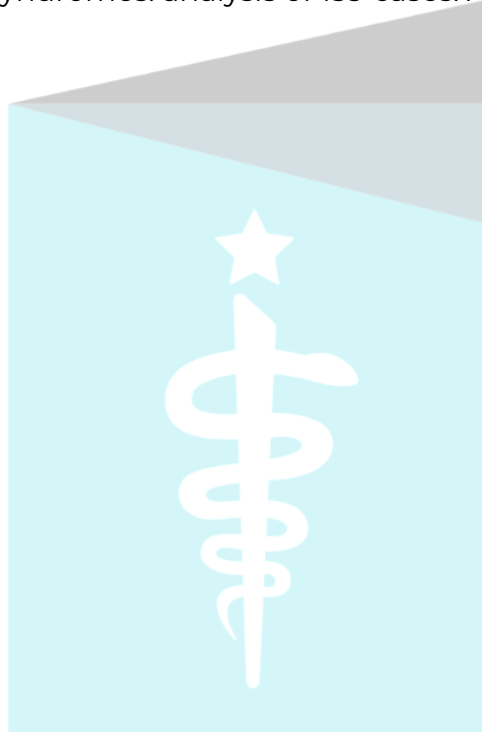
Paciente de 22 años cursando embarazo de 35 + 2 semanas, con antecedente de diabetes gestacional y preeclampsia severa. Derivada por cuadro de cefalea intensa asociado a hipertensión y dinámica uterina. Se ingresa a pabellón para cesárea de urgencias durante la cual evoluciona a eclampsia manejada con sulfato de magnesio y lorazepam. En postoperatorio presenta cefalea ictal asociado a escotomas en hemicampo derecho y hemianopsia temporal unilateral. Se realiza resonancia nuclear magnética con contraste, evidenciándose hematoma intraparenquimatoso a nivel occipital izquierdo. Neurología indica estudio con Angio tomografía computarizada (TC) de cuello y cerebro diagnosticando síndrome de vasoconstricción reversible (SVCR), ante lo cual se indica tratamiento multidisciplinario y manejo de presiones arteriales asociado a tratamiento anticonvulsivante.

Discusión y Conclusiones

La eclampsia es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna a nivel mundial. La HIC durante el embarazo y puerperio es infrecuente, se asocia a hipertensión severa y a mayor riesgo de secuelas neurológicas y muerte materna. En este caso, la paciente presentó HIC occipital asociada a SVCR en el contexto de eclampsia que se presentó con cefalea intensa, déficit visual y estenosis multifocales siendo un fenómeno relacionado a disfunción endotelial y pérdida de autorregulación vascular. La mayoría de estos casos se resuelven en semanas o meses con tratamiento oportuno. Este caso enfatiza la necesidad de vigilancia estrecha en el puerperio de pacientes con preeclampsia severa, considerando que complicaciones neurológicas graves pueden manifestarse.

Referencias

1. Hemorragia intracraneal durante el embarazo: una revisión bibliográfica interdisciplinaria y un informe de caso raro de eclampsia de inicio temprano con hemorragia intracraneal y síndrome HELLP. J Clin Med. 2025;(artículo e1361) (doi:10.3390/jcm14041361).
2. Asociación de la hemorragia intracerebral primaria con el embarazo y el puerperio. (Artículo PMC7156993). 2020.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-e260.
4. Miller EC, Gatollari HJ, Too G, et al. Risk factors for pregnancy-associated stroke in women with preeclampsia. Stroke. 2017;48(7):1752-9.
5. Singhal AB, Hajj-Ali RA, Topcuoglu MA, et al. Reversible cerebral vasoconstriction syndromes: analysis of 139 cases. Arch Neurol. 2011;68(8):1005-12.



SÍNDROME DE PARRY-ROMBERG: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Gutiérrez, A. Vásquez, V. Muñoz, V. Aguirre

Introducción

El síndrome de Parry-Romberg, o hemiatrofia facial progresiva, es una enfermedad poco común caracterizada por una atrofia lenta y progresiva de un lado de la cara. Esta atrofia afecta diferentes estructuras, desde la piel y el tejido subcutáneo hasta músculos y hueso. Fue descrita por Parry en 1825 y por Romberg en 1876. Es más frecuente en hombres y suele iniciar en los primeros 20 años de vida, para luego estabilizarse. Su causa exacta aún no está clara; se han propuesto teorías autoinmunes, neurovasculares y genéticas. El diagnóstico es eminentemente clínico, basado en la observación de la asimetría facial, sobre todo en las regiones maxilar, malar y orbital, descartando otros diagnósticos diferenciales. No existe tratamiento curativo, sin embargo, pueden utilizarse cirugías reconstructivas para mejorar la apariencia facial y calidad de vida.

Caso

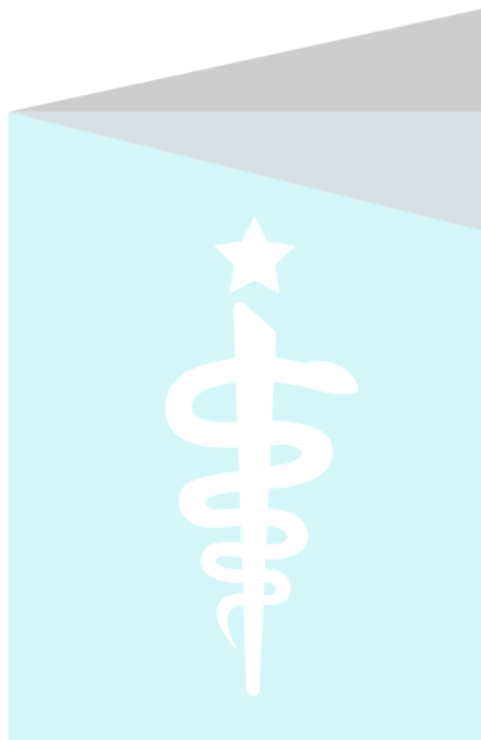
Paciente masculino de 20 años consulta en su centro de salud luego de notar una asimetría facial progresiva desde los 15 años. Se le realizan múltiples exámenes, incluyendo estudios inmunológicos que resultan negativos, y una resonancia magnética cerebral sin hallazgos relevantes. El paciente no presenta síntomas neurológicos ni sistémicos, por lo que se mantiene en control clínico. Actualmente, a los 36 años, persiste con una atrofia marcada de la piel y tejido subcutáneo en la hemicara izquierda, sin progresión ni nuevas complicaciones asociadas.

Discusión y Conclusiones

La hemiatrofia facial progresiva es un trastorno craneofacial raro que puede llegar a afectar la funcionalidad facial, pudiendo acompañarse de enoftalmos, desviación nasal y de la comisura bucal, e incluso hemiatrofia lingual. El diagnóstico es clínico y se apoya en la evolución de los síntomas y exclusión de otras patologías. Una vez estabilizada la enfermedad, se recomiendan tratamientos estéticos y quirúrgicos para restaurar la simetría facial. El diagnóstico temprano permite iniciar seguimiento y planificar intervenciones que mejoren tanto la apariencia como el bienestar emocional del paciente.

Referencias

1. El-kehdy J, Abbas O, Rubeiz N. A review of Parry-Romberg syndrome. Journal of the American Academy of Dermatology [internet] 2012 [consultado el 18 julio 25]; 67(4): 769-784. Disponible en:
2. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962212001041> 2. Schultz KP, Dong E, Truong TA, Maricevich RS. Parry Romberg Syndrome. Clin Plast Surg. [internet] 2019 [consultado el 18 julio 25]; 46(2): 231-237. Disponible en: [https://www.plasticsurgery.theclinics.com/article/S0094-1298\(18\)30104-4/abstract](https://www.plasticsurgery.theclinics.com/article/S0094-1298(18)30104-4/abstract) 3. Santana Hernandez EE, Tamayo Chang VJ, Gonzalez Anta AM, Warner Vigo O, Alvarez Ocampo J. Síndrome Parry-Romberg. Rev Ciencias Medicas [Internet] 2015 [consultado el 18 julio 25]; 19(1): 134- 140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942015000100016&script=sci_arttext



LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO FRENTE A ENFERMEDAD POCO FRECUENTE.

C. Rosas, J. Rojas, F. Quiroz, J. Espinoza, E. Maldonado, S. Phillip

Introducción

La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es un síndrome hiperinflamatorio poco frecuente pero potencialmente fatal, causado por una activación desregulada del sistema inmune. Su diagnóstico es complejo debido a la inespecificidad de los síntomas, lo que puede retrasar el tratamiento y aumentar su alta mortalidad.

Caso

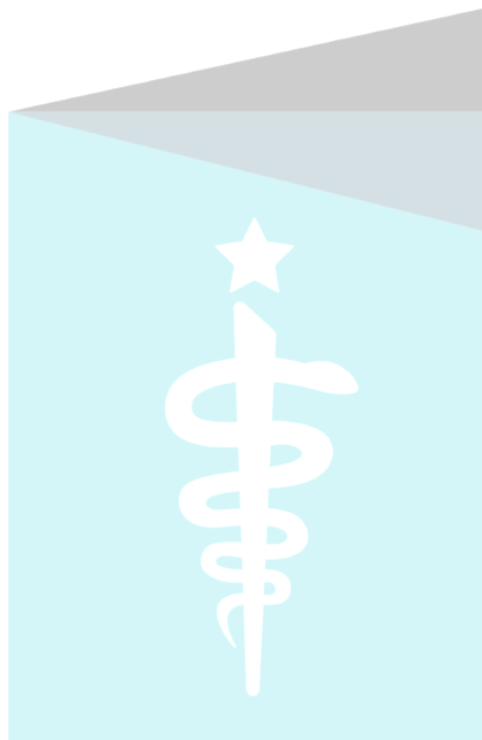
Se presenta el caso de una paciente pediátrica preescolar con síndrome febril prolongado, inicialmente tratada como amigdalitis bacteriana y luego enfermedad de Kawasaki, sin respuesta clínica. Al persistir febril, con parámetros inflamatorios persistentemente elevados y esplenomegalia, se amplió el estudio diferencial del síndrome febril prolongado, con hallazgo de hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, pancitopenia y CD25 elevado, que configuró el diagnóstico de HLH. Pese al tratamiento de primera línea con inmunoglobulina intravenosa y corticosteroides, evolucionó con curso refractario, requiriendo ruxolitinib, etopósido y manejo multidisciplinario intensivo. El estudio genético fue negativo para HLH primaria, apoyando el diagnóstico de HLH secundaria sin causa desencadenante identificable.

Discusión y Conclusiones

Este caso refleja los desafíos diagnósticos y terapéuticos de la HLH pediátrica, así como la necesidad de considerar esta entidad ante cuadros febriles prolongados con citopenias y signos de inflamación sistémica. Una intervención precoz con inmunosupresión dirigida puede mejorar significativamente la evolución clínica, aunque la enfermedad puede tener un curso tórpido incluso bajo terapia intensiva. La sospecha oportuna y el manejo en centros especializados son fundamentales para reducir la morbilidad asociada. En conclusión, la HLH es un síndrome raro y potencialmente grave que debe ser reconocido y sospechado como diagnóstico diferencial de un síndrome febril prolongado por médicos generales y pediatras dado su pronóstico desfavorable sin tratamiento, por lo que el reconocimiento y manejo precoz son esenciales.

Referencias

1. Canna SW, Marsh RA. Pediatric hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Blood*. 2020;135(16):1332–43.
2. Kaçar AG, Celkan TT. Hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Balkan Med J*. 2022;39(5):309–17.
3. Astudillo P, Parejas T, Wietstruck M, Morales P, Abarca K. Síndrome hemofagocítico: caracterización clínica y seguimiento de una cohorte pediátrica chilena. *Rev Chilena Infectol*. 2021;38(3):423–31.
4. Arca M, Fardet L, Galicier L, Rivière S, Marzac C, Aumont C, et al. Prognostic factors of early death in a cohort of 162 adult patients with hemophagocytic syndrome: impact of etoposide treatment. *Haematologica*. 2015;100(3):322–30.



PROLIFERACIÓN OSTEOCONDROMATOSA PAROSTAL BIZARRA EN EL PULGAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Pastor, B. Pezo, A. Alonzo, M. Lineros, V. Henríquez, C. Chávez

Introducción

La proliferación osteocondromatosa parostal bizarra (BPOP) o enfermedad de Nora, es un tumor óseo benigno extremadamente infrecuente con crecimiento exofítico de periostio, formado por tejido óseo y fibrocartilaginoso. Se localiza frecuentemente en huesos tubulares cortos, afecta principalmente a adultos entre 30-40 años y tiene baja incidencia en adultos mayores. Menos de 350 casos han sido descritos en la literatura desde su descubrimiento. Se presenta una paciente con diagnóstico histopatológico de BPOP.

Caso

Paciente femenina de 68 años con antecedente de hipertensión arterial, consulta por dolor y limitación funcional del pulgar derecho de 5 años de evolución. Al examen físico, pulgar derecho con aumento de volumen por volar a nivel de metáfisis distal de falange proximal, atrofia tenar, dolor a la palpación volar y limitación de rango de movimiento (ROM) de la articulación interfalángica. Se solicita radiografía de pulgar derecho que evidencia aumento de volumen óseo volar de falange proximal. Se complementa con ecografía y tomografía axial computarizada, que informan lesión osteocartilaginosa adyacente a la cortical, sin continuidad con médula ósea, sin signos de malignidad ni compromiso tendinoso. Ingresa a pabellón para resección completa de lesión tumoral y toma de biopsia. Posterior a resección, se contacta a patólogo informando sospecha diagnóstica. El resultado del estudio histológico es concordante con BPOP (tumor de Nora). Durante su recuperación, al mes evoluciona con cicatriz sin molestias, ROM completo indoloro y sin recidiva.

Discusión y Conclusiones

La BPOP es una lesión infrecuente, de etiología desconocida. Sudiagnóstico requiere correlación clínica, imagenológica y confirmación histopatológica. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con margen ancho según sea doloroso y/o interfiera en ROM. Es de importancia conocerla, tener alta sospecha clínica e informar al patólogo previo al análisis de la muestra, dado a su similitud histopatológica con patologías malignas como osteosarcoma parostal, que pueden cambiar el manejo terapéutico rotundamente.

Referencias

1. Edoardo I, Elisa F, Damiano RA, Silvia DF, Rodolfo C, Lorenzo A. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora lesion): A narrative review. *Acta Med Litu* [Internet]. 2022;29(2):176–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15388/Amed.2022.29.2.4>
2. Albarracín Solórzano KS, Patiño Yugsi MR, Pineda Álvarez DM, Torres Calle MF. Proliferación osteocondromatosa parostal bizarra o enfermedad de Nora revisión de la literatura: A propósito de un caso. *Res Soc Dev* [Internet]. 2021;10(10):e109101018855. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18855>
3. Espinosa A, Barbosa G. Enfermedad de Nora. Proliferación osteocondromatosa parostal atípica. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2011;15(3):155–60. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0123-9015\(11\)70064-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0123-9015(11)70064-6)
4. Barrera-Ochoa S, Lluch A, Gargallo-Margarit A, Pérez M, Vélez R. Bizarre parosteal osteochondromatous proliferation (Nora's lesion) of the Hand: A report of two atypical cases. *Case Rep Med* [Internet]. 2012;2012:453560. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/453560>



SÍNDROME DE CONN: REPORTE DE CASO DE UNA MUJER CON TETRAPARESIA SECUNDARIA A HIPOKALEMIA

J. Águila, C. Escalona, S. Escanilla, C. Córdova, D. Martínez, N. Inostroza

Introducción

La hipertensión secundaria representa >10% de los casos de hipertensión arterial⁽¹⁾. Una de sus causas más frecuentes es el hiperaldosteronismo primario, habitualmente asociado a adenomas productores de aldosterona (enfermedad de Conn)⁽²⁾. El reconocimiento precoz de esta entidad permite evitar complicaciones cardiovasculares y neurológicas graves. Se presenta el caso de una mujer hipertensa con tetraparesia secundaria a hipokalemia severa, en quien se confirmó un adenoma suprarrenal funcional.

Caso

Mujer de 49 años, con hipertensión arterial en tratamiento, presenta desde hace un año de evolución parestesia y paresia en extremidad superior izquierda. Los síntomas progresaron, presentando posteriormente tetraparesia asociado a hipokalemia severa de 1.7 mEq/L y alcalosis metabólica, iniciándose corrección endovenosa, sin respuesta adecuada, por lo que se decide su hospitalización. Se realiza una tomografía computarizada (TC) de glándulas suprarrenales con contraste, que informó lesión nodular adrenal derecha de 13 mm con intenso realce post-contraste. Los exámenes hormonales destacaron aldosterona plasmática elevada (58,6 ng/dL) y actividad renina plasmática suprimida, por lo que se plantea el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario por adenoma suprarrenal funcional (Enfermedad de Conn) descartando feocromocitoma como principal diagnóstico diferencial debido a metanefrinas plasmáticas y urinarias en rangos normales, siendo derivada a endocrinología para su seguimiento.

Discusión y Conclusiones

Este caso plantea la necesidad de considerar de manera precoz el diagnóstico de hipertensión secundaria en pacientes con hipertensión arterial de larga data y hallazgos bioquímicos sugestivos (hipokalemia severa y alcalosis metabólica). La tríada clásica mencionada debe hacernos sospechar de hiperaldosteronismo primario⁽¹⁻⁶⁾. Su confirmación se respalda en la relación aldosterona/renina, estudios de imágenes y en la exclusión de otras causas tales como el feocromocitoma, síndrome de Cushing, síndrome de Liddle, causas iatrogénicas, y dietéticas⁽²⁻⁴⁾. Este enfoque diagnóstico permite iniciar su tratamiento dirigido y evitar complicaciones cardiovasculares y neurológicas graves.

Referencias

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA Guideline for the management of high blood pressure. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127–248.
2. El-Asmar N, Rajpal A, Arafah BM. Primary aldosteronism: Diagnostic and therapeutic approach. *Med Clin North Am*. 2021;105(6):1065–80.
3. Young WF Jr. Primary aldosteronism: Practical clinical perspectives. *J Intern Med*. 2019;285(2):126–48.
4. Ekman N, Grossman AB, Dworakowska D. Primary aldosteronism: current and novel insights. *Int J Mol Sci*. 2024;25(2).
5. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, et al. Resistant hypertension: AHA scientific statement. *Hypertension*. 2018;72(5):e53–90.
6. Shah MH, Goldner WS, Benson AB, et al. Neuroendocrine and adrenal tumors, NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2021;19(7):839–68.
7. Vaidya A, Hundemer GL, Nanba K, Parksook WW, Brown JM. Primary Aldosteronism: State-of-the-Art Review. *Am J Hypertens*. 2022;35(12):967-988. doi:10.1093/ajh/hpac079.
8. Fernández CJ, Nagendra L, Alkhalifah M, Pappachan JM. Hipertensión endocrina: la urgente necesidad de una mayor concienciación mundial. *Eur Endocrinol*. 2023;19(2):11-3. doi:10.17925/EE.2023.19.2.11. PMID: 38187076; PMCID: PMC10769474.



CONVULSIÓN POR SÍNDROME DIGEORGE: REPORTE DE CASO CLÍNICO

M. Montero, P. Raby, F. Gamboa, R. García, M. Jiménez, J. Soza

Introducción

El síndrome de DiGeorge (SDG) es un trastorno congénito con incidencia de 1/4000-6000 recién nacidos vivos, causado por una microdelección en el cromosoma 22q11.2. Clásicamente presenta la triada cardiopatía, timo hipoplásico e hipocalcemia. Suele sospecharse en ecografías prenatales por alteraciones cardíacas y faciales. El siguiente caso clínico expone una presentación poco frecuente, que debutó con una convulsión.

Caso

Recién nacido de término, sexo masculino. Antecedentes de embarazo controlado, marcadores de aneuploidía en ecografía con estudio genético prenatal sin alteraciones numéricas y tamizaje infeccioso negativo. Nace por cesárea de urgencia por patología materna, con requerimientos de oxígeno por lo que se hospitaliza. Al examen físico destaca dismorfia facial, hipotonía axial y reflejos arcaicos disminuidos. Ecografía cerebral normal, ecocardiograma sin alteraciones relevantes, radiografía de tórax compatible con taquipnea transitoria y exámenes normales. A los 9 días presenta convulsión. Se pesquisa hipocalcemia severa (5,6 mg/dL) y se inicia tratamiento con gluconato de calcio y fenobarbital, con buena respuesta. Posteriormente se diagnostica hipoparatiroidismo. Dado los antecedentes maternos de dismorfias, talla baja y déficit cognitivo; se realiza estudio genético diagnosticando SDG a ambos.

Discusión y Conclusiones

Las principales complicaciones del SDG son cardiopatías troncales, hipocalcemia, leve inmunodeficiencia hasta inmunodeficiencia combinada grave. Dada su severidad resulta relevante sospecharlo y diagnosticarlo precozmente con hibridación in situ con fluorescencia. El caso clínico presentó una baja sospecha por estudio prenatal negativo y desconocimiento del antecedente familiar, diagnosticándose tardíamente por síndrome convulsivo secundario a hipocalcemia. La hipocalcemia se presenta tempranamente con nerviosismo, tetania o convulsiones; asociado a hipoparatiroidismo e hiperfosfatemia. En este caso se estabilizó el miocardio con suplementos de calcio y vitamina D, logrando controles adecuados. El pronóstico del SDG depende del grado de presentación. El reconocimiento temprano de este síndrome permite un manejo oportuno, evitando complicaciones severas y mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

Referencias

1. Lackey AE, Muzio MR. Síndrome de DiGeorge [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan [cited 2025 July 23]. Available from:
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549798/>
3. Aglony I Marlene, Lizama C Macarena, Méndez R Cecilia, Navarrete S Carmen, Garay G Francisco, Repetto L Gabriela et al . Clinical findings and immunologic variability in 9 patients with DiGeorge syndrome. Rev. méd. Chile [Internet]. 2004 Jan [cited 2025 July 24] ; 132(1): 26-32. Available from:
4. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100004&lng=en.
5. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000100004>. 3. McDonald-McGinn DM, Sullivan KE. DiGeorge (22q11.2 deletion) syndrome: Management and prognosis. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2024 [cited 2025 July 23]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/digeorge-22q11-2-deletion-syndrome-management-and-prognosis>
6. Vargas Paula, Mergudich Tania, Martinovic Carolina, Córdova Víctor, Valdés Rafael, Luna Daniela et al . Prenatal Diagnosis of Congenital Malformations and Chromosomal Abnormalities: Single Center Experience - Hospital Dr. Sótero Del Río, Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 Aug [cited 2025 July 20] ; 85(4): 358-365. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000400358&lng=en.
7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400358> 5. McDonald-McGinn DM, Sullivan KE. DiGeorge (22q11.2 deletion) syndrome: Clinical features and diagnosis. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2024 [cited 2025 July 24]. Available from:
8. <https://www.uptodate.com/contents/digeorge-22q11-2-deletion-syndrome-clinical-features-and-diagnosis>

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Laguna, P. Miranda, F. Egli, S. Espinoza

Introducción

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una enfermedad reumática caracterizada por inflamación sinovial persistente, que puede causar daño articular y compromiso extraarticular. Se define como artritis de causa desconocida, con inicio antes de los 16 años y duración mínima de seis semanas⁽¹⁾. Es una de las enfermedades reumáticas más frecuentes en pediatría, pero su alta variabilidad clínica dificulta el diagnóstico, llevando a errores o retrasos⁽²⁾. Una fiebre de origen desconocido (FOD), definida como fiebre $\geq 38,3$ °C por más de tres semanas, sin causa clara tras una semana de estudio, puede ser la manifestación inicial de AIJ, especialmente si se asocia a síntomas musculoesqueléticos⁽³⁾.

Caso

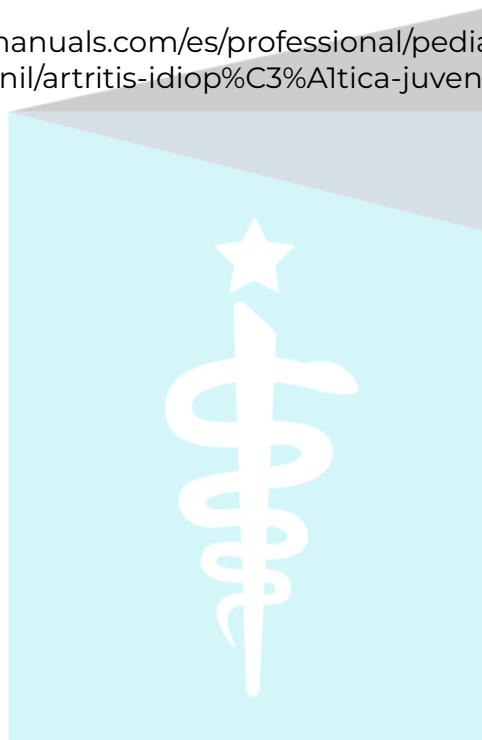
Paciente femenina de 14 años consulta por fiebre intermitente de hasta 39 °C, de cuatro semanas de evolución, sin otros síntomas. Posteriormente, presenta dolor articular intenso en tobillo derecho, manejado con antiinflamatorios no esteroideos e inmovilización, sin mejoría. El dolor progresa a otras articulaciones. Se realiza estudio básico sin hallazgos relevantes, diagnosticando fiebre de origen desconocido (FOD). Tras cuatro meses, con persistencia y progresión de síntomas, fue derivada a Reumatología. Se evidenciaron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos y el resto del laboratorio reumatológico negativo, apoyando la sospecha de AIJ de tipo poliarticular con factor reumatoideo (FR) negativo. Se inició tratamiento con corticoides y metotrexato, sin buena respuesta, por lo que se indicó Adalimumab, con evolución clínica favorable.

Discusión y Conclusiones

En este caso, el diagnóstico se vio entorpecido por una presentación atípica, con fiebre como síntoma principal, inicialmente considerada como FOD. Sin embargo, en menores de 16 años, una FOD puede ser la manifestación inicial de AIJ⁽³⁾. El laboratorio reumatológico puede apoyar el diagnóstico⁽⁴⁾; en esta paciente, solo los ANA fueron positivos, confirmando AIJ poliarticular con FR negativo⁽¹⁾. Este caso resalta la importancia de considerar AIJ ante fiebre prolongada y síntomas articulares persistentes.

Referencias

1. Zaripova LN, Midgley A, Christmas SE, Beresford MW, Baildam EM, Oldershaw RA. Juvenile idiopathic arthritis: from aetiopathogenesis to therapeutic approaches. *Pediatr Rheumatol Online J* [Internet]. 2021;19(1):135. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12969-021-00629-8>
2. Huang HYR, Wireko AA, Miteu GD, Khan A, Roy S, Ferreira T, et al. Advancements and progress in juvenile idiopathic arthritis: A Review of pathophysiology and treatment. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2024;103(13):e37567. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000037567>
3. Trapani S, Fiordelisi A, Stinco M, Resti M. Update on Fever of Unknown Origin in Children: Focus on Etiologies and Clinical Approach. *Children*. 2024;11(1):20. doi:10.3390/children11010020
4. Mehta J, Pekarsky AR. Trastornos reumatológicos infantiles: artritis idiopática juvenil. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/artritis-idiop%C3%A1tica-juvenil/artritis-idiop%C3%A1tica-juvenil>



INMUNODEFICIENCIA Y SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

M. Sarzosa, E. Maureira, G. Fuentes, F. Cordero

Introducción

El Síndrome de Down (SD) es una condición causada por material extra del cromosoma 21, con alta incidencia en Chile. Se asocia a disregulación inmune multifactorial, que aumenta la susceptibilidad a infecciones graves. Se expone el caso de un paciente pediátrico con SD con múltiples interurrencias infecciosas. Se expondrá la fisiopatología de la inmunodeficiencia atribuible al SD. La importancia del tema recae en la alta mortalidad de este grupo frente a infecciones y sepsis.

Caso

Paciente de 8 años, con antecedentes de SD y múltiples comorbilidades, ingresa a servicio de urgencias cursando shock séptico. En TAC tórax, abdomen y pelvis gran vólvulo de intestino medio, resuelto por laparotomía. Durante hospitalización evoluciona tórpidamente con leucopenia y linfopenia que impresiona secundario a SD y en contexto de patología grave. En cultivos intraoperatorios se aísla *Candida* y *S. Haemolyticus* por lo que se inicia tratamiento con antibióticos y antifúngicos.

Discusión y Conclusiones

La sepsis es una insuficiencia circulatoria generalizada secundaria a respuestas desreguladas del huésped a la infección. En niños con SD la mortalidad llega a 30%, esto como resultado de un sistema inmune defectuoso siendo la respuesta pro-inflamatoria más potente. Múltiples alteraciones del sistema inmune se han identificado en esta población.

- 1) Barreras anatómicas alteradas y trastornos específicos del SD como la disfagia y aspiración.
- 2) Alteraciones en señalización como hiperactividad de TLR2 y TLR4 en primeras etapas y una respuesta antiinflamatoria compensatoria prolongada que produce un estado de inmunodeficiencia.
- 3) Neutrófilos con menor capacidad de quimiotaxis, migración, activación celular y fagocítica por disminución del receptor CD11b.
- 4) Disminución cuantitativa de linfocitos T y B con reversión parcial en edades adultas y deficiencia funcional en su respuesta.

En conjunto, estas alteraciones llevan a peores desenlaces aumentando la mortalidad de paciente con SD por patologías infecciosas con respecto a población sana de la misma edad.

Referencias

1. Lizama M, Retamales N, Mellado C. Recomendaciones de cuidados en salud de personas con síndrome de Down: 0 a 18 años. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Ene [citado 2025 Jul 27]; 141(1): 80-89. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000100011>
2. Espinosa JM. Down Syndrome and COVID-19: A Perfect Storm?. Cell Rep Med [Internet]. 2020 May. [citado 2025 Jul 27]; 1(2): 100019. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7252041/>
3. Velasco R. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencia de pediatría [Internet]. España: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2020. Capítulo 13, Shock; [citado 2025 Jul 27]; p. 167-176. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13_shock.pdf
4. Huggard, D, Doherty, D, Molloy E. Immune Dysregulation in Children With Down Syndrome. Frontiers in Pediatrics [Internet]. 2020 Feb. [citado 2025 Jul 27]; (8):73. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2020.00073/full>
5. Ramba M, Bogunovic D. The immune system in Down Syndrome: Autoimmunity and severe infections. Immunol Rev [Internet]. 2024 Mar. [citado 2025 Jul 27]; 322(1):300-310. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10950520/>
6. Huggard D, Kelly L, Ryan E, McGrane F, Lagan N, Roche E, Balfe J, Leahy TR, Franklin O, Doherty DG. Increased systemic inflammation in children with Down syndrome. Cytokine Rev. [Internet]. 2020 Mar. [citado 2025 Jul 27]; 127(73). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1043466619303679?via%3Dihub>

SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y PORFIRIA AGUDA: UN CASO CLÍNICO QUE DESAFIÓ EL DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINARIO

R. Farfán, C. Troncoso

Introducción

Las porfirias agudas son trastornos genéticos autosómicos dominantes caracterizados por un defecto enzimático en la síntesis del grupo hemo. Supervalencia estimada es de 5 a 10 por 100.000 habitantes, y su diagnóstico representa un desafío médico debido a la inespecificidad de sus manifestaciones clínicas.

Caso

Mujer de 32 años con múltiples consultas previas por dolor abdominal, consulta en urgencias por cuadro de 9 días de dolor abdominal difuso tipo cólico, náuseas y vómitos; sin deposiciones hace 11 días. Al ingreso, paciente deshidratada, con abdomen blando, sensible, sin signos de irritación peritoneal; flujo genital turbio, hemático y fétido; se retira dispositivo intrauterino. Exámenes: sodio 134 mEq/L, potasio 2,6 mEq/L, hemoglobina 10,4 g/dL, leucocitos 5.610/uL. Se resuelve hipokalemia y se hospitaliza para estudio ginecológico, sin hallazgos. Evoluciona con dolor refractario. Se realizan nuevos estudios compatibles con pancreatitis aguda. Se traslada a medicina. Durante hospitalización presenta crisis convulsiva tónico-clónica, imágenes de encéfalo evidencian edema vasogénico, compatible con síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible (PRES). Evoluciona con alteración del sensorio, hemiparesia braquiocrural derecha e hipertensión arterial refractaria. Presenta hiponatremia y poliuria, por lo que se traslada a unidad de paciente crítico. Punción lumbar normal. Dado sintomatología multisistémica se sospecha porfiria aguda. Se solicita porfobilinógeno 32.95 mg/L, 128.4 mg/24 hrs, ácido 5-aminolevulínico 255.06/24 hrs. Se confirma diagnóstico de porfiria aguda, se administra hemina por 4 días con evolución clínica favorable y posterior rehabilitación.

Discusión y Conclusiones

Las porfirias agudas, como la porfiria aguda intermitente, deben sospecharse en presencia de síntomas abdominales, neurológicos y psiquiátricos sin causa evidente. La asociación con PRES, aunque infrecuente, ha sido descrita y se vincula a disfunción autonómica severa. Un diagnóstico oportuno es esencial para evitar secuelas neurológicas y mejorar el pronóstico.

Referencias

1. Balwani M, Wang B, Anderson KE, Bloomer JR, Bissell DM, Bonkovsky HL, et al.; Porphyrrias Consortium of the Rare Diseases Clinical Research Network. Acute hepatic porphyrias: recommendations for evaluation and long-term management. *Hepatology*. 2017 Oct;66(4):1314-22. doi: 10.1002/hep.29313. PMID: 28605040.
2. Wang B, Bonkovsky HL, Lim JK, Balwani M. AGA clinical practice update on diagnosis and management of acute hepatic porphyrias: expert review. *Gastroenterology*. 2023 Mar;164(3):484-91. doi: 10.1053/j.gastro.2022.11.034. PMID: 36642627.
3. Gastrolat.org. Gastrolat [Internet]. 2025 [citado 11 Jul 2025];(001-07). Disponible en: <https://gastrolat.org/gastrolat2025001-07/>
4. Juan Ramón y Cajal Calvo J, López Negredo D, Raymunde Valhondo J, Perez Abad L. Porfiria aguda como etiología infrecuente de PRES. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* [Internet]. 2024 Sep 27 [citado 19 Ago 2025];81(3):598-607. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11536817/>
5. Gounden V, Jialal I. Acute Porphyria [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2023 Jul 17; cited 2025 Aug 19]. Bookshelf ID: NBK537352. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537352/>



ENDOCARDITIS INFECCIOSA: REPORTE DE CASO ATÍPICO ASOCIADO A DISPOSITIVO CARDIACO.

A. Nazar, T. Gallardo, L. Grandón, V. Ortega

Introducción

La incidencia de las infecciones asociadas a dispositivos cardiacos implantables oscila entre 0,1-7 %. Los métodos diagnósticos y manejo precoz juegan un rol crucial en el desenlace de estos pacientes. Se presenta un caso de Endocarditis asociada a dispositivo, manejado conjuntamente en los Hospitales de Valdivia y Temuco durante 2025.

Caso

Mujer de 77 años, usuaria de marcapasos (MP). Consultó por 1 semana de exteriorización de cables del dispositivo, asociado a secreción y signos de inflamación local. Inicialmente estudio negativo para endocarditis infecciosa (EI) mediante Ecocardiograma transtorácico (ETT), se complementó estudio con Ecocardiograma Transesofágico (ETE) e Intracardiaco, confirmando el diagnóstico. Fue manejado como endocarditis asociada a dispositivo; se retiró MP con instalación de MP transitorio, completando 14 días de antibioterapia endovenosa. Posteriormente, se realizó instalación de MP definitivo con sobre antibacteriano absorbible. Paciente mantiene controles ambulatorios, sin nuevas complicaciones.

Discusión y Conclusiones

Las infecciones de MP están dentro de las complicaciones de su implantación, representando un factor de riesgo para EI. El manejo considera antibioticoterapia y extracción del dispositivo infectado. En este caso, aunque la paciente no cumplía criterios de Duke modificado para EI definitiva, se completó esquema antibiótico dada la alta especificidad y sensibilidad del ETE (e intracardiaco), con una especificidad del 85–98% y sensibilidad del 96%, superior al ETT, cuya especificidad y sensibilidad son de 45–75% y 70%, respectivamente, y que en este caso no arrojó hallazgos. Por otra parte, corresponde a una EI derecha que, según la literatura, presenta mejor pronóstico y menor riesgo de complicaciones, lo que concuerda con la evolución de la paciente. Los usuarios de MP deben mantenerse en seguimiento desde su instalación. La infección del MP, debe hacer sospechar EI, para lo cual es fundamental contar con ETE. La sospecha precoz permite intervenciones médicas y quirúrgicas oportunas, que mejoran significativamente el pronóstico de los pacientes.

Referencias

1. Enamorado AAR, García CIM, González AM, et al. Factores de riesgo de infección tras el implante de marcapasos permanente. *MediSan*. 2020;24(03):406-419.
2. Li M, Kim JB, Sastry KS, Chen M. Infective endocarditis. *Lancet* [Internet]. 2024;404:377-92. Disponible en: www.thelancet.com
3. Sugiharto F, Asmara AD, Sari WP, Freitas LA, Ramdani D, Anna A, et al. Types of Complications and Associated Factors in Patients Undergoing Permanent Cardiac Pacemaker Implantation: A Systematic Review. Vol. 18, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Dove Medical Press Ltd; 2025. p. 83-100.
4. San Román JA, Rubio J. Infección de dispositivos cardíacos: conceptos aceptados y controvertidos. *Rev Esp Cardiol*. 1 de mayo de 2017;70(5):355-62.
5. Shrestha N, Shakya S, Hussain S, Pettersson G, Griffin B, Gordon S. Sensitivity and Specificity of Duke Criteria for Diagnosis of Definite Infective Endocarditis: A Cohort Study [Internet]. 2017. Disponible en: https://academic.oup.com/ofid/article/4/suppl_1/S550/4295920
6. Bai AD, Steinberg M, Showler A, Burry L, Bhatia RS, Tomlinson GA, et al. Diagnostic Accuracy of Transthoracic Echocardiography for Infective Endocarditis Findings Using Transesophageal Echocardiography as the Reference Standard: A Meta Analysis. *Journal of the American Society of Echocardiography*. 1 de julio de 2017;30(7):639-646.e8.
7. Dingen H, Urheim S, Jordal S, Saeed S. Echocardiographic assessment in infective endocarditis: Transthoracic or transesophageal echocardiography, or both? *Echocardiography in endocarditis*. *Curr Probl Cardiol*. 2024;49.
8. Shmueli H, Thomas F, Flint N, Setia G, Janjic A, Siegel RJ. Right-sided infective endocarditis 2020: Challenges and updates in diagnosis and treatment. *J Am Heart Assoc*. 4 de agosto de 2020;9(15).
9. Donal E, Tribouilloy C, Sadeghpour A, Laroche C, Rodrigues ACT, do Carmo Pereira Nunes M, et al. Cardiac device-related infective endocarditis need for lead extraction whatever the device according to the ESC EORP EURO-ENDO registry. *European Heart Journal Open*. 1 de julio de 2023;3(4).
10. Baddour LM, Wilson WR, Bayer AS, Fowler VG, Tleyjeh IM, Rybak MJ, et al. Infective endocarditis in adults: Diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Vol. 132, *American Heart Association*. Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 1435-86.

OSTEOBLASTOMA LUMBAR DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

C. Moreira, V. Cáceres, C. Becerra, J. Castro

Introducción

El osteoblastoma es un tumor óseo benigno poco frecuente, representando aproximadamente el 1% de los tumores óseos primarios. Afecta Mayoritariamente a personas jóvenes, especialmente entre la primera y tercera década de la vida, con predilección por la columna vertebral. Aunque su histología es benigna, puede mostrar un comportamiento local agresivo, comprometiendo estructuras cercanas y generando síntomas neurológicos. Su diagnóstico requiere imágenes complementarias y confirmación histopatológica mediante biopsia.

Caso

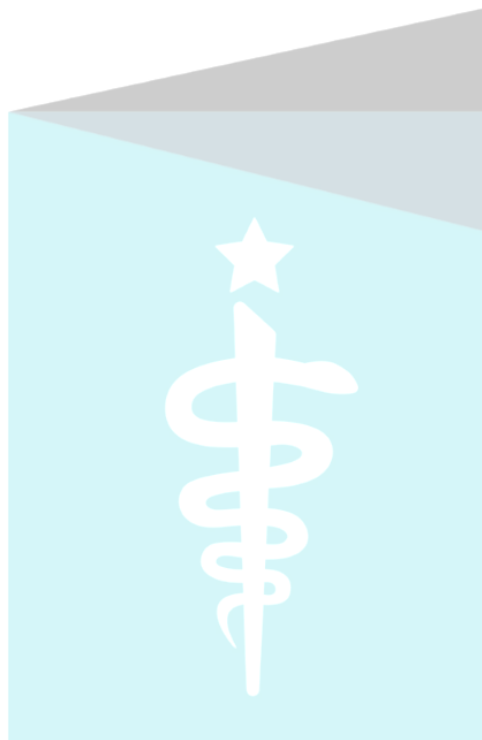
Paciente masculino de 16 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, presenta un cuadro de dos años de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso que luego se localiza en la zona lumbar, empeora durante la noche y no responde a analgésicos. Fue evaluado en múltiples ocasiones sin un diagnóstico claro. Se realiza ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Posteriormente, una radiografía lumbosacra muestra alteraciones en el arco posterior de L4-L5. Una resonancia magnética revela edema en el pedículo derecho de L4 que se extiende a la faceta articular superior y pars interarticular. La tomografía dirigida evidencia una lesión compatible con osteoma osteoide. Finalmente, una biopsia percutánea confirma el diagnóstico de osteoblastoma, al mostrar proliferación osteoblástica madura con trabéculas óseas delgadas y estroma vascularizado.

Discusión y Conclusiones

Este caso presenta una forma clínica inusual que llevó a una interpretación errónea y a un retraso diagnóstico prolongado. Destaca la importancia de considerar diagnósticos poco frecuentes en pacientes jóvenes con dolor óseo persistente y realizar estudios adecuados. El osteoblastoma, aunque benigno, puede tener evolución progresiva y generar complicaciones locales o neurológicas. Su pronóstico es favorable con resección completa, por lo que es clave mantener un alto índice de sospecha y utilizar herramientas diagnósticas precisas para un manejo oportuno.

Referencias

1. Phillips W, Torchia M. Nonmalignant bone lesions in children and adolescents [Internet]. UpToDate; 2024 Jun 25 [cited 2025 Jul 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/nonmalignant-bone-lesions-in-children-and-adolescents?search=osteoblastoma&source=search_result&selectedTitle=1%7E15&usage_type=default&display_rank=1
2. Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol.* 1993 Oct;22(7):485–500. doi:10.1007/BF00209095. PMID:8272884.
3. Giordano M, Caccavella VM, Leone A, Montano N, Gessi M, Olivi A, et al. Lumbar extraosseous intraforaminal osteoblastoma: case report and review of the literature. *World Neurosurg.* 2020 Jun;138:339–43. doi:10.1016/j.wneu.2020.03.081. PMID:32217174.



AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRETINA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDIACA: INFORME DE CASO

F. Quispe, O. Pardo, P. Espinosa, A. Olivares, R. García, F. Moncada

Introducción

La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección intermedia puede deberse a causas infiltrativas como la amiloidosis cardíaca (CA), cada vez más reconocida en adultos mayores. Su diagnóstico requiere alta sospecha clínica y estudios complementarios como cintigrafía con pirofosfato y gammapatías.

Caso

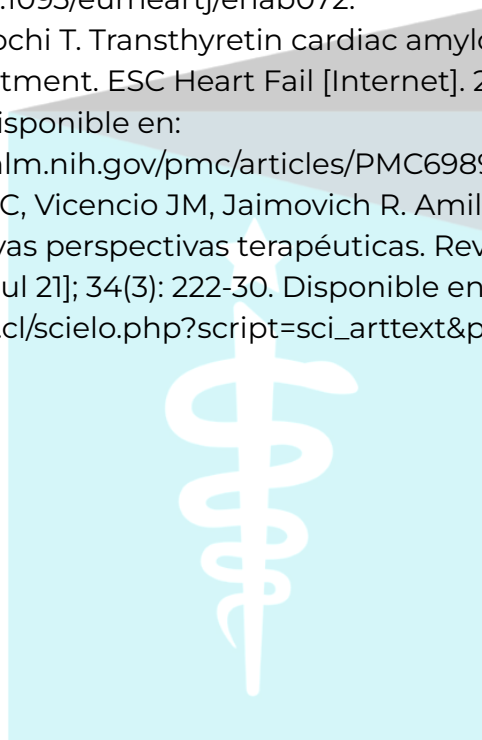
Hombre de 86 años con antecedentes de Insuficiencia Cardíaca, hipertensión arterial, tabaquismo y marcapasos por bloqueo atrioventricular de alto grado, consulta por disnea progresiva hasta reposo, ortopnea y nicturia. Ingresa hemodinámicamente estable, con proBNP elevado y hallazgos radiológicos de cardiomegalia y leve derrame pleural derecho. El ecocardiograma revela fracción de eyección levemente reducida con sospecha de miocardiopatía infiltrativa. Se realiza cintigrafía con pirofosfato compatible con amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR-CA), sin evidencias de gammapatía monoclonal. En plan de seguimiento ambulatorio con equipo de cardiología para ajuste de terapia basal y manejo.

Discusión y Conclusiones

La CA es una enfermedad infiltrativa por depósito extracelular de proteínas, entre ellas destacan la amiloidosis por cadenas ligeras (AL) y transtiretina (ATTR). El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, elevación de biomarcadores y ecocardiograma con patrón infiltrativo. Para descartar AL-CA es indispensable demostrar la presencia de cadenas livianas, junto con la evidencia de infiltración orgánica por biopsia. Sin embargo, según la Asociación Americana de Cardiología, se sugiere iniciar el estudio ante una alta sospecha clínica de ATTR-CA descartando primero la presencia de cadenas livianas mediante inmunofijación sérica y urinaria, previo a complementar estudio con cintigrafía con pirofosfato. El tratamiento tiene por objetivo proporcionar soporte y retrasar, en lo posible, el depósito de amiloide mediante tratamiento específico. La ATTR-CA es una enfermedad subdiagnosticada, heterogénea, pero cada vez más reconocida. El empleo de técnicas no invasivas como cintigrafía permiten una identificación precoz y una reducción significativa de biopsia. Además, nuevos tratamientos farmacológicos han mejorado la sobrevida, por lo que su implementación precoz resulta importante en la evolución de esta enfermedad.

Referencias

1. González-López E, López-Sainz Á, García-Pavía P. Diagnóstico y tratamiento de la amiloidosis cardíaca por transtiretina: Progreso y esperanza. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2017 Nov [citado 2025 Jul 26]; 70(11) :991-1004. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2017.05.018>.
2. Castañía F, Massardo T, Álvarez J, Jalil J, Greig D, McNab P, et al. Cardiomiopatía amiloidea por transtiretina: diagnóstico y manejo en la actualidad. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2021 Ago [citado 2025 Jul 25]; 40(2): 148-160. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-85602021000200148>.
3. García-Pavía P, Rapezzi C, Adler Y, Arad M, Basso C, Brucato A, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J* [Internet]. 2021 Apr 21 [citado 2025 Jul 25]; 42(16): 1554-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehab072>.
4. Yamamoto H, Yokochi T. Transthyretin cardiac amyloidosis: an update on diagnosis and treatment. *ESC Heart Fail* [Internet]. 2019 Dic [citado 2025 Jul 26]; 6(6): 1128-39. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6989279/>.
5. Troncoso R, Ibarra C, Vicencio JM, Jaimovich R. Amiloidosis cardíaca: diagnóstico y nuevas perspectivas terapéuticas. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2015 [citado 2025 Jul 21]; 34(3): 222-30. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602015000300007.



CUANDO LA GLUCOSA ALIMENTA AL HONGO: MUCORMICOSIS SOBREINFECTADA EN BASE DEL CRÁNEO ASOCIADA A MAL CONTROL GLICÉMICO, REPORTE DE UN CASO

J. Bobadilla, B. Yévenes, A. Chianale, M. Bobadilla, T. Cabrera, I. Soto

Introducción

La mucormicosis es una infección fúngica oportunista, agresiva y fulminante, que afecta a pacientes inmunocomprometidos, en especial aquellos con diabetes mellitus descompensada. Su incidencia global es 0,2 por 100.000 habitantes/año. Presentamos un caso de mucormicosis rinoorbitocerebral en un paciente con diabetes tipo 2 descompensada, con presentación atípica y coinfección bacteriana multirresistente, lo que representó un desafío diagnóstico y terapéutico.

Caso

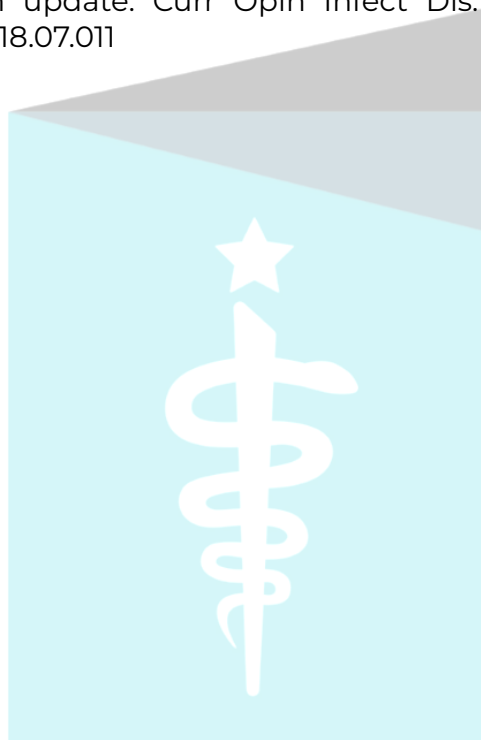
Hombre de 60 años, diabético insulino-requiere con hemoglobina glicada de 15,3%, consulta por dolor facial izquierdo, inicialmente interpretado como neuralgia del trigémino. Evoluciona con parálisis facial, cefalea y deterioro general. Ingresa con cetoacidosis diabética; imagenología muestra rinosinusitis fúngica invasiva con necrosis ósea y compromiso orbitario izquierdo. Se realiza necrosectomía; biopsia confirma micosis angioinvasiva. Recibe anfotericina B liposomal con buena evolución. Un mes después reingresa por deterioro clínico. Tomografía evidencia progresión con compromiso etmoidal, frontal, orbitario y del seno cavernoso. Nueva cirugía confirma mucormicosis invasiva. Cultivos revelan *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. Se administra nuevamente anfotericina B liposomal asociado a meropenem y vancomicina, con posterior cambio a linezolid por toxicidad renal. Tras 42 días de tratamiento, se traslapa a isavuconazol, logrando recuperación clínica y renal. Se otorga alta con seguimiento especializado.

Discusión y Conclusiones

La baja incidencia de mucormicosis refleja la efectividad del sistema inmune en condiciones normales, pero en inmunocomprometidos adquiere un curso devastador, con mortalidad cercana al 62%. Un diagnóstico precoz y el tratamiento combinado antifúngico y quirúrgico son fundamentales. El uso secuencial de anfotericina B e isavuconazol está respaldado por evidencia reciente, siendo este último mejor tolerado para terapias prolongadas. Este caso resalta la importancia de una historia clínica adecuada en urgencias para identificar antecedentes mórbidos y ampliar diagnósticos diferenciales. Asimismo, refuerza el rol del médico general en la atención primaria para optimizar el control de enfermedades crónicas y prevenir complicaciones potencialmente fatales.

Referencias

1. Cornely OA, Alastruey-Izquierdo A, Arenz D, et al. Global guideline for the diagnosis and management of mucormycosis: an initiative of the European Confederation of Medical Mycology in cooperation with the Mycoses Study Group Education and Research Consortium. *Lancet Infect Dis*. 2019 Dec;19(12):e405–e421. doi:10.1016/S1473-3099(16)00071-2
2. Cornely OA, Arikan-Akdagli S, Dannaoui E, et al. ESCMID and ECMM joint clinical guidelines for the diagnosis and management of mucormycosis 2013. *Clin Microbiol Infect*. 2014 Dec;20 Suppl 3:5–26. doi:10.1093/cid/cir865
3. Marty FM, Ostrosky-Zeichner L, Cornely OA, et al. Isavuconazole treatment for mucormycosis: a single-arm open-label trial and case-control analysis. *Clin Infect Dis*. 2016 Feb 15;63(12):e1–e9. doi:10.1093/cid/cir866
4. Prakash H, Chakrabarti A. Global epidemiology of mucormycosis. *J Fungi (Basel)*. 2019 Mar 21;5(1):26. doi:10.3390/jof5010026
5. Skiada A, Pavleas I, Drogari-Apiranthitou M. Epidemiology and diagnosis of mucormycosis: an update. *Curr Opin Infect Dis*. 2018 Dec;31(6):544–552. doi:10.1016/j.cmi.2018.07.011



VÓLVULO CECAL EN EL ADULTO MAYOR: “UNA URGENCIA QUIRÚRGICA INFRECIENTE CON RESOLUCIÓN EXITOSA”

S. Vargas, S. Toledo, A. Heiden, L. Arriagada

Introducción

El vólvulo de ciego es una causa rara de obstrucción intestinal, responsable del 1-3% de las obstrucciones colónicas. Los sitios más comunes de obstrucción del vólvulo colónico corresponden al ciego (10-52 %) y el sigmoide (43-71 %). Predomina en mujeres jóvenes. Corresponde a la torsión del ciego y colon ascendente, afectando el pedículo mesentérico de la arteria ileocecal y se presenta con un síndrome clásico de obstrucción, sin signos clínicos específicos. El diagnóstico se realiza en un 90 % de los casos mediante escáner y en un 10 % intraoperatoriamente. El manejo depende de la estabilidad y compromiso hemodinámico siendo de elección la hemicolectomía derecha con anastomosis u ostomía, reservándose la cecostomía o cecopexia para pacientes de alto riesgo. No se recomienda el manejo endoscópico por riesgo de perforación. Sin tratamiento puede evolucionar a isquemia, necrosis o perforación.

Caso

Paciente masculino de 82 años, con antecedentes de HTA, DM2 e hiperplasia prostática, consultó por obstrucción intestinal de 3 días. Hemodinámicamente estable, sin signos peritoneales. El escáner mostró vólvulo cecal con isquemia. En laparotomía se encontró ciego de 14 cm con doble rotación antihoraria e isquemia, sin perforación. Se realizó hemicolectomía derecha y anastomosis ileotransversa. Evolucionó favorablemente, con tránsito intestinal y tolerancia oral, egresando al 4° día.

Discusión y Conclusiones

Realizar el diagnóstico correcto es muy importante en esta patología, ya que el manejo oportuno es una de las claves que permitirán la resolución de este cuadro y prevenir las complicaciones asociadas, que pueden llegar a ser mortales. Este reporte contribuye a ampliar el espectro diagnóstico en nuestra práctica diaria, en este caso, enfocándonos en el grupo etario de los adultos mayores, que muchas veces presentan una presentación clínica diferente y más inespecífica, por eso es nuestra responsabilidad sospecharlo y diagnosticarlo correctamente.

Referencias

1. Pérez Quintana Ernesto, Puerto Lorenzo José Alberto, Torres Aja Lidia. Vólvulo de ciego. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev. Finlay [Internet]. 2023 Jun [citado 2025 Jul 13]; 13(2): 242-248. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000200242&lng=es. Epub 30-Jun-2023.
2. Medina Lago Alain David, Díaz Pi Oscar, Núñez Veitía Adrián. Vólvulo de ciego desde dos variantes de tratamiento. Rev Cubana Cir [Internet]. 2023 Mar [citado 2025 Jul 13]; 62(1): . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932023000100015&lng=es. Epub 15-Sep-2023.
3. Revoredo-Rego Fernando, Luna-Cydejko Juan, Reaño-Paredes Gustavo, Kometter-Barrios Fritz, López-Zenteno Yuri, Wong-Chu Carlos. Vólvulo de ciego. An. Fac. med. [Internet]. 2021 Jul [citado 2025 Jul 13]; 82(3): 225-228. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000300225&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v82i3.17604>.
4. Revoredo-Rego Fernando, Luna-Cydejko Juan, Reaño-Paredes Gustavo, Kometter-Barrios Fritz, López-Zenteno Yuri, Wong-Chu Carlos. Vólvulo de ciego. An. Fac. med. [Internet]. 2021 Jul [citado 2025 Jul 13]; 82(3): 225-228. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000300225&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v82i3.17604>.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA SEVERA CON DIAGNÓSTICO ANTENATAL TARDÍO: COMPROMISO MULTISISTÉMICO E IMPLICANCIA DEL TAMIZAJE MATERNO. REPORTE DE CASO.

M. Bobadilla, A. Troncoso, M. Muñoz, M. Giacaman

Introducción

La toxoplasmosis congénita (TC) es una zoonosis causada por *Toxoplasma gondii* de transmisión vertical tras la primoinfección materna durante el embarazo. Su prevalencia en Chile es baja y no existe tamizaje prenatal obligatorio, pero puede generar graves y variadas manifestaciones multisistémicas, por lo que es importante el diagnóstico precoz, junto con el tratamiento multidisciplinario y seguimiento neonatal prolongado.

Caso

Recién nacido masculino, pretérmino de 35 semanas con diagnóstico antenatal de TC por ecografía obstétrica tardía (30 semanas) más serología materna y amniocentesis positiva; con controles previos en Bolivia sin hallazgos patológicos. Al nacimiento Apgar 8-9, con hallazgo de macrocefalia, punción lumbar (PL) compatible con etiología infecciosa y serología positiva para *Toxoplasma*. Inicia tratamiento con Pirimetamina más Ácido Fólico, añadiendo posteriormente Sulfadiazina. Dentro del estudio multisistémico destaca hidranencefalia severa, ventriculomegalia y calcificaciones en parénquima, desprendimiento total de retina izquierda y parcial a derecha sin coriorretinitis. Se instala válvula de derivación ventrículo-peritoneal con adecuada evolución. Control de PL con tendencia a la normalidad y hemogramas con evidencia de anemia progresiva con buena respuesta a Sulfato Ferroso en dosis terapéutica. En vista de estudio completo se decide alta médica a los 55 días de vida manteniendo terapia farmacológica ambulatoria, imposibilitada por pérdida de seguimiento del paciente.

Discusión y Conclusiones

El caso destaca la importancia del tamizaje serológico en gestantes seronegativas y la necesidad de implementar políticas públicas preventivas en contextos de riesgo para así y junto a la ecografía, hacer un diagnóstico antenatal precoz e iniciar de forma oportuna el tratamiento y mitigar el daño multisistémico. Por otro lado, se enfatiza la necesidad de enfoque multidisciplinario y seguimiento a largo plazo para evaluar y manejar adecuadamente las secuelas. Considerar como diagnóstico diferencial la TC es fundamental para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

Referencias

1. Shiferaw BW, Andrew WR. Toxoplasma gondii: deeper understanding of epidemiology, virulence and pathophysiology enhances diagnosis and informs vaccine design. *Journal of Infectious Diseases and Immunity*. 2021;13(1):7–19. doi:10.5897/jidi2020.0206.
2. Covarrubias N, Vera DB, Hurtado C. Seroprevalencia de toxoplasma gondii en un hospital universitario en Chile. *Revista chilena de infectología*. 2020;37(6):784–7. doi:10.4067/s0716-10182020000600784.
3. Dubey JP, Murata FH, Cerqueira-Cézar CK, Kwok OC, Villena I. Congenital toxoplasmosis in humans: an update of worldwide rate of congenital infections. *Parasitology*. 2021;148(12):1406–16. doi:10.1017/s0031182021001013
4. Díaz L, Zambrano B, Chacón G, Rocha A, Díaz S. Toxoplasmosis y embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2010;70(3):190–205.
5. Baquero-Artigao F, Del Castillo MF, Fuentes CI, Goncé MA, Fortuny GC, De la Calle FM, et al. Guía de la sociedad española de infectología pediátrica para el diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis congénita. *Anales de Pediatría*. 2013;79(2):116.e1-116.e16. doi:10.1016/j.anpedi.2012.12.001
6. Peyron F, Garweg JG, Wallon M, et al. Management of congenital toxoplasmosis. *Curr Opin Infect Dis*. 2019;32(3):208–18.
7. Petersen E, Meroni V, Vasconcelos-Santos D, Mandelbrot L, Peyron F. Congenital toxoplasmosis: should we still care about screening? *Food and Waterborne Parasitology*. 2022;27:e00162
8. Fernández N, Torres M. Tamizaje de toxoplasma gondii en mujeres embarazadas. ¿es necesaria una estrategia nacional? *Revista chilena de infectología*. 2025;42(1):27–35. doi: 10.4067/s0716-10182025000100107.
9. Espinoza-Rojas J, López-Mora E, Dabanch-Peña J, Cruz-Choappa R. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la infección por toxoplasma gondii. *Revista Chilena de Infectología*. 2022;39(2):132–137. doi: 10.4067/S0716-10182022000200132. Ahmed M, Sood A, Gupta J. Toxoplasmosis in pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;255:44–50. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.003.
10. Ahmed M, Sood A, Gupta J. Toxoplasmosis in pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;255:44–50. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.10.003.

MIOCARDIOPATIA PERIPARTO: UNA PATOLOGIA INFRECLENTE PERO CRITICA EN LA MUJER POSTPARTO.

E. Pinto, S. Bustos, A. Toro, C. Schaub, C. González, V. Calcutta

Introducción

La miocardiopatía periparto (MPP) constituye una patología infrecuente pero grave, con una incidencia del 0.025 a 0.1% del total de nacimientos, caracterizada por disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, y se manifiesta como insuficiencia cardíaca. Ocurre durante el último mes de gestación o en los cinco meses posteriores al parto, en mujeres sin enfermedad cardíaca previa.

Caso

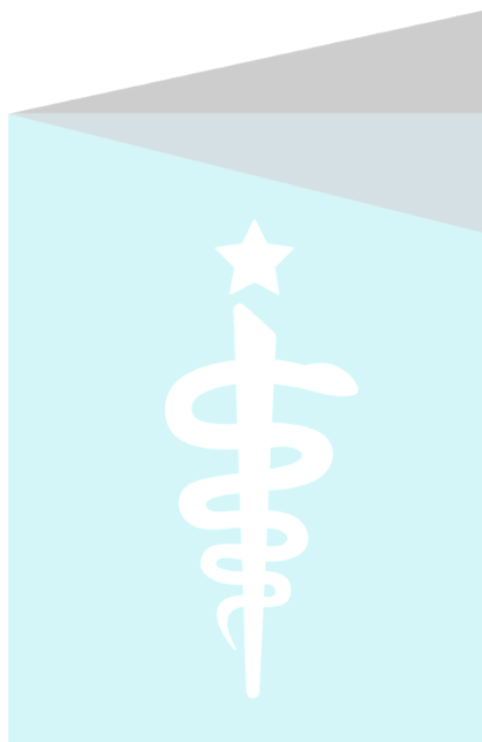
Paciente femenina de 32 años, primípara, puérpera de parto vaginal de término, con disnea desde la última semana de embarazo, sin antecedentes familiares ni personales de cardiopatía, quien 7 días postparto ingresó a pabellón por dehiscencia de episiorrafia. En el postoperatorio, evolucionó con disnea súbita grave con requerimientos de ventilación mecánica invasiva (VMI) y cuidados en unidad de paciente crítico. Se descartó tromboembolismo pulmonar con angiotomografía de tórax, laboratorio excluyó infección y electrocardiograma sin signos de isquemia. El ecocardiograma transtorácico mostró ventrículo izquierdo severamente dilatado, función sistólica global moderadamente disminuida, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 34%. Se sospechó miocardiopatía asociada al embarazo. Se complementó estudio con resonancia nuclear magnética (RNM) miocárdica que evidenció miocardiopatía dilatada de aspecto no isquémico. Se inició terapia farmacológica anti-hipertensiva, con buena respuesta, logrando destete de VMI; decidiendo alta hospitalaria con indicación de terapia farmacológica para insuficiencia cardíaca con FEVI reducida y seguimiento por cardiología.

Discusión y Conclusiones

La MPP es una forma rara pero grave de insuficiencia cardíaca en mujeres previamente sanas en el periodo final del embarazo y puerperio inmediato. Su diagnóstico es de exclusión, requiriendo un estudio exhaustivo para descartar otras etiologías. Los hallazgos ecocardiográficos y de RNM fueron claves para el diagnóstico de MPP. Es crucial considerar la MPP en el diagnóstico diferencial ante la aparición de síntomas de insuficiencia cardíaca en mujeres durante el periparto. La respuesta favorable al tratamiento refuerza la importancia de un manejo temprano y dirigido, siendo fundamental el seguimiento ambulatorio cardiológico.

Referencias

1. Bala R, Mehta S, Roy VC, Kaur G, de Marvao A. Peripartum cardiomyopathy: a review. *Rev Port Cardiol.* 2023;42(11):917–24. doi:10.1016/j.repc.2023.01.029.
2. Bauersachs J, König T, van der Meer P, van Veldhuisen DJ, Villanueva P, Parodi G, et al. Pathophysiology, diagnosis and management of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on Peripartum Cardiomyopathy. *Eur Heart J.* 2019;40(7):621–629. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy732>
3. Bachler N, Contreras A, Polma C. Caso clínico miocardiopatía dilatada periparto. *Rev chilena de Anestesia.* 2022; 51(6): 766-768.



TUMOR BUSCHKE LOWENSTEIN: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UN CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE

A. Rojas, H. Cohen, M. Chávez, C. Jaure

Introducción

El tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) o condiloma acuminado gigante benigno, es una neoplasia de transmisión sexual causada por el virus del papiloma humano (VPH), predominando los genotipos 6 y 11. Afecta principalmente el área anogenital, presentando lesiones gran tamaño, usualmente más de 10 cm, con crecimiento exofítico, comportamiento localmente agresivo, alta tasa de recurrencia y potencial de transformación maligna, por lo que el tratamiento de elección es quirúrgico. Es una entidad infrecuente con una incidencia de 0,1% en la población, afectando predominantemente a hombres inmunocomprometidos.

Caso

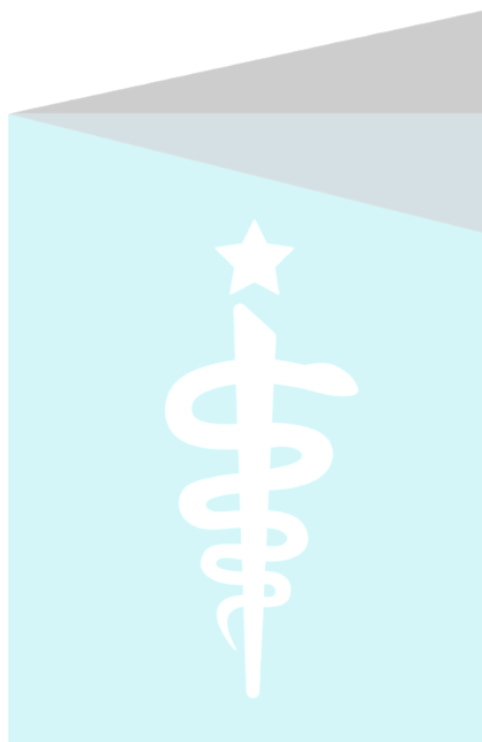
Paciente masculino de 58 años, portador de VIH en Terapia antirretroviral con carga indetectable, usuario activo de cocaína. Derivado desde atención primaria por gran tumor anal de 2 años de evolución. Refiere crecimiento lento y dolor local. Al examen físico destaca presencia de tumor sólido ulcerado en glúteo de 8 x 6 cm, asociado a múltiples lesiones condilomatosas de 15 x 5 cm en región perianal, con secreción seropurulenta moderada. Los estudios de imágenes descartaron invasión del esfínter anal o estructuras adyacentes. Se realizó resección quirúrgica completa y toma de biopsia intraoperatoria, cuyo estudio histológico confirmó el diagnóstico de TBL. El paciente evolucionó favorablemente con curaciones irrigadas diarias para lograr cierre por segunda intención y antibioterapia endovenosa, completando manejo en hospital de menor complejidad con seguimiento ambulatorio por cirugía.

Discusión y Conclusiones

El TBL es una enfermedad rara, que afecta de forma importante la calidad de vida del paciente, es agresiva localmente, con tendencia a la recurrencia, por lo que la promoción de estrategias preventivas como vacunación contra VPH es fundamental. Es importante saber reconocer esta patología al observar un gran tumor anal con forma de coliflor asociado a factores de riesgo como infección por VPH e inmunosupresión, para derivarlo de forma oportuna para resolución quirúrgica y evitar su potencial malignización.

Referencias

1. Tripoli M. Giant condylomata (Buschke-Löwenstein tumours): our case load in surgical treatment and review of the current therapies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012 Jun;16(6):747–51.
2. Boda D, Cutoiu A, Bratu D, Bejinariu N, Crutescu R. Buschke-Löwenstein tumors: A series of 7 case reports. *Exp Ther Med.* 2022 Jun;23(6):393. doi: 10.3892/etm.2022.11320. Epub 2022 Apr 13. PMID: 35495587; PMCID: PMC9047027.
3. Spînu D, Rădulescu A, Bratu O, Checheriță IA, Ranetti AE, Mischianu D. Giant condyloma acuminatum – Buschke-Löwenstein disease



METÁSTASIS CEREBRAL FRONTAL DE MELANOMA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: UNA INTERSECCIÓN POCO FRECUENTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

S. Escudero, A. Riebel, M. Vásquez

Introducción

El síndrome de Rendu-Osler-Weber, es una enfermedad genética rara, de incidencia en la población general 1-2/100.000, de herencia autosómica dominante que afecta principalmente a los capilares y venas, causando formaciones vasculares anómalas que tienden a sangrar fácilmente. Con el tiempo, estas lesiones evolucionan formando fístulas arteriovenosas que originan complicaciones neurológicas como la presentada a continuación.

Caso

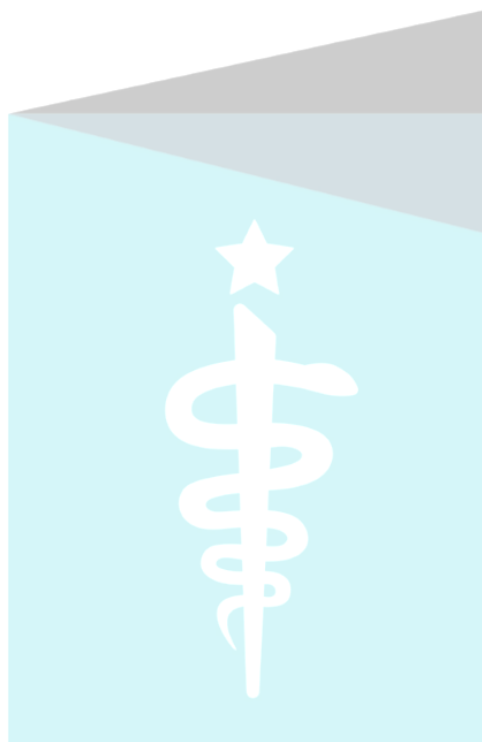
Paciente femenina de 32 años con antecedente de Rendu-Osler-Weber consulta por compromiso de conciencia de 2 días de evolución asociado a caída a nivel hace 2 semanas. Al ingreso en regulares condiciones generales, Glasgow 14. Se solicita TC de cerebro s/c que evidencia lesión extensa hemorrágica con edema vasogénico en lóbulo frontal derecho. Impresiona como primera posibilidad diagnóstica tumor primario de sistema nervioso central (SNC). En RNM de cerebro c/c que evidencia lesión sólido quística polilobulada de 64x39x135mm frontal derecha con significativo efecto de masa. Se realizó resección tumoral sin incidentes y se envía a biopsia. En su postoperatorio evoluciona favorablemente con mejora de atención y sin focalidad motora. Biopsia diferida informa melanoma maligno (MM) por lo que se presenta a comité oncológico donde se decide manejo con inmunoterapia y radioterapia. En controles posteriores con RNM de cerebro sin evidencia de remanente ni recidiva. Actualmente en seguimiento por oncología, con diagnóstico de melanoma etapa IV operado, con primario en estudio manteniéndose en tratamiento con Pembrolizumab.

Discusión y Conclusiones

El MM es uno de los tumores con mayor capacidad de metastatizar al SNC, particularmente al parénquima cerebral, y frecuentemente con patrón hemorrágico, como se observó en esta paciente. Lo atípico del cuadro fue que el melanoma se presentó sin diagnóstico previo de lesión primaria cutánea o mucosa evidente, siendo la manifestación neurológica la primera señal de diseminación sistémica. La metástasis cerebral como primera manifestación de melanoma maligno representa un reto diagnóstico, especialmente en ausencia de un tumor primario conocido.

Referencias

1. Juares AJC, Dell'Aringa AR, Nardi JC, Kobari K, Rodrigues VLMGM, Perches Filho RM. Síndrome de Rendu-Osler-Weber: relato de caso e revisão de literatura. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2008.
2. Kluger N, Riviére S, Coupier I, Didier Bessis, Guillot B. Association of hereditary haemorrhagic telangiectasia (Rendu–Osler–Weber syndrome) and malignant melanoma in two patients. Melanoma Research. 2007 May 10.
3. Felipe, Nercolini E, Flávia S, do, Henrique GD, Gabrielle, et al. Rendu-Osler-Weber syndrome: a case report. Ebscocom. 2022 Jul 2.
4. Kircher D, Silvis M, Cho J, Holmen S. Melanoma Brain Metastasis: Mechanisms, Models, and Medicine. International Journal of Molecular Sciences. 2016 Sep 2.



REPORTE DE CASO CLÍNICO: LINFADENITIS TUBERCULOSA NECROSANTE ASOCIADA A VIH COMPLICADA CON UNA TROMBOSIS EN VENA YUGULAR INTERNA

J. Fica, V. Carrasco, C. Córdova, C. Escalona, C. Saldías, N. Inostroza

Introducción

La tuberculosis (TB) es la enfermedad transmisible más prevalente a nivel mundial, con 8,8 millones de casos y 1,45 millones de muertes anuales⁽¹⁾. Su impacto aumenta en regiones con alta coinfección por VIH, como África y Asia. En Chile, la coinfección TB/VIH en población migrante ha aumentado del 13,8% en 2013 al 45% en 2018⁽²⁾. Aunque la presentación pulmonar es la más común, la tuberculosis extrapulmonar también es relevante, se vuelve extremadamente infrecuente, cuando se presenta esta asociación de coinfección con VIH, complicándose con una trombosis en vena yugular interna (VYI). Por último, en cabeza y cuello, la linfadenitis cervical representa el 5% de los cuadros linfadenopáticos, afectando principalmente el triángulo posterior, región supraclavicular y vena yugular interna⁽³⁾.

Caso

Hombre haitiano de 38 años, sin antecedentes, consulta por aparición de masa cervical derecha de un mes de evolución, dimensiones 10 × 8 cm, blanda, lobulada e indolora, asociada a pérdida de peso, diaforesis nocturna y sensación febril. Se hospitaliza tras hallazgos de linfopenia y se inician estudios para TB e ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), además de tomografía de Cabeza y Cuello. La imagen muestra adenopatías necróticas bilaterales, trombosis de la VYI derecha y hallazgos pulmonares sugestivos de TB. Se confirma tuberculosis y se inicia tratamiento, ante test VIH positivo, se difiere inicio de antirretrovirales para evitar síndrome de reconstitución inmune. El paciente está en espera de biopsia ganglionar.

Discusión y Conclusiones

Este caso muestra una forma atípica de TB extrapulmonar con coinfección VIH en contexto migratorio. La linfadenitis de gran tamaño y con trombosis venosa requiere un diagnóstico integral para descartar linfoma y otros diagnósticos diferenciales. El tratamiento debe ser cuidadosamente planificado. Es clave un enfoque multidisciplinario que garantice diagnóstico precoz, acceso a tratamiento y seguimiento oportuno en poblaciones vulnerables para reducir complicaciones y contagios.

Referencias

1. Zenebe Y, Adem Y, Tulu B, Mekonnen D, Derbie A, Mekonnen Z, et al. Tuberculosis Lymphadenitis and Human Immunodeficiency Virus Co-infections among Lymphadenitis Patients in Northwest Ethiopia. Ethiopian Journal Of Health Sciences [Internet]. 1 de mayo de 2021;31(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8365488>. CHECK
2. Olmos Claudio, Stuardo Valeria, Ramonda Paulina, Peña Carlos. Evolución de la coinfección por TB/VIH en la Región Metropolitana de Chile, 2005 a 2018. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 Mayo [citado 2025 Jul 25] ; 148(5): 618-625. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000500618&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000500618>. check
3. Hernández-Solis Alejandro, Quintana-Martínez Andrea, Quintanar-Ramírez M. Inés, Álvarez-Maldonado Pablo, Reding-Bernal Arturo. Tuberculosis extrapulmonar: un problema de salud pública. Cir. cir. [revista en Internet]. 2023 Feb [citado 2025 Jul 25] ; 91(1): 131-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2023000100131&lng=es. Epub 16-Mayo-2023. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000688>.



A PROPÓSITO DE UN CASO ATÍPICO DE EPIGLOTITIS AGUDA: LA IMPORTANCIA DE UNA SOSPECHA CLÍNICA OPORTUNA

S. Fuenzalida, T. González, L. Grandón, N. Gutierrez

Introducción

La epiglotitis es una inflamación supraglótica aguda, de rápida progresión y potencialmente mortal. Su incidencia es baja (1.8–2 casos por cada 100,000 habitantes), con una mortalidad cercana al 2%. Las causas incluyen agentes infecciosos, especialmente *Haemophilus influenzae* tipo b —cuya frecuencia ha disminuido con la vacunación—, y no infecciosas, como traumatismos, edema angioneurótico o leucemias agudas. Dado su espectro clínico variable, el diagnóstico puede representar un desafío, especialmente en servicios de atención primaria o de menor complejidad.

Caso

Paciente femenina derivada al Hospital Base Valdivia por odinofagia intensa, disfagia, disfonía y disnea de tres días de evolución, tras ingesta de alimento sólido. Presentaba fiebre hasta 39 °C, taquicardia, desviación de la úvula y sialorrea, sin estridor. Exámenes mostraron leucocitosis (30.000/ μ L) y PCR elevada (20 mg/dL). Se realizó tomografía computarizada cervical con contraste, que evidenció edema inflamatorio de la epiglotis sin colecciones. Nasofibrolaringoscopia confirmó inflamación focal, sin obstrucción crítica. Se hospitalizó con régimen de dieta líquida fría, corticoides intravenosos y antibióticos (ceftriaxona más clindamicina). La paciente evolucionó favorablemente, con resolución clínica y normalización endoscópica. Fue dado de alta tras cinco días de tratamiento.

Discusión y Conclusiones

La epiglotitis suele presentarse con odinofagia, fiebre, sialorrea y disnea. Sin embargo, en algunos casos —como el descrito— puede manifestarse de forma atípica, lo que dificulta su diagnóstico. Las “4 D” (Disfagia, Disfonía, Disnea, Drooling) pueden orientar clínicamente. En ausencia de otorrinolaringólogo, la tomografía es una herramienta útil. El tratamiento se basa en antibióticos y corticoides intravenosos, considerando intubación, si hay compromiso de la vía aérea. En conclusión, este caso destaca la necesidad de considerar la epiglotitis como diagnóstico diferencial en cuadros inflamatorios de vía aérea superior. El reconocimiento precoz, la derivación oportuna y el inicio de terapia son fundamentales para disminuir la morbilidad, dado el riesgo vital que implica un manejo tardío o inadecuado.

Referencias

1. Gunchenko M, Abboud M, Risler ZW, Gibbons RC. Acute Epiglottitis Secondary to the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: A Case Report. Clinical Practice And Cases In Emergency Medicine [Internet]. 14 de agosto de 2023;7(3). Disponible en: <https://doi.org/10.5811/cpcem.1581>
2. Nayak J, Weinberg G. Epiglottitis. En: Mandell, Douglas y Bennett Enfermedades Infecciosas Principios y Práctica. 8.a ed. 2016. p. 812-5.
3. López R, Pérez M. Epiglottitis aguda del adulto, entidad todavía no erradicada y potencialmente mortal. Revista Electrónica AnestesiaR [Internet]. 1 de enero de 1970;11(3):1. Disponible en: <https://doi.org/10.30445/rear.v11i3.729>
4. Abdallah C. Acute epiglottitis: Trends, diagnosis and management. Saudi Journal Of Anaesthesia [Internet]. 1 de enero de 2012;6(3):279. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/1658-354x.101222>
5. Diéguez IKI, Sarriegi AU, Madorrán JMH. Epiglottitis: una urgencia. Signo del pulgar. Atención Primaria [Internet]. 9 de mayo de 2022;54(7):102360. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102360>



APENDICITIS NEONATAL PERFORADA EN CONTEXTO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Rojas, H. Cohen, M. Chavéz, C. Jaure

Introducción

La apendicitis aguda neonatal es una patología extremadamente rara, con pocos reportes en los últimos 30 años. Se estima que su incidencia es del 0,04%. Tanto la clínica como las imágenes son inespecíficas, por lo que la mayoría de los diagnósticos se realizan durante el procedimiento quirúrgico. Esta condición puede presentarse de manera aislada o en el contexto de otras entidades, como la enterocolitis necrotizante. La mortalidad asociada es muy alta, en gran parte debido a la naturaleza poco orientadora del cuadro clínico, siendo el síntoma más frecuente la distensión abdominal, que se presenta en el 75% de los casos

Caso

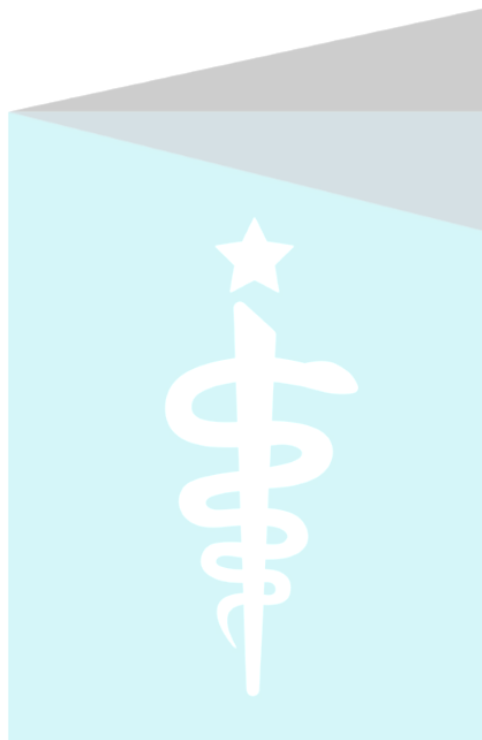
Paciente masculino prematuro de 31 semanas, con antecedente de cesárea de urgencia por Síndrome de HELLP y asfixia neonatal, presenta a los 19 días de vida distensión abdominal y deposiciones con estrías de sangre por lo que acude a urgencias. Se realiza radiografía de abdomen que evidencia gran distensión de asas y neumatosis en flanco derecho, diagnosticando Enterocolitis necrotizante. Se mantiene en observación con tratamiento médico. En el laboratorio de control se evidencia anemia, leucocitosis, lactato elevado y PCR elevada. Evoluciona desfavorablemente, requiriendo reanimación y drogas vasoactivas. Se decide realizar laparotomía exploradora, en el intraoperatorio se evidencia apéndice retrocecal gangrenado perforado, con líquido libre. Posteriormente ingresa a UCI y debido a buena evolución clínica, se decide alta médica con seguimiento y controles.

Discusión y Conclusiones

La apendicitis neonatal es una patología poco común en neonatos y su diagnóstico puede ser un desafío debido a la falta de signos y síntomas. Es importante considerarla como diagnóstico diferencial ante cuadros abdominales agudos en periodo neonatal, con el fin de diagnosticar tempranamente y evitar complicaciones graves, como perforación y peritonitis, para así mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad asociada.

Referencias

1. Bence CM, Densmore JC. Neonatal and infant appendicitis. *Clin Perinatol*. 2020 Mar;47(1):183–96. doi:10.1016/j.clp.2019.10.004. PMID: 32000925.
2. Ivanova E, Garunkštienė R, Liubšys A. Appendicitis in a newborn: case report and review of the literature. *Acta Med Litu*. 2022;29(1):131–5. doi:10.15388/Amed.2021.29.1.3. PMID: 36061939; PMCID: PMC9428639.
3. Carrillo Arroyo I, Rodríguez de Alarcón García J, Palomar Ramos J, Ávila Ramírez LF, Domínguez Amillo EE, Soto Beauregard C. Neonatal appendicitis: how many sides does this coin have? Apendicitis neonatal, ¿cuántas caras tiene esta moneda? *Cir Pediatr*. 2021 Jul 1;34(3):143-146.



HEMOPERITONEO POSTQUIRÚRGICO SECUNDARIO A LACERACIÓN ESPLÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Neira, M. Grant, N. Belmar, F. Apablaza

Introducción

El hemoperitoneo postoperatorio es una complicación quirúrgica potencialmente letal. En cirugías colorrectales complejas, el riesgo de sangrado aumenta, especialmente en pacientes oncológicos y con comorbilidades.

Caso

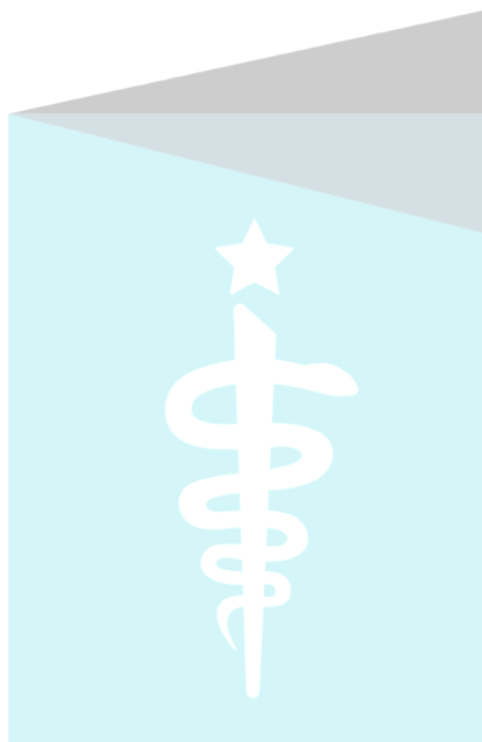
Paciente masculino de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia. En 2022 se diagnostican tumores sincrónicos de recto y ciego (etapa III), manejados con quimiorradioterapia y hemicolectomía derecha en 2023. En 2024 completa radioterapia rectal y se planifica resección anterior baja con ileostomía. El 28 de marzo de 2025 ingresa a cirugía. Por pelvis extremadamente estrecha, no fue posible realizar anastomosis segura ni pull through transanal, decidiendo la operación de Hartmann. En el postoperatorio inmediato presenta taquicardia y aumento progresivo de débito hemático por drenaje. El 29 de marzo se realiza laparotomía exploradora urgente: se identifica hemoperitoneo de 1000 cc y laceración esplénica capsular de 3 cm con sangrado activo. Se efectúa esplenectomía, nueva colostomía y hemostasia con drenajes abdominales.

Discusión y Conclusiones

La laceración esplénica es una complicación poco frecuente asociada a la movilización del ángulo esplénico en cirugías difíciles. La esplenectomía resolvió el sangrado, pero expuso al paciente a riesgo infeccioso posterior. El postoperatorio se complicó con bacteremia por *Enterococcus faecalis*, hipernatremia, delirium e íleo prolongado. Gracias al manejo intensivo y multidisciplinario, el paciente evolucionó favorablemente. Este caso subraya la importancia de reconocer precozmente el sangrado postoperatorio, intervenir quirúrgicamente sin demora y planificar cuidadosamente en anatomías complejas. El manejo multidisciplinario fue clave para la recuperación del paciente.

Referencias

1. Zheng-Pywell R, Chu DI. Complicaciones posoperatorias. In: Doherty GM, editor. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 15th ed. New York: McGraw Hill; 2021.
2. Tasu J-P, Vesselle G, Herpe G, Ferrie J-C, Chan P, Boucebci S, et al. Postoperative abdominal bleeding. Diagn Interv Imaging [Internet]. 2015;96(7-8):823-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2015.03.013>
3. Masoomi H, Carmichael JC, Mills S, Ketana N, Dolich MO, Stamos MJ. Factores predictivos de lesión esplénica en cirugía colorrectal: datos de la muestra nacional de pacientes hospitalizados, 2006-2008. Arch Surg. 2012;147(4):324-9. doi:10.1001/archsurg.2011.1010



SHU V/S TROMBOCITOPENIA INMUNE, PRESENTACIÓN AMBIGUA A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ulloa, S. Maser, L. Meriño, M. Garcés, C. Cares, C. Sauterel

Introducción

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una microangiopatía caracterizada por anemia hemolítica, trombocitopenia y falla renal, común en niños tras infecciones por E. Coli Enterohemorrágica, con una tasa de prevalencia anual de 0.66 por 100.000 personas. La trombocitopenia inmune es una enfermedad autoinmune que causa destrucción plaquetaria, más frecuente en mujeres jóvenes y niños tras infecciones virales, con una prevalencia anual de 4,2 por 100.000 personas al año en edad pediátrica

Caso

Lactante mayor sin antecedentes mórbidos consulta por disentería, en buen estado de hidratación y sin otros síntomas. En laboratorio inicial se observan plaquetas en 73.000 y Hb 10,8. Se indica manejo sintomático y control en 48 h. Acude a control refiriendo deposiciones normales desde primera atención. Nuevos exámenes muestran Hb 12,2, plaquetas 8.000, Creatinina sérica 0.39 y BUN 14. Sin signos hemorrágicos según la madre. Se decide hospitalizar en UTI pediátrica por trombocitopenia severa, bajo hipótesis diagnósticas de: Síndrome Hemolítico Uremico vs Trombocitopenia inmune, y se administra Gammaglobulina 1 g/kg en 24h, por dos dosis. Se controlan laboratorio en 48 horas: plaquetas 54.000. Se indica alta con control ambulatorio en Policlínico de Hematología. Consulta en Policlínico en buen estado general, sin sangrados, con petequias desde hace 4 días previos. Hemograma control muestra plaquetas 10.000. Se inicia Prednisona 20 mg c/12 h con control de hemograma en 48 hrs. En nuevo control presenta plaquetas 14.000 y se decide hospitalización en UTI pediátrica para administración de Flebograma, dada la persistencia de trombocitopenia severa.

Discusión y Conclusiones

Esta situación planteó un desafío diagnóstico relevante, ya que llevó a considerar dos entidades de manejo y pronóstico muy diferentes: el síndrome hemolítico urémico (SHU) con una presentación atípica sin daño renal agudo y la Trombocitopenia inmune.

Referencias

1. Michael M, Bagga A, Sartain SE, Smith RJH. Haemolytic-uraemic syndrome. *Lancet* [Internet]. 1968;2(7562):271–2. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(22\)01202-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(22)01202-8)
2. George, James N., and Carla M. Nester. "Syndromes of Thrombotic Microangiopathy." *New England Journal of Medicine*, vol. 371, no. 7, 14 Aug. 2014, pp. 654–666. <https://doi.org/10.1056/nejmra1312353>
3. Cooper, Nichola, and Waleed Ghanima. "Immune Thrombocytopenia." *New England Journal of Medicine*, vol. 381, no. 10, 5 Sept. 2019, pp. 945–955. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1810479>
4. Aldharman SS, Almutairi SM, Alharbi AA, Alyousef MA, Alzankrany KH, Althagafi MK, et al. The prevalence and incidence of hemolytic uremic syndrome: A systematic review. *Cureus* [Internet]. 2023;15(5):e39347. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.39347>
5. Yong M, Schoonen WM, Li L, Kanas G, Coalson J, Mowat F, et al. Epidemiology of paediatric immune thrombocytopenia in the General Practice Research Database: Paediatric ITP in the GPRD. *Br J Haematol* [Internet]. 2010;149(6):855–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2141.2010.08176.x>



RABDOMIÓLISIS RECURRENTE, SEPSIS Y FALLA MULTIORGÁNICA EN PACIENTE CON BARRERA IDIOMÁTICA MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE UNA LESIÓN GÁSTRICA TIPO BORMANN II

F. Bahamonde, V. Cáceres, J. Castro, F. Molina, K. Soto

Introducción

La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por necrosis muscular y liberación de componentes intracelulares al torrente sanguíneo, con riesgo de complicaciones graves como insuficiencia renal aguda, alteraciones electrolíticas y falla multiorgánica. Si bien suele asociarse a traumatismos, ejercicio intenso o fármacos, existen causas menos frecuentes como sepsis, inmovilización o trastornos endocrinos. Su recurrencia en pacientes críticos sin etiología clara representa un desafío diagnóstico, especialmente si existen barreras comunicacionales. Presentamos el caso de un paciente con múltiples episodios de rabdomiólisis en el contexto de una lesión gástrica obstructiva tipo Bormann II.

Caso

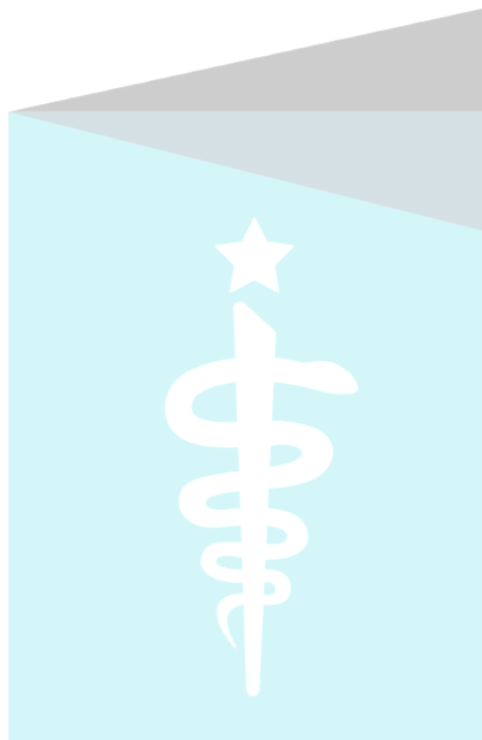
Paciente haitiano de 40 años, sin antecedentes médicos conocidos, consulta por emesis intensa, dolor epigástrico y compromiso sensitivo. Al ingreso presenta agitación y taquicardia, tratada como crisis ansiosa. Se solicita ECG y laboratorios que muestran supradesnivel del ST, acidosis láctica severa y CK elevada (9381 U/L), por lo que ingresa a UTI con insuficiencia renal aguda, respondiendo a fluidoterapia. TAC revela pneumatosis portal y signos de úlcera gástrica perforada; en cirugía exploratoria no se objetiva perforación. Evoluciona con sepsis, disfunción hepatorenal, acidosis metabólica y nuevas alzas de CK (hasta 4184 U/L). Se administran antibióticos y permanece varios meses en UCI, con episodios recurrentes de rabdomiólisis y sepsis. Al mejorar, se realiza endoscopia que muestra lesión tipo Bormann II con obstrucción pilórica.

Discusión y Conclusiones

La combinación de vómitos persistentes, hipovolemia, hipokalemia y sepsis sugiere un entorno fisiopatológico propicio para rabdomiólisis. El síndrome pilórico explicado por la lesión gástrica podría ser el desencadenante central del cuadro, generando alteraciones hidroelectrolíticas crónicas. El caso evidencia además cómo las barreras idiomáticas dificultan el diagnóstico y manejo oportuno en pacientes migrantes. La evolución tórpida también plantea como diagnóstico diferencial una necrosis tubular aguda como causa o cofactor de la injuria renal.

Referencias

1. Baeza-Trinidad R. Rhabdomyolysis: A syndrome to be considered. *Med Clin (Engl Ed)* [Internet]. 2022;158(6):277–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2021.09.010>
2. Stanley MM, Chippa V, Aeddula NR, Quintanilla Rodriguez BS, Adigun R. Rhabdomyolysis [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 16 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507818/>
3. Santamarina MG, Zambón D, Reisin RC. Rabdomiólisis metabólica: actualización. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2018 [citado 2025 jul 13];29(6):700–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-rabdomiolsis-metabolica-actualizacion-S0716864018301044>



RESPUESTA FAVORABLE A INFLIXIMAB EN PIODERMA GANGRENOSO ULCERATIVO ASOCIADO A ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO REFRACTARIO A TERAPIA.

M. Arriagada, S. Pino, G. Dottis, J. Núñez, P. Bello

Introducción

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica infrecuente, caracterizada por úlceras cutáneas dolorosas, de evolución rápida y fenómeno de patergia. Más del 50 % de los PG se asocia a enfermedades sistémicas, como enfermedades inflamatorias intestinales, hematológicas o reumatológicas, siendo la artritis reumatoide (AR) una de las más frecuentes. El tratamiento inicial suele incluir corticoides sistémicos e inmunomoduladores. En casos refractarios, infliximab (anticuerpo monoclonal anti-TNF- α) ha demostrado tasas de respuesta clínica entre el 80 y 90 %. La evidencia en Chile está limitada a un par de casos asociados a colitis ulcerosa (CU).

Caso

Mujer de 35 años con AR seropositiva e hipertensión arterial, consultó por úlcera pretibial derecha dolorosa de dos años de evolución, que se relacionó con mordedura de araña. La biopsia cutánea fue compatible con PG ulcerativo clásico. Presentó refractariedad a múltiples inmunomoduladores: colchicina, dapsona, doxiciclina, sulfasalazina, leflunomida e hidroxiquina. Se contraindica ciclosporina por comorbilidad. Presentó infección por *Pseudomonas aeruginosa*, requiriendo hospitalización y antibioterapia intravenosa (IV). Dado el mal control clínico con terapias convencionales, se decidió iniciar infliximab 5 mg/kg IV en régimen de mantención, y se reintrodujo metotrexato como coadyuvante. Con Buena tolerancia y logrando regresión progresiva de la lesión (6×4 cm), tras cinco dosis de infliximab.

Discusión y Conclusiones

El PG asociado a AR representa un reto terapéutico cuando existe fracaso de tratamientos clásicos. Infliximab ha mostrado alta eficacia en casos refractarios, y este reporte aporta nueva evidencia nacional sobre su uso fuera del contexto intestinal. Este caso refuerza la necesidad de considerar biológicos como infliximab en PG refractario, especialmente en contextos clínicos complejos como la AR, ofreciendo una alternativa válida en países con recursos limitados y experiencia creciente en terapias biológicas.

Referencias

1. Park AN, Raj A, Bajda J, Gorantla VR. Narrative review: Pyoderma gangrenosum. *Cureus* [Internet]. 2024;16(1):e51805. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.51805>
2. George C, Deroide F, Rustin M. Pyoderma gangrenosum - a guide to diagnosis and management. *Clin Med* [Internet]. 2019;19(3):224-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-224>
3. Sawka E, Zhou A, Latour E, Friedman M, Ortega-Loayza AG. Inflammatory arthritis-associated pyoderma gangrenosum: a systematic review. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2021;40(10):3963-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10067-021-05768-7>
4. Ben Abdallah H, Fogh K, Bech R. Pyoderma gangrenosum and tumour necrosis factor alpha inhibitors: A semi-systematic review. *Int Wound J* [Internet]. 2019;16(2):511-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.13067>
5. Vieira LFDF, Almeida CLA, Souza AW, Rêgo J, Vale ES, Pegas JRP. Pioderma gangrenoso: atualização e orientação. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2022;37(4):423-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2022RBCP.671-en>
6. Ben Abdallah H, Bech R, Fogh K, Olesen AB, Vestergaard C. Comorbidities, mortality and survival in patients with pyoderma gangrenosum: a Danish nationwide registry-nested case-control study. *Br J Dermatol* [Internet]. 2021;185(6):1169-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.20474>
7. Kim YJ, Lee KH, Won CH, Chang SE, Lee MW, Choi JH, et al. Clinicopathological features and prognosis of pyoderma gangrenosum in Korea: A single centre, retrospective, observational study over 20 years. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2023;89(1):25-34. Disponible en: http://dx.doi.org/10.25259/IJDVL_968_20
8. Simian D, Quijada MI, Lubascher J, Acuña R, Quera R. Treatment of inflammatory bowel disease with infliximab: experience in 25 patients. *Rev Med Chil* [Internet]. 2013;141(9):1158-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000900008>
9. Orfaly VE, Reese AM, Friedman M, Latour E, Ortega-Loayza AG. Pyoderma gangrenosum study pilot registry: The first step to a better understanding. *Wound Repair Regen* [Internet]. 2022;30(3):334-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/wrr.13005>
10. Haddadin OM, Erickson KM, Latour E, Sisley J, Ortega-Loayza AG. Impact of delay of diagnosis of pyoderma gangrenosum on healing outcomes and health care utilization: A prospective cohort study. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2024;91(6):1274-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2024.08.038>

ENFERMEDAD RELACIONADA CON INMUNOGLOBULINA G4: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ruiz, S. Pino, G. Dottis, S. Parada, V. Valenzuela, H. Inostroza

Introducción

La enfermedad relacionada con Inmunoglobulina G4 (ER-IgG4) es una afección fibroinflamatoria sistémica e inmunomediada, que afecta múltiples órganos. Se caracteriza por presentar niveles séricos elevados de IgG4, infiltración linfoplasmocítica densa con células plasmáticas IgG4-positivas de la lesión y fibrosis estoriforme en la histología, además de responder a la corticoterapia.

Caso

Paciente masculino, 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial e insulinoresistencia, consulta por cuadro de baja de peso, disnea de esfuerzo progresiva y aumento de volumen cervical de 6 meses de evolución. Al examen físico presenta aumento de volumen zona submaxilar y murmullo pulmonar derecho disminuido. La ecotomografía cervical muestra sialoadenitis bilateral crónica y en la radiografía de tórax condensación en lóbulo inferior derecho. Se complementa con tomografía computarizada (TC) de tórax que evidencia consolidación en lóbulo medio derecho e, incidentalmente, imagen masiforme pancreática, confirmada con TC de abdomen. Presenta marcadores tumorales negativos. La biopsia pulmonar evidencia infiltrado linfoplasmocitario difuso, sin atipias, fibrosis y más de 35 células plasmáticas IgG4, compatible con ER-IgG4. En laboratorio posterior destaca hipergammaglobulinemia. Inicia tratamiento con prednisona, luego metotrexato. Presenta evolución favorable con disminución sintomática y resolución radiológica.

Discusión y Conclusiones

Se expone caso de ER-IgG4 con compromiso parotídeo, pulmonar y pancreático como diagnóstico diferencial de cuadros con compromiso multisistémico, precisando la exclusión de trastornos neoplásicos, infecciosos y autoinmunes. Mediante una evaluación integral, con hallazgos clínicos, radiológicos, de laboratorio e histopatológicos se consignó el diagnóstico, cumpliendo los criterios ACR/EULAR. La evolución favorable tras la corticoterapia y posterior inmunosupresión se condice con el pronóstico del cuadro y refuerza la hipótesis diagnóstica. La ER-IgG4, entidad subdiagnosticada, potencialmente confundible, continúa siendo un reto diagnóstico, requiriendo alto índice de sospecha. Se subraya su importancia como diagnóstico diferencial a considerar en cuadros multisistémicos, para así prevenir daños orgánicos permanentes.

Referencias

1. Muller R, Ebbo M, Habert P, Daniel L, Briantais A, Chanez P, et al. Thoracic manifestations of IgG4- related disease. *Respirology* [Internet]. 2023;28(2):120–31. doi: 10.1111/resp.14422
2. Karadeniz H, Vaglio A. IgG4-related disease: a contemporary review. *Turk J Med Sci* [Internet]. 2020;50(SI-2):1616–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3906/sag-2006-375>
2. Dragos C, Joseph C, Elwell H, Dey M, Kouranloo K. Pulmonary manifestations, treatments and outcomes of IgG4-related disease-a systematic literature review. *Rheumatol Int* [Internet]. 2024;44(10):1875–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-024-05611-7>
3. Peyronel F, Della-Torre E, Maritati F, Urban ML, Bajema I, Schleinitz N, et al. IgG4-related disease and other fibro-inflammatory conditions. *Nat Rev Rheumatol* [Internet]. 2025;21(5):275–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41584-025-01240-x>
4. Katz G, Stone JH. Clinical perspectives on IgG4-related disease and its classification. *Annu Rev Med* [Internet]. 2022;73(1):545–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-med-050219-034449>
5. Wu Q, Chang J, Chen H, Chen Y, Yang H, Fei Y, et al. Efficacy between high and medium doses of glucocorticoid therapy in remission induction of IgG4-related diseases: a preliminary randomized controlled trial. *Int J Rheum Dis* [Internet]. 2017;20(5):639–46. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13088>
6. Yoshifuji H, Umehara H. Glucocorticoids in the treatment of IgG4-related disease-Prospects for new international treatment guidelines. *Mod Rheumatol* [Internet]. 2023;33(2):252–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/mr/roac097>

ARTRITIS SÉPTICA POR MORDEDURA DE GATO, A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Valderrama, A. Águila, R. Millán, C. Moraga

Introducción

Las mordeduras de gato constituyen lesiones comunes, que pueden inocular microorganismos predominantemente *Pasteurella multocida* en hasta el 75% de los casos, generalmente afectando estructuras superficiales, en casos excepcionales debido a su profundidad, pueden causar artritis séptica como en el presente caso.

Caso

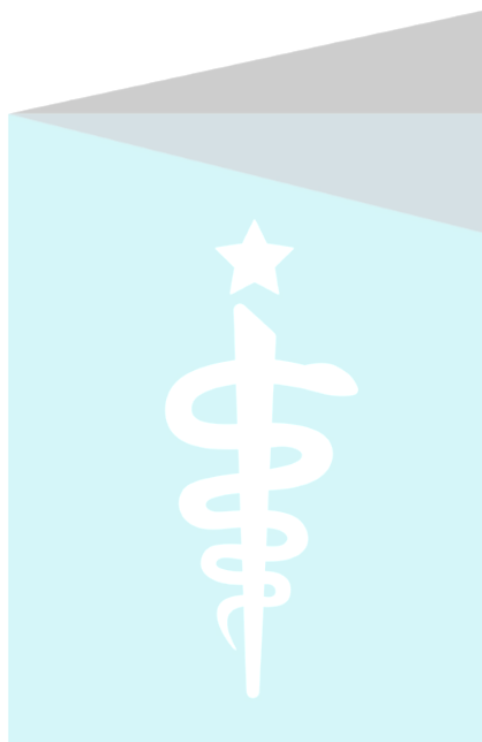
Femenino de 69 años, con único antecedente de alergia a la penicilina, consulta en urgencia por cuadro de una semana de evolución dolor en la eminencia tenar, impotencia funcional del pulgar derecho y aumento de volumen, posterior a mordedura de gato. Inicialmente se sospecha tenosinovitis séptica, por lo que se realiza resonancia magnética (RM) que informa tenosinovitis y artritis séptica del pulgar. Se realiza aseo quirúrgico, donde se constata compromiso inflamatorio de la articulación metacarpofalángica, se realiza toma de cultivos de cápsula y tejido profundo, los cuales resultan positivos para *Pasteurella multocida* por lo que se inicia ampicilina/sulbactam. Completa 13 días de tratamiento con buena evolución clínica y parámetros inflamatorios persistentemente bajos, se realiza RM de control, en la que se observan cambios degenerativos de cápsula articular sin compromiso agudo. Se realiza traslape antibiótico a amoxicilina/ácido clavulánico y se indica alta.

Discusión y Conclusiones

La Artritis séptica es una urgencia traumatológica conocida, que puede cursar con presentaciones poco frecuentes. El presente caso destaca la importancia de considerar artritis séptica como diagnóstico diferencial en caso de mordedura de gato. La mordedura de gato es una causa infrecuente de artritis séptica, sin embargo se debe considerar como diferencial.

Referencias

1. Aghababian RV, Conte JE Jr. Mammalian bite wounds. Ann Emerg Med [Internet]. 1980;9(2):79–83. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0196-0644\(80\)80335-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0196-0644(80)80335-0)
2. Arons MS, Fernando L, Polayes IM. Pasteurella multocida--the major cause of hand infections following domestic animal bites. J Hand Surg Am [Internet]. 1982;7(1):47–52. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0363-5023\(82\)80013-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0363-5023(82)80013-0)
3. Giordano A, Dincman T, Clyburn BE, Steed LL, Rockey DC. Clinical Features and Outcomes of Pasteurella multocida Infection. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2015;94(36):e1285. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000001285>



INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA MASIVA EN PACIENTE CON RESINCRONIZADOR: UNA CAUSA POCO RECONOCIDA DE FALLA CARDÍACA DERECHA

C. Escalona, N. Inostroza, C. Saldías, D. Martínez, J. Fica, M. Ulloa

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) se define como un síndrome clínico caracterizado por síntomas como disnea y fatiga, y signos como congestión, debido a anomalías estructurales o funcionales del corazón que reducen su capacidad de llenado o eyección. El manejo farmacológico incluye inhibidores de la ECA o ARA II, betabloqueadores, antagonistas de los receptores de mineralocorticoides y, más recientemente, inhibidores de SGLT2, que han demostrado reducir hospitalizaciones y mortalidad.

Caso

Paciente masculino de 62 años, con antecedentes de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC FER), portador de terapia de resincronización cardíaca con marcapasos (TRC-P) y fibrilación auricular anticoagulada, consulta en urgencias por disnea y edema en extremidades inferiores. Había tenido múltiples hospitalizaciones previas por descompensación de IC, a pesar de adherencia adecuada al tratamiento. En este caso, se identificó como causa de las recaídas una insuficiencia tricuspídea (IT) funcional masiva, evidenciada por ecocardiograma transtorácico y transesofágico, con desplazamiento del velo septal secundario a interferencia mecánica del electrodo ventricular del TRC-P. El cateterismo derecho confirmó hipertensión pulmonar postcapilar. La TRC-P es una terapia indicada en pacientes con IC FER sintomática y disincronía ventricular, ya que mejora la función cardíaca, reduce hospitalizaciones y aumenta la sobrevida. Sin embargo, una de sus complicaciones infrecuentes pero relevantes es la IT inducida por el electrodo, con una incidencia reportada entre 7 y 39%, dependiendo del método diagnóstico. Esta puede conducir a congestión venosa sistémica y empeoramiento clínico.

Discusión y Conclusiones

El paciente no era candidato quirúrgico, por lo que se ajustó tratamiento médico con la introducción de un inhibidor SGLT2 y restricción hídrica. Hubo mejoría clínica y se otorgó alta con seguimiento ambulatorio. El caso resalta la importancia de buscar causas mecánicas de IC derecha y la utilidad de las imágenes avanzadas para orientar el manejo.

Referencias

1. Talha KM, Wiviott SD, Usman MS, Vaduganathan M, Butler J, Anker SD, et al. SGLT2 inhibitors and cardiovascular outcomes in heart failure: meta-analysis of EMPEROR Reduced and DAPA-HF. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81(10):936-47.
2. doi:10.1016/j.jacc.2022.12.015.
3. Correas PB. Dispositivos de resincronización cardíaca: complicaciones habituales, incluyendo estimulación ventricular derecha inducida por el cable. *Cuadernos de Estimulación Cardíaca* [Internet]. 2013 [citado 2025 Ago 18];9(2):45-52. Disponible en: <https://secardiologia.es>
4. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2022;43(7):561-632. doi:10.1093/eurheartj/ehab395.
5. Murphy SP, Lew J, Yucel E, Singh J, Mela T. Cardiac implantable electronic device– induced tricuspid regurgitation: implications and management. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2024;35(5):1017-25. doi:10.1111/jce.16251.



CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA SECUNDARIA A CÁNCER DE PRÓSTATA, REPORTE DE CASO.

D. Scherpenisse, D. Herrera, G. Gabler

Introducción

El cáncer de próstata (CaP) es el segundo tumor maligno más frecuente en hombres adultos mundialmente. Su incidencia es menor en países con índices sociodemográficos medio-bajo, sin embargo, en estos países tiene una mayor tasa de mortalidad. Sus sitios más frecuentes de metástasis son hueso, pulmón e hígado, siendo infrecuente su compromiso de leptomeninges, lo que se denomina carcinomatosis leptomenígea (CL). La CL puede presentarse con compromiso de conciencia, cefalea, náuseas, vómitos o parálisis de pares craneales, sin embargo, suele ser asintomática. En los casos descritos por la literatura de CL, el tratamiento fue mayoritariamente paliativo, con mal pronóstico. Se presenta caso de CL con CaP como tumor primario.

Caso

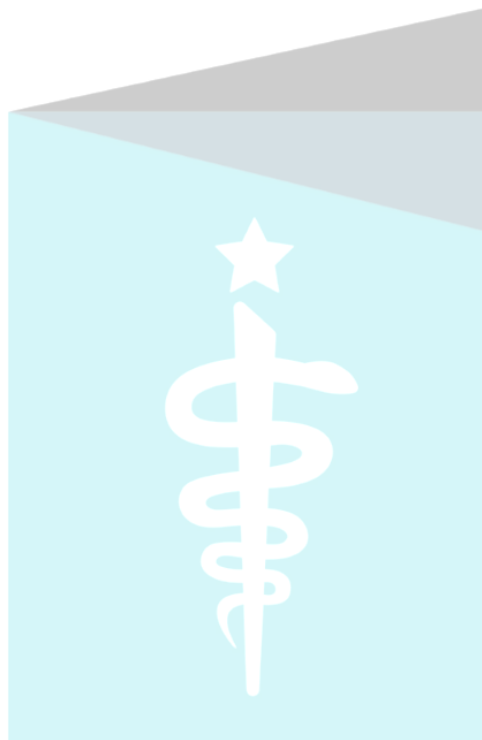
Paciente de 71 años con antecedente de CaP diagnosticado el 2013. Recibe radioterapia y hormonoterapia por 2 años, identificándose metástasis óseas el 2019. Se indica quimioterapia, sin respuesta, observándose progresión el 2023, por lo que se decide ingreso a cuidados paliativos con hormonoterapia. Paciente consulta en servicio de urgencias el 2025 por cuadro de cefalea y síntomas compatibles con parálisis incompleta del nervio oculomotor izquierdo. Angiografía por tomografía computarizada de encéfalo y cuello sin hallazgos agudos, hospitalizándose para estudio. Se realiza punción lumbar y resonancia magnética nuclear encefálica. Líquido cerebroespinal con escasa celularidad, elevadas proteínas, estudio citológico acelular, tinción y cultivos negativos. Imagen concordante con metástasis óseas craneales y en leptomeninges, con compromiso de ambos senos cavernosos, de predominio izquierdo. Se decide alta para continuar manejo en cuidados paliativos y controles de forma ambulatoria con neurología y oftalmología.

Discusión y Conclusiones

El cáncer de próstata corresponde a uno de los tumores malignos con mayor incidencia y mortalidad en hombres adultos. El compromiso de leptomeninges secundario a este cáncer es muy poco frecuente. El reporte de este caso contribuye al espectro de complicaciones dentro de esta patología.

Referencias

1. San Francisco I, Troncoso P, Zúñiga Á, Merino T. Capítulo 26 – Cáncer de próstata. Manual de Urología [Internet]. 2020; 2: Sociedad Chilena de Urología. Santiago. Available from: <https://manualurologia.cl/capitulo-26-cancer-de-prostata/>
2. Stenberg D, Shalavadi M, Syeda H, Reddy K, Saunders P. Leptomeningeal Carcinomatosis of Metastatic Primary Prostate Cancer. Case Reports in Oncology [Internet]. 2021 Jun 3; 14(2):753. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8216012/>
3. Durrani U, Rifai K, Arshad M, Paracha A, Deol E, Paracha M, et al. Leptomeningeal metastases in prostate cancer: A review of the current literature. Current Urology [Internet]. 2024 Sep 1; 18(3):159. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11337996/>



DESARROLLO SEXUAL DIFERENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Contreras, L. Toro, C. Rivas, F. Valcarce

Introducción

El término "desarrollo sexual diferente" abarca condiciones congénitas donde el desarrollo sexual cromosómico, gonadal o anatómico es atípico, afectando aproximadamente 1 de cada 1000 a 4500 nacidos vivos. Debido a la baja frecuencia de esta condición en la práctica clínica, se decide presentar el caso de un lactante de 5 meses con genitales indeterminados al nacer.

Caso

Al examen físico del recién nacido, se observaron genitales atípicos con una estructura fálica curva de 1.5 cm, pliegues labioescrotales con fusión posterior, con uretra en cara ventral y seno urogenital en base. Teste palpable a derecha, ausente a izquierda. Genitales sin hiperpigmentación. Sin antecedentes prenatales ni familiares de relevancia. El laboratorio a las 48 horas indicó: DHEAS elevado, mientras que FSH, LH, testosterona total, 17-OH-progesterona y cortisol plasmático normal. Las ecografías abdominal y renovesical no mostraron alteraciones significativas, pero la ecografía de los pliegues labioescrotales evidenció un teste descendido a la derecha y un posible teste intrapélvico izquierdo. Se solicitó un cariotipo para estudio etiológico, que reveló un mosaicismo cromosómico 46,X,idic(Y)(p11.3)/45,X.

Discusión y Conclusiones

La presencia de genitales atípicos en recién nacidos requiere descartar hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) por la posible progresión a shock y muerte, excluida en este caso. El mosaicismo 46,XY/45,X tiene un fenotipo variado, pudiendo presentarse con disgenesia gonadal mixta y diferenciación testicular incompleta. El desarrollo sexual diferente abarca un conjunto de condiciones congénitas poco frecuentes dentro de la práctica clínica, pero que requieren de un diagnóstico precoz y de un tratamiento multidisciplinario. Es esencial descartar entidades de riesgo vital y buscar la etiología para un manejo adecuado.

Referencias

1. Guerrero-Fernández J, Azcona San Julián C, Barreiro C, et al. Management guidelines for disorders/differences of sex development (DSD). *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(5):311-5.
2. Chan YM, Levitsky LL. Evaluation of the infant with atypical genital appearance (difference of sex development). UpToDate, Connor RF (Ed.), Wolters Kluwer. (Consultado el 24 de julio de 2025)
3. Cesio Ma. Eugenia, De María Manuela, Finozzi Rosa, Moraes Mario. Hiperplasia suprarrenal congénita clásica de presentación neonatal. Reporte de un caso clínico. *Arch. Pediatr. Urug*. [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 24]; 95(1): e302. Disponible en:
4. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492024000101302&lng=es)
5. [12492024000101302&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492024000101302&lng=es). Epub 01-Jun
6. <https://doi.org/10.31134/ap.95.1.9>.
7. Espinosa Reyes Tania M., Valdés Gómez Wendy, Pérez López Henry. Mosaicismo sexual. *Rev Cubana Endocrinol* [Internet]. 2019 Dic [citado 2025 Jul 24]; 30(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532019000300007&lng=es.
8. Soares H, Maia A, Campos M, Dória S, Lopes JM, Fontoura M. Clinicopathological features of 45,X/46,Xidic(Y) mosaicism and therapeutic implications: case report. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2008 Sep;126(5):297-9. Disponible en:
9. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000500012>
10. Bacino CA. Sex chromosome abnormalities. UpToDate, Connor RF (Ed.), Wolters Kluwer. (Consultado el 24 de julio de 2025)

SÍNDROME TORÁCICO AGUDO COMO COMPLICACIÓN DE CRISIS FALCIFORME: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO CRECIENTE EN CHILE

C. Ruiz, J. Soza, R. Willatt, M. Montero, A. Araya, R. García

Introducción

La anemia de células falciformes (ACF), patología cuya prevalencia está aumentando en Chile producto de la migración, impone desafíos significativos a los equipos clínicos. Es imperativo reconocer sus complicaciones agudas para disminuir la morbimortalidad. Se presenta un caso que ilustra el desarrollo de una de sus complicaciones letales: el síndrome torácico agudo

Caso

Adolescente masculino de 14 años con ACF consultó por una crisis vaso-oclusiva (CVO) con dolor óseo severo e ictericia. Ingresó con anemia hemolítica aguda (Hb 7.4 g/dL). Durante su hospitalización, su cuadro clínico se complicó con la aparición de dolor torácico y compromiso respiratorio, confirmándose mediante AngioTAC un Síndrome Torácico Agudo (STA) con evidencia de microinfartos pulmonares y derrame pleural. El estudio complementario con resonancia magnética demostró infartos óseos múltiples.

Discusión y Conclusiones

El STA es la principal causa de mortalidad en pacientes con ACF. Frecuentemente, como se sospechó en este paciente, el STA es precipitado por una crisis de dolor óseo. La fisiopatología sugiere que el infarto de la médula ósea puede provocar embolismos grasos que viajan al pulmón, iniciando un ciclo vicioso de inflamación, hipoxia y mayor falciformación local. Esta conexión es fundamental, ya que implica que todo paciente con ACF y una crisis de dolor severa debe ser considerado de alto riesgo para desarrollar STA, requiriendo una vigilancia respiratoria estricta y un bajo umbral para iniciar estudios de imagen pulmonar. Dado el cambio epidemiológico en Chile, es crucial que los equipos de salud, especialmente en urgencias y pediatría, mantengan un alto índice de sospecha de ACF y sus complicaciones. La comprensión de que una crisis de dolor puede ser el preludio de un cuadro respiratorio letal como el STA es fundamental para una monitorización proactiva y un tratamiento oportuno, elementos clave para mejorar el pronóstico de estos pacientes en nuestro país.

Referencias

1. Zúñiga C P, Martínez G C, González R LM, Rendón C DS, Rojas R N, Barriga C F, et al. [Sickle cell disease: A diagnosis to keep in mind]. *Rev Chil Pediatr.* 2018 Aug;89(4):525–9.
2. Greppi Q. Claudia, Fuentes G. María Paulina, Sotomayor F. Cristián, Verdugo L. Patricia. Enfermedad de células falciformes en una unidad de referencia de hematología pediátrica. *Andes pediátr.* [Internet]. 2022 Ago [citado 2025 Jul 24] ; 93(4): 504-510. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000400504&lng=es. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i4.3963>
3. Friend A, Settelmeyer TP, Girzadas D. Acute Chest Syndrome. [Updated 2023 Nov 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441872/>
4. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas. Enfermedad de células falciformes. Guía de práctica clínica [Internet]. Madrid: SEHOP; 2019 [citado el 24 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.sehop.org/wp-content/uploads/2019/03/Gu%C3%ADa-SEHOP-Falciforme-2019.pdf>



CASO CLÍNICO ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: DIAGNÓSTICO TARDÍO

K. Ferrada, C. Vásquez, C. Cariñanco, C. Rodríguez, F. Uarac, C. Vallejos

Introducción

La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una patología inflamatoria sistémica poco frecuente, cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos como los de Yamaguchi, previa exclusión de causas infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. A nivel global, representa entre el 5 y 10% de los casos de fiebre de origen desconocido (FOD) en adultos. En Chile, su baja prevalencia impide contar con datos epidemiológicos locales.

Caso

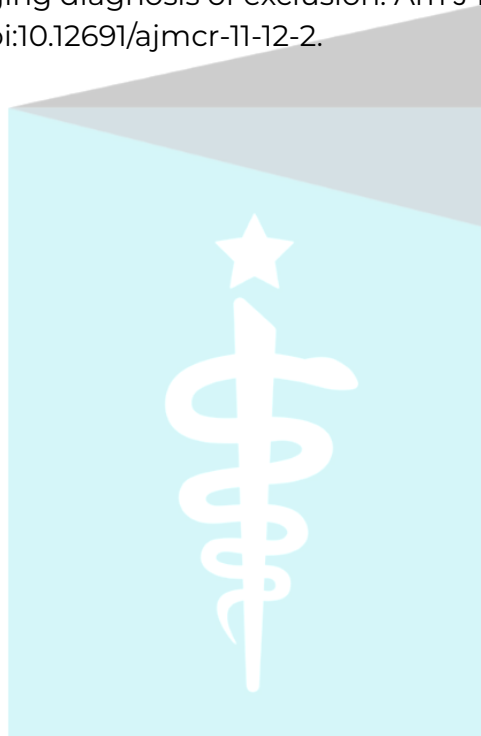
Paciente masculino de 53 años que consultó inicialmente el 12/02/24 por un exantema cutáneo generalizado de color rojizo, pruriginoso, fiebre y síntomas sistémicos, con mala respuesta a clorfenamina. Los estudios iniciales mostraron alteraciones hematológicas, hepáticas y renales, con esplenomegalia y adenopatías en imágenes. Fue hospitalizado para estudio, iniciando estudio como síndrome proliferativo, mediante biopsia de médula ósea y de ganglio linfático; descartando dicho diagnóstico. Tras persistencia de síntomas, el paciente reconsultó el 06/07/24 por artralgias severas con rigidez matinal mayor a 1 hora. Reactantes de fase aguda, incluida ferritina, elevados. Estudios negativos para patología linfoproliferativa e infecciosa orientaron el diagnóstico hacia ESA en la evaluación por reumatología. Se decidió inicio de tratamiento con corticoides (prednisona 20 mg/día), con respuesta clínica favorable. Se dio de alta y controles ambulatorios para confirmación diagnóstica. En junio 2025, presentó recaída de exantema paulatinamente, asociado posteriormente a síntomas abdominales y alteración de perfil hepático. Se realizó diagnóstico diferencial, manejándose finalmente como reactivación de ESA corticodependiente, con altas dosis de corticoides, metotrexato y ciclosporina.

Discusión y Conclusiones

La ESA continúa siendo un desafío diagnóstico, especialmente en contextos donde no se dispone de registros epidemiológicos ni sospecha clínica temprana. Este caso refleja la importancia de considerarla en cuadros febriles persistentes con manifestaciones sistémicas y articulares, destacando el valor de un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y tratamiento. El manejo adecuado puede evitar complicaciones y mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

Referencias

1. Zhang M, Wang Y, Li J, Zhou J. Adult-onset Still's disease presenting as fever of unknown origin: a single-center retrospective observational study from China. *Ann Palliat Med* 2020;9(5):2786-2792 | <http://dx.doi.org/10.21037/apm-20-268>
2. Bhargava J, Panginikkod S. Still Disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [citado 20-08-2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538345/>
3. Efthimiou P, Kontzias A, Hur P, Rodha K, Ramakrishna GS, Nakasato P. Adult-onset Still's disease in focus: Clinical manifestations, diagnosis, treatment, and unmet needs in the era of targeted therapies. *Semin Arthritis Rheum*. 2021 Aug;51(4):858-874. doi:10.1016/j.semarthrit.2021.06.004
4. Jeong SH, Shekhar N, Amin M, Nabizadeh A, Mutyala N. Adult-onset Still's disease, a challenging diagnosis of exclusion. *Am J Med Case Rep*. 2023;11(12):172-5. doi:10.12691/ajmcr-11-12-2.



GASTRECTOMÍA TOTAL EN CÁNCER GÁSTRICO CON HEMIPARESIA DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA Y DESPLAZAMIENTO VISCERAL TORÁCICO: REPORTE DE CASO

M. Dassonville, J. Castillo, C. Zamora, F. Nova, N. Ortiz, C. Rivas

Introducción

La hemiparesia diafragmática (HPD) puede alterar significativamente la anatomía intraabdominal, desplazando vísceras hacia torácico y dificultando el acceso quirúrgico. Su incidencia y prevalencia son desconocidas, sin embargo, se ha reportado mayor incidencia en cirugías cardíacas o torácicas, siendo la etiología traumática muy inusual. Estas alteraciones representan un desafío adicional en intervenciones como la gastrectomía total (GTT), comprometiendo la exposición, disección y reconstrucción, y aumentando el riesgo de complicaciones intraoperatorias.

Caso

Masculino, 70 años, con antecedente de obesidad y accidente automovilístico (2015). En seguimiento broncopulmonar desde 2019 por hernia diafragmática izquierda tipo IV y desde 2024 por síndrome de hipoventilación. En control, se pesquiza anemia severa, secundaria a hemorragia digestiva alta (HDA). Endoscopia digestiva alta (EDA) evidenció lesión gástrica ulcerada con características neoplásicas; biopsia confirmó adenocarcinoma tubular bien diferenciado (Siewert III). Tomografía computada toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) inicial y control descartaron diseminación. Tras quimioterapia neoadyuvante, se indicó resolución quirúrgica. Durante laparoscopia se evidenció HPD izquierda y ascenso completo del estómago, bazo y páncreas, requiriendo conversión a laparotomía. Equipo de Cirugía Torácica descartó necesidad de intervención inmediata. Se realizaron liberaciones anatómicas torácicas amplias, GTT con reconstrucción en Y de Roux, colecistectomía y linfadenectomía dificultosa debido a la distorsión anatómica. Evolucionó favorablemente.

Discusión y Conclusiones

Las patologías diafragmáticas (PD) suelen representar un desafío diagnóstico; los hallazgos imagenológicos pueden ser inespecíficos o imitar otras entidades, por lo que, en algunos casos, como el presentado donde un diagnóstico inicial de hernia diafragmática tipo IV se convirtió en HPD, se requiere de una evaluación quirúrgica para esclarecer la etiología subyacente. Por otro lado, la coexistencia entre PD y neoplasia gástrica proximal representa un reto quirúrgico infrecuente, pero desafiante. Este caso clínico evidencia cómo las alteraciones anatómicas diafragmáticas pueden condicionar tanto la presentación clínica como el abordaje quirúrgico de patologías digestivas altas, destacando la relevancia del manejo multidisciplinario y estudio preoperatorio riguroso.

Referencias

1. Kokatnur L, Vashisht R, Rudrappa M. Diaphragm Disorders. [Updated 2024 Jul 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470172>
2. Mahvi DA, Mahvi DM. Estómago. En: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston. Tratado de Cirugía*. 21ª ed. Barcelona: Elsevier; 2023. p. 1196–1239.
3. Deballon PO, Facy O, Cheynel N, Rat P. Tratamiento quirúrgico de las eventraciones diafragmáticas. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo* [Internet]. 2012 Aug 1;28(3):1–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1282912912626774>
4. McCool FD. Enfermedades del diafragma, la pared torácica, pleura y mediastino. En: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 26th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2020. p. 603–610.
5. Marrelli D, De Franco L, Iudici L, Polom K, Roviello F. Lymphadenectomy: state of the art. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2017;2:1. doi:10.21037/tgh.2017.01.01. PMID: 28217753; PMCID: PMC5313293.



ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: UNA LLUVIA INMUNOMEDIADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Chaparro, P. Tapia, P. Comte, L. Pout

Introducción

La encefalopatía de Hashimoto (SREAT, sigla inglesa para encefalopatía respondedora a esteroides asociada a tiroiditis autoinmune) es una encefalitis rara pero reversible con corticoterapia, con encefalopatía subaguda (convulsiones, alteraciones conductuales, alucinaciones o mioclonías), positividad de anticuerpos anti-tiroperoxidasa y anti-tiroglobulina incluso con función tiroidea preservada. Su prevalencia mundial bordea 2,1/100.000 habitantes, predominando en mujeres (5:1) de edad media. Nacionalmente sólo existen reportes aislados, dificultando su sospecha.

Caso

Paciente femenina de 52 años, sana, acude al servicio de urgencias por 2 años de temblor doloroso con atrofia y espasticidad del hemicuerpo derecho, progresivo hasta requerir asistencia en actividades básicas de la vida diaria 1 mes previo al ingreso. Fue hospitalizada y estudiada con resonancia magnética encefálica (evidenciando restricción en ribete cortical izquierdo) y electroencefalograma prolongado (con esporádica actividad epileptiforme interictal multifocal independiente en territorio frontal-frontotemporal izquierdo y frontal derecho), ecografía de tiroides (evidenciando tiroiditis), elevación de anti-tiroperoxidasa (48.5 UI/mL) y anti-tiroglobulina (97.3 UI/mL) con seronegatividad de otros auto anticuerpos. Completa 5 días de metilprednisolona logrando control sintomático salvo temblor en pierna y brazo derecho, manejado con levodopa. Se decide complementar inmunosupresión con 5 días de inmunoglobulina endovenosa y 2 dosis de rituximab separadas por 2 semanas, evolucionando con fuerza M5 del hemicuerpo derecho, mejoría de velocidad de marcha, disminución de espasticidad y del temblor de reposo, decidiendo alta médica.

Discusión y Conclusiones

SREAT es una encefalopatía rara diagnosticada por descarte, con manejo centrado en corticoterapia e inmunomodulación. La clínica de la paciente, con seropositividad para anti-tiroperoxidasa y anti-tiroglobulina, y su respuesta favorable tras la corticoterapia orienta a SREAT. Es una patología desconocida por el estamento médico, requiriendo de búsqueda activa para una sospecha, manejo y tratamiento oportuno. Este caso subraya la importancia de considerar este diagnóstico, favoreciendo un tratamiento oportuno y eficaz.

Referencias

1. Graus F, Titulaer MJ, Balu R, et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol*. 2016;15(4):391–404. doi:10.1016/S1474-4422(15)00401-9.
2. Laurent C, Capron J, Quillerou B, et al. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis (SREAT): Characteristics, treatment and outcome in 251 cases from literature. *Autoimmun Rev*. 2016;15(12):1129–1133. doi:10.1016/j.autrev.2016.09.008.
3. Pinedo-Torres I, Paz-Ibarra JL. Current knowledge on Hashimoto's encephalopathy: a literature review. *Medwave*. 2018;18(6):e7298. doi:10.5867/medwave.2018.06.7298.
4. Figueroa MV, Villalobos RC, Heskia VC, Raposo SL, Schulz GE. Encefalopatía asociada a enfermedad tiroidea, un diagnóstico a tener en mente. *Rev Chil Endocrinol Diabetes*. 2019;12(4):216–219. Disponible en: https://revistasoched.cl/4_2019/V12-N-4-2019.pdf
5. Croce L, Dal Molin M, Deandrea M, et al. Hashimoto's encephalopathy: an endocrinological point of view. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024;15:1367817. doi:10.3389/fendo.2024.1367817.
6. Chiarello P, Talarico V, Nicoletti A, et al. Hashimoto encephalopathy: a case report and a short revision of current literature. *Acta Biomed*. 2020;91(3):e2020087. doi:10.23750/abm.v91i3.10157.
7. Mattozzi S, Sabater L, Escudero D, et al. Hashimoto encephalopathy in the 21st century. *Neurology*. 2020;94(2):e217–e224. doi:10.1212/WNL.00000000000008785.
8. Castillo P, Woodruff B, Caselli R, Vernino S, Lucchinetti C, Swanson J, et al. Steroid responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis. *Arch Neurol*. 2006;63(2):197–202. doi:10.1001/archneur.63.2.197.
9. Chaudhuri J, Mukherjee A, Chakravarty A. Hashimoto's encephalopathy: case series and literature review. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2023;23:167–175. doi:10.1007/s11910-023-01255-5.

ANEURISMA AORTOILÍACO DE GRAN TAMAÑO EN PACIENTE SINTOMÁTICO: IMPORTANCIA DEL CRIBADO Y LA DERIVACIÓN PRECOZ: REPORTE DE CASO

J. Gajardo, N. Aliaga, M. Acevedo, J. Vergara, M. Navarrete, J. Arroyo

Introducción

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) se define como una dilatación superior al 50 % del diámetro normal o > 3 cm, resultante de la degeneración de las tres capas de la pared arterial. Afecta al 2–8 % de la población y hasta un 40 % presentan aneurismas ilíacos concomitantes. Aunque el 75 % de los AAA son asintomáticos, aquellos $\geq 5,5$ cm en hombres o $\geq 5,0$ cm en mujeres requieren reparación profiláctica por mayor riesgo de ruptura, preferentemente endovascular.

Caso

Paciente masculino de 74 años, con antecedentes de hipertensión, dislipidemia y tabaquismo activo, consulta por dolor sordo fluctuante en hemiabdomen superior irradiado al dorso, asociado a reflujo, insomnio y astenia de 6 meses de evolución. Al examen físico abdominal se palpa una masa pulsátil en mesogastrio, sincrónica con el pulso radial, acompañada de un soplo sistólico audible en la misma región. Tras diagnósticos previos de colon irritable y reflujo sin mejoría, se solicita angiotomografía computarizada (angio-TC) que reveló un aneurisma sacular infrarrenal de 7,4 transversal $\times$ 10,8 cm longitudinal, sin flap ni ruptura, aneurisma bilateral de arterias ilíacas comunes (2,8 cm), trombos murales con hasta 40 % de oclusión luminal y ateromatosis cálcica aortoilíaca. El paciente fue hospitalizado y derivado para reparación endovascular electiva.

Discusión y Conclusiones

El AAA es más frecuente en varones > 65 años con tabaquismo, hipertensión y dislipidemia. Su curso silente retrasa el diagnóstico, aumentando riesgo de ruptura, trombosis o embolismo. En este caso, una anamnesis detallada y examen físico fueron determinantes para sospechar AAA. Se identificó un aneurisma sacular infrarrenal cercano a “gigante” (> 10 cm transversal) sin complicaciones. El tratamiento electivo tras detección precoz reduce significativamente la mortalidad, pues el riesgo de ruptura supera el quirúrgico. Se recomienda implementar programas de screening ecográfico en población de riesgo vulnerable y considerar el AAA como diagnóstico diferencial de dolor abdominal ante factores de riesgo.

Referencias

1. Casula E, Lonjedo E, Cerverón MJ, Ruiz A, Gómez J. Revisión de aneurisma de aorta abdominal: hallazgos en la tomografía computarizada multidetector pre y postratamiento. *Radiologia* [Internet]. 2014;56(1):16–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2012.11.006>
2. Giosdekou A, Antonopoulos CN, Sfyroeras GS, Moulakakis KG, Tsilimparis N, Kakisis JD, et al. The use of iliac branch devices for preservation of flow in internal iliac artery during endovascular aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* [Internet]. 2020;71(6):2133–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2019.10.08>
3. Marcaccio CL, Schermerhorn ML. Epidemiology of abdominal aortic aneurysms. *Semin Vasc Surg* [Internet]. 2021;34(1):29–37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semvascsurg.2021.02.004>
4. Pratesi C, Esposito D, Apostolou D, Attisani L, Bellosta R, Benedetto F, et al. Guidelines on the management of abdominal aortic aneurysms: updates from the Italian Society of Vascular and Endovascular Surgery (SICVE). *J Cardiovasc Surg (Torino)* [Internet]. 2022;63(3):328–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23736/S0021-9509.22.12330-X>
5. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2024;45(38):3912–4018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
6. Behrendt C-A, Thomalla G, Rimmele DL, Petersen EL, Twerenbold R, Debus ES, et al. Editor's choice - prevalence of peripheral arterial disease, abdominal aortic aneurysm, and risk factors in the Hamburg City Health Study: A cross sectional analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* [Internet]. 2023;65(4):590–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejvs.2023.01.002>
7. Buksh MM, Nuzhath S, Heslop J, Moawad M. A systematic review and case presentation: Giant abdominal aortic aneurysm. *Vascular* [Internet]. 2024;32(3):521–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/17085381221140166>
8. Sidik AI, Al-Ariki MK, Shafii AI, Hossain ML, Najneen F, Ak G, et al. Advances in imaging and diagnosis of abdominal aortic aneurysm: A shift in clinical practice. *Cureus* [Internet]. 2025;17(3):e81321. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.81321>
9. Lin, J., Chen, S., Yao, Y., & Yan, M. (2023). Status of diagnosis and therapy of abdominal aortic aneurysms. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1199804. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1199804>

DUPLICACIÓN DE LA VENA CAVA INFERIOR INCIDENTAL EN UN ADULTO JOVEN CON CÁNCER TESTICULAR

J. Gajardo, N. Aliaga, M. Acevedo, J. Vergara, M. Navarrete, J. Arroyo

Introducción

La duplicación de la vena cava inferior es una malformación vascular congénita poco frecuente, con una prevalencia estimada entre 0,2 % y 3 %, generalmente detectada de manera incidental. Su origen embriológico está relacionado con alteraciones en la regresión de los sistemas venosos cardinal posterior, subcardinal y supracardinal. Estas variantes anatómicas pueden tener implicancias clínicas relevantes, especialmente durante procedimientos quirúrgicos abdominales, retroperitoneales y endovasculares.

Caso

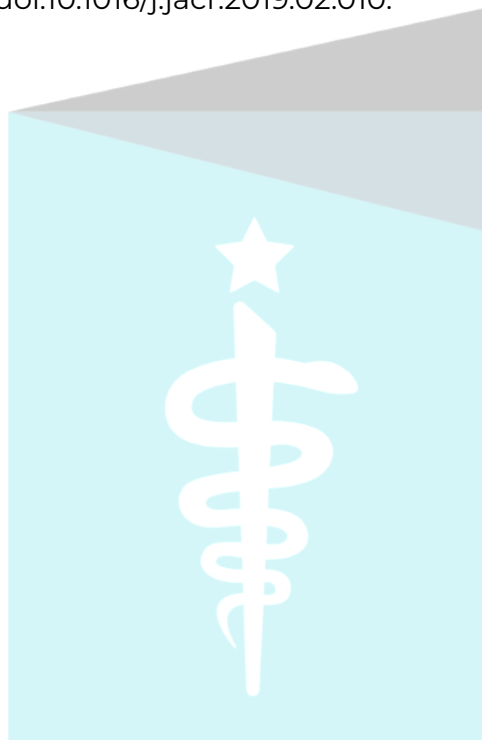
Paciente masculino de 26 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por aumento progresivo de volumen testicular izquierdo. La ecografía testicular revela una masa sólida de 6,6 x 6,4 x 6,4 cm con microlitiasis, de probable origen neoplásico. Los marcadores tumorales alfafetoproteína y gonadotrofina coriónica humana se encuentran elevados. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis, la cual no muestra evidencia de metástasis, indicándose orquiectomía radical izquierda. El estudio histopatológico confirma un tumor germinal mixto, compuesto en un 95 % por carcinoma embrionario y 5 % por teratoma, clasificándose como cáncer testicular no seminoma en etapa I. Se administra quimioterapia adyuvante como tratamiento complementario. Se realiza TAC de seguimiento, sin hallazgos sugerentes de recurrencia o diseminación, donde se identifica de forma incidental una duplicación permeable de la vena cava inferior. El paciente evoluciona favorablemente, con normalización de marcadores tumorales y sin signos de progresión tumoral.

Discusión y Conclusiones

Esta variante anatómica puede representar un desafío técnico durante intervenciones quirúrgicas, y se ha asociado con estasis venosa, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. En pacientes oncológicos, su identificación resulta fundamental para prevenir complicaciones durante procedimientos quirúrgicos o la instalación de dispositivos como filtros venosos. Ante hallazgos imagenológicos sugestivos, se recomienda confirmar el diagnóstico mediante angiotomografía. El abordaje terapéutico debe ser individualizado según el contexto clínico. La literatura respalda su detección oportuna, ya que favorece una mejor planificación quirúrgica y reduce riesgos.

Referencias

1. Poblete Saavedra A, Villarroel Fuentealba MJ, Castillo Bizama F, Ayala Ramirez C. Double inferior vena cava and thromboembolic disease. *Angiología*. 2021. doi:10.20960/angiologia.00315.
2. Nigro B, Ferrari Ayarragaray JE. Inferior vena cava anomalies: review and surgical considerations. *Angiología*. 2021. doi:10.20960/angiologia.00282.
3. Hayashi S, Naito M, Hirai S, Terayama H, Miyaki T, Itoh M, et al. Proposal for a new classification of variations in the iliac venous system based on internal iliac veins: a case series and a review of double and left inferior vena cava. *Anat Sci Int*. 2013;88(4):183–188. doi:10.1007/s12565-013-0182-1.
4. Minocha J, Smith A, Kapoor B, Fidelman N, Cain T, Caplin D, et al. ACR Appropriateness Criteria® radiologic management of venous thromboembolism: inferior vena cava filters. *J Am Coll Radiol*. 2019;16(5 Suppl):S214–S226. doi:10.1016/j.jacr.2019.02.010.



HIDRADENITIS SUPURATIVA HURLEY III CON DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN TERAPÉUTICA ACTUALIZADA.

D. Castro, J. Fuentes, A. Martínez

Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una dermatosis inflamatoria crónica y recidivante del folículo piloso. Forma parte de la tétrada de oclusión folicular, con el acné conglobata, quiste pilonidal (QP) y foliculitis disecante del cuero cabelludo. Su prevalencia es de hasta 4%, y su fisiopatogenia se relaciona con oclusión folicular, más que un proceso inflamatorio de glándulas apocrinas. Clínicamente presenta comedones dobles, nódulos dolorosos, trayectos fistulosos y cicatrices distróficas, afectando ingles, pubis, axilas, región perianal y glúteos, habitualmente bilateral y simétrica. El diagnóstico es clínico. Se usa la clasificación de Hurley para definir la conducta terapéutica.

Caso

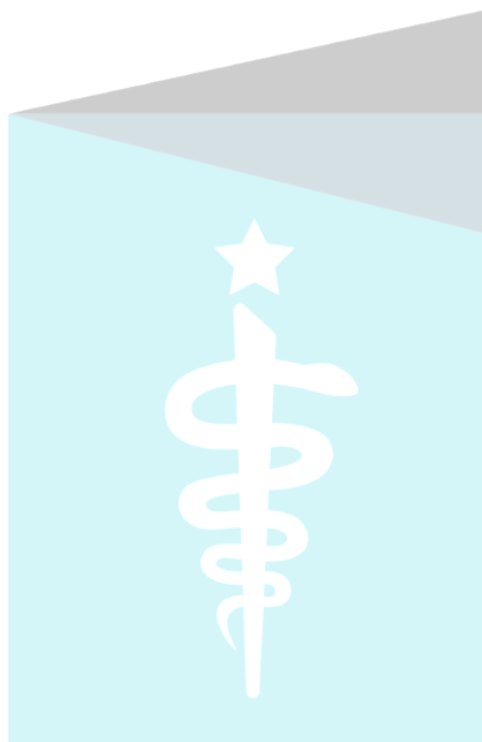
Varón de 30 años, con antecedente de obesidad, HS y QP, consulta por reagudización de HS axilar derecha, diagnosticada tres años atrás. Refiere dolor, supuración maloliente y limitación funcional. Ha recibido antibióticos y corticoides sistémicos con respuesta parcial; actualmente sin tratamiento. Al examen físico, en axila derecha nódulos inflamatorios profundos, trayectos fistulosos activos con descarga seropurulenta, cicatrices en cuerda y retracción del pliegue axilar (Hurley III). En axila izquierda cicatrices atróficas sin inflamación (Hurley I). Se solicitan estudios generales y pesquisa de infecciones de transmisión sexual. Se inicia tratamiento oral con doxiciclina, metformina y prednisona. Se complementa estudio con ecografía y biopsia.

Discusión y Conclusiones

La presentación de HS asimétrica es infrecuente y representa un desafío terapéutico. La metformina está sustentada en la evidencia por su acción antiinflamatoria y escasos efectos adversos. Por otra parte, las terapias biológicas como bimekizumab (anti-IL 17A/F) y povorcitinib (inhibidor JAK 1) han demostrado eficacia sostenida en pacientes refractarios. La cirugía radical en etapas avanzadas, constituye la opción con mayor potencial curativo, previniendo complicaciones como linfedema y carcinoma escamoso. Debe considerarse su morbilidad y recidiva. Otros tratamientos incluyen isotretinoína e ISGLT2. Este caso enfatiza la necesidad de diagnóstico y derivación oportuna, así como actualización constante de terapias emergentes según el perfil del paciente.

Referencias

1. Poblete Saavedra A, Villarroel Fuentealba MJ, Castillo Bizama F, Ayala Ramirez C. Double inferior vena cava and thromboembolic disease. *Angiología*. 2021. doi:10.20960/angiologia.00315.
2. Nigro B, Ferrari Ayarragaray JE. Inferior vena cava anomalies: review and surgical considerations. *Angiología*. 2021. doi:10.20960/angiologia.00282.
3. Hayashi S, Naito M, Hirai S, Terayama H, Miyaki T, Itoh M, et al. Proposal for a new classification of variations in the iliac venous system based on internal iliac veins: a case series and a review of double and left inferior vena cava. *Anat Sci Int*. 2013;88(4):183–188. doi:10.1007/s12565-013-0182-1.
4. Minocha J, Smith A, Kapoor B, Fidelman N, Cain T, Caplin D, et al. ACR Appropriateness Criteria® radiologic management of venous thromboembolism: inferior vena cava filters. *J Am Coll Radiol*. 2019;16(5 Suppl):S214–S226. doi:10.1016/j.jacr.2019.02.010.



RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE MUÑECA CON AUTOINJERTO ESTRUCTURAL DE FÍBULA, POSTERIOR A RESECCIÓN DE TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES.

J. Quezada, S. Gajardo, M. Saenger, K. Vergara, F. Catalán, S. Castet

Introducción

El tumor de células gigantes (TCG) corresponde a tumores óseos que se presentan principalmente en adultos jóvenes. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica. Entre las técnicas descritas en la literatura está el uso de injertos óseos autólogos, sin embargo, la preservación de la funcionalidad cuando existe compromiso articular supone un reto importante. El siguiente caso corresponde a una reconstrucción de muñeca con autoinjerto estructural de fíbula, posterior a la resección de TCG en radio distal con importante compromiso articular.

Caso

Masculino de 25 años, consulta por cuadro de dolor progresivo en muñeca derecha, sumado a limitación articular y aumento de volumen. Se inicia estudio con radiografía y resonancia magnética, evidenciándose una lesión quística aneurismática en el radio distal derecho con compromiso de la articulación. Se decide tomar biopsia que confirma TCG. Evaluando el contexto del paciente, se decide una resección en bloque de la lesión con injerto autólogo. En un primer tiempo se realiza abordaje sobre fíbula derecha, para obtener el injerto de fíbula proximal. En un segundo tiempo, mediante doble abordaje del radio derecho, se efectúa la resección en bloque de la lesión, se coloca el injerto fibular y se fija mediante placa con técnica de Sauvé-Kapandji. El paciente evoluciona con buena respuesta clínica, recuperación progresiva de funcionalidad y consolidación ósea satisfactoria en controles radiológicos.

Discusión y Conclusiones

Los objetivos del tratamiento de TCG son la resección de la lesión y la preservación funcional de la extremidad, siendo este último aspecto un gran desafío. La reconstrucción mediante injerto autólogo permite lograr buenos resultados en la restauración de la anatomía ósea y funcionalidad posterior a resección de tumores de células gigantes.

Referencias

1. Basu Mallick A, Chawla SP. Giant cell tumor of bone: An update. *Curr Oncol Rep* [Internet]. 2021;23(5):51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11912-021-01047-5>
2. Nagano A, Urakawa H, Tanaka K, Ozaki T. Current management of giant-cell tumor of bone in the denosumab era. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2022;52(5):411–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jjco/hyac018>
2. van der Heijden L, Lipplaa A, van Langevelde K, Bovée JVMG, van de Sande MAJ, Gelderblom H. Updated concepts in treatment of giant cell tumor of bone. *Curr Opin Oncol* [Internet]. 2022;34(4):371–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CCO.0000000000000852>
4. Yang Y-F, Wang J-W, Huang P, Xu Z-H. Distal radius reconstruction with vascularized proximal fibular autograft after en-bloc resection of recurrent giant cell tumor. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2016;17(1):346. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-016-1211-8>
5. García-López M, Pareja-Esteban JA, Valmaña-de la Sotilla JM, Jiménez-Alcázar LC, Martínez Calvo MA, Plasencia-Arriba MA. Procedimiento de Sauvé-Kapandji en los trastornos de la articulación radiocubital distal. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* [Internet]. 2013;57(5):340–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2013.07.007>



WEB CAROTÍDEO COMO CAUSA DE INFARTO CEREBRAL RECURRENTE EN MUJER JOVEN EMBARAZADA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. REPORTE DE CASO.

G. Ahumada, J. Yamal, J. Lagos, R. Lagos, F. Perazzo, J. Fuentes

Introducción

El ataque cerebrovascular isquémico (ACV) en adultos jóvenes sin factores de riesgo tradicionales representa un desafío diagnóstico. Una causa subdiagnosticada en este contexto es el web carotídeo, una variante de displasia fibromuscular caracterizada por una proyección del tejido íntimo en la arteria carótida interna, que favorece la formación de trombos y su embolización. El siguiente caso pretende destacar al web carotídeo como una causa relevante de ACV en mujer joven sin factores de riesgo tradicionales. Además, busca subrayar la complejidad de la prevención secundaria de infarto cerebral en una mujer embarazada con web carotídeo.

Caso

Mujer de 36 años, sin antecedentes médicos, presentó deterioro neurológico súbito, con afasia y hemiparesia derecha (NIHSS 25), evidenciándose un infarto en territorio de la arteria cerebral media izquierda. Se administró trombólisis con tenecteplase y trombectomía mecánica con recuperación parcial. Estudios etiológicos resultaron negativos. Un mes después presentó un nuevo ACV, pese a tratamiento antiagregante. Se inició anticoagulación ante sospecha de estado protrombótico, pero fue suspendida al confirmarse embarazo, iniciándose heparina de bajo peso molecular (HBPM). Una reevaluación del Angio-TC reveló, en la bifurcación de la arteria carótida interna izquierda, una imagen membranosa lineal que protruye desde la pared posterior hacia la luz vascular, generando un defecto de repleción excéntrico compatible con web carotídeo, hallazgo confirmado por neurorradiología. Se atribuyeron ambos eventos al web, optándose por mantener HBPM durante la gestación, suspender aspirina y planificar colocación de stent carotídeo tras el parto.

Discusión y Conclusiones

El diagnóstico de web carotídeo como causa de ACV requiere una alta sospecha clínica y una reevaluación minuciosa de las neuroimágenes. La evidencia actual sugiere que ni la anticoagulación ni la antiagregación plaquetaria previenen eficazmente las recurrencias, siendo más efectiva la intervención endovascular. Este caso destaca la importancia de considerar el web carotídeo como etiología potencial en mujeres jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular, especialmente ante infartos cerebrales recurrentes. Además, resalta los desafíos terapéuticos que implica su manejo durante el embarazo, etapa en la que la intervención definitiva debe diferirse.

Referencias

1. Rainer WG, Cramer GG, Newby JP, Clarke JP. Hiperplasia fibromuscular de la arteria carótida que causa isquemia cerebral posicional. *Ann Surg* 1968; 167:444.
2. Pereira B.J., Batista UC, Tosello RT et al. Vasos web: revisión de la literatura y manejo neurointervencionista. *World Neurosurg* 2018; 110: E907–E916. doi: 10.1016/j.wneu.2017.11.115.
3. Guňka I, Leško M, Hudák A, Bělobrádek Z, Šimůnek L. Web carotídea: una causa rara de accidente cerebrovascular isquémico. *Rozhl Chir.* 2025; 104(6):262-266. Inglés. doi: 10.48095/ccrvch2025262. PMID: 40662438.
4. Carnevale M, Esenwa C, Saline A, Balogun O, Zampolin R, Lipsitz EC. Características clínicas y resultados quirúrgicos en pacientes con membranas de la arteria carótida sintomáticas. *J Vasc Surg.* 2025 Jun 23; S0741-5214 (25) 01366-7. doi: 10.1016/j.jvs.2025.06.022. Epub antes de la impresión. PMID: 40562192.
5. Gupta N, Patel S, Khan MF, Brown NJ, Gensler R, Kasula V, Bhatt A, Singh R, Shahbandi A, Gendreau J, Sahyouni R, Rahmani R, Khalessi AA. Membranas carotídeas y accidente cerebrovascular: una descripción general completa de las características clínicas, los factores de riesgo y las modalidades de tratamiento. *J Clin Neurosci.* Junio de 2025;136:111257. doi: 10.1016/j.jocn.2025.111257. Epub 17 de abril de 2025. PMID: 40250159.
6. Zítek H, Nossek E, Sameš M. Karotický web. *Česk Slov Neurol N* 2022; 85(5): 363–367. doi: 10.48095/cccsnn2022363.
7. Mac Grory B, Emmer BJ, Roosendaal SD et al. Red carotídea: un mecanismo oculto del accidente cerebrovascular embólico. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020; 91(12): 1283–1289. doi: 10.1136/jnnp-2020-323938.
8. Patel SD, Otite FO, Topiwala K et al. Intervencionista en comparación con el tratamiento médico de la membrana carotídea sintomática: una revisión sistemática. *J Accidente cerebrovascular Cerebrovasc Dis* 2022; 31(10): 106682. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106682.
9. Zhang AJ, Dhruv P, Choi P et al. Una revisión sistemática de la literatura de pacientes con membrana carotídea y accidente cerebrovascular isquémico agudo. *Accidente cerebrovascular* 2018; 49(12): 2872–2876. doi: 10.1161/STROKEAHA.118.021907.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST COMPLICADO CON RUPTURA VALVULAR Y DESENLACE FATAL

J. Valenzuela, J. Durán, C. Muñoz, C. Rodríguez, E. Bastías, S. Leiva

Introducción

El infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST) constituye una proporción significativa de los síndromes coronarios agudos. Aunque suele tener una evolución menos catastrófica que el IAM con elevación del ST, ciertas presentaciones revisten alto riesgo y requieren una estrategia invasiva precoz. Una complicación infrecuente pero letal es la ruptura del músculo papilar, que conduce a insuficiencia mitral aguda y shock cardiogénico.

Caso

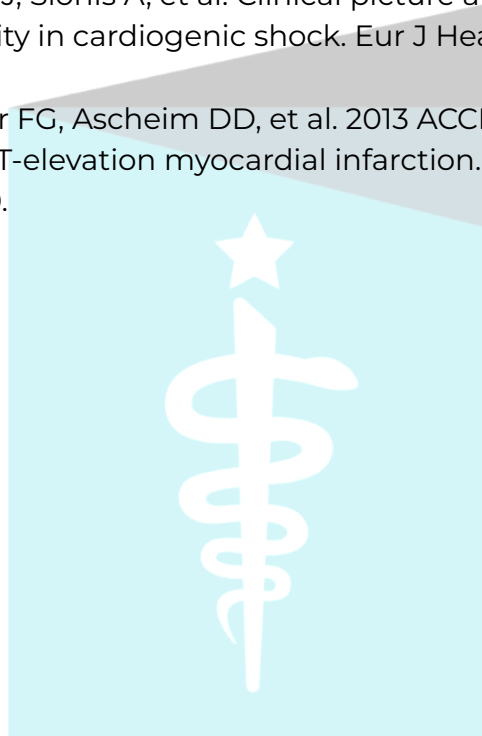
Paciente masculino de aproximadamente 60 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebrovascular isquémico previo y obesidad tipo III. Consulta por dolor epigástrico intenso, disnea progresiva y signos de sobrecarga de volumen. Se encuentra hemodinámicamente inestable. El electrocardiograma muestra infradesnivel del ST en múltiples derivaciones (V3, V4, V5, V6, D I, D II y aVL) y supradesnivel en aVR. La troponina I está elevada (80 pg/ml). Se inicia manejo antiisquémico y se presenta a Hemodinamia, donde se descarta revascularización por considerarse IAMSEST sin lesión coronaria aguda. Se hospitaliza en UCI. Evoluciona con falla multiorgánica. El ecocardiograma evidencia acinesia inferoapical del ventrículo izquierdo y ruptura del músculo papilar posterior, con insuficiencia mitral severa. Se presentó a cirugía cardíaca, pero fallece al cuarto día de hospitalización.

Discusión y Conclusiones

Este caso ejemplifica una presentación de IAMSEST de alto riesgo subestimada, con evolución hacia una complicación mecánica fatal. Subraya la necesidad de reconocer patrones electrocardiográficos de riesgo (como infradesnivel difuso con supradesnivel en aVR) como predictores de enfermedad coronaria severa y posible indicación de angiografía urgente. Asimismo, se destaca el rol fundamental de la ecocardiografía en contexto agudo para detectar complicaciones estructurales y orientar decisiones terapéuticas. La evaluación clínica, el análisis electrocardiográfico detallado y el uso oportuno de ecocardiografía son claves en el pronóstico de pacientes con IAMSEST, especialmente ante presentaciones atípicas o inestabilidad hemodinámica.

Referencias

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting without ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2018;39(3):119–177.
2. Tamis-Holland JE, Jneid H, Reynolds HR, et al. Contemporary diagnosis and management of patients with myocardial infarction in the absence of obstructive coronary artery disease. *Circulation*. 2019;139(18):e891–e908.
3. Arnaoutakis GJ, Zhao Y, George TJ, et al. Surgical repair of papillary muscle rupture: outcomes in the modern era. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2012;143(4):847–853.
4. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(22):e57–e185.
5. Harjola VP, Lassus J, Sionis A, et al. Clinical picture and risk prediction of short-term mortality in cardiogenic shock. *Eur J Heart Fail*. 2015;17(5):501–509.
6. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(4):e78–e140.



MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA CON TORMENTA ARRÍTMICA Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE MUERTE SÚBITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Valenzuela, J. Durán, C. Muñoz, C. Rodríguez, E. Bastías, M. Alarcon

Introducción

La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardíaca genética más frecuente. Su manifestación clínica es variable, pudiendo ir desde una evolución asintomática hasta muerte súbita cardíaca (MSC), especialmente en pacientes jóvenes con historia familiar positiva, taquiarritmias complejas y fibrosis miocárdica.

Caso

Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada. Presenta múltiples consultas por episodios de taquicardia supraventricular paroxística (TSVP), dolor torácico, síncope y elevación de troponinas. En una de las hospitalizaciones, evoluciona con taquicardia ventricular con pulso, requiriendo cardioversión eléctrica y manejo en UCI, desarrollando una tormenta arrítmica con episodios refractarios a antiarrítmicos, requiriendo ventilación mecánica invasiva y drogas vasoactivas. Holter mostró múltiples episodios de TSVP, extrasístoles ventriculares y bloqueo AV. Ecocardiograma evidenció hipertrofia concéntrica y dilatación de aurícula izquierda; la cardiorresonancia informó fibrosis miocárdica del 19%. Con antecedentes familiares de MSC y taquiarritmias, se planteó alto riesgo de eventos mayores. Fue derivado a centro de alta complejidad, donde se realizó ablación del foco arritmogénico e implante de DAI con función de marcapaso. Evolucionó favorablemente, con recuperación completa de su funcionalidad.

Discusión y Conclusiones

Este caso destaca el desafío diagnóstico y terapéutico de la MCH en pacientes mayores, con múltiples comorbilidades, pero alto riesgo arrítmico. La combinación de episodios de TSVP, TV, síncope, fibrosis miocárdica significativa y antecedentes familiares, orientan a riesgo elevado de MSC, siendo indicación clase I el implante de DAI. La terapia ablativa permitió controlar el foco desencadenante de la tormenta arrítmica, mejorando el pronóstico. La identificación precoz de factores de riesgo en MCH es clave para prevenir eventos fatales. El DAI y la ablación pueden ser decisivos en el manejo de tormentas arrítmicas en pacientes con alto riesgo de MSC.

Referencias

1. Elliott PM, Anastasakis A, Borger MA, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy. *Eur Heart J*. 2014;35(39):2733–79. doi:10.1093/eurheartj/ehu284.
2. Ommen SR, Mital S, Maron MS, et al. 2024 AHA/ACC/AMSSM/HRS/PACES/SCMR Guideline for the Management of Hypertrophic Cardiomyopathy. *Circulation*. 2024;149(3):e1–e42. doi:10.1161/CIR.0000000000001250.
3. O'Mahony C, Jichi F, Pavlou M, et al. A novel clinical risk prediction model for sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy (HCM Risk-SCD). *Eur Heart J*. 2014;35(30):2010–20. doi:10.1093/eurheartj/ehu217.
4. Antunes MO, Fernandes F, Arteaga-Fernandez E, et al. Validation of ACC/AHA and ESC Sudden Cardiac Death Risk Guidelines in Diverse Hypertrophic Cardiomyopathy Cohort: Stratification HCM Study. *Glob Heart*. 2024;19(1):94. doi:10.5334/gh.1380.
5. Dong Y, Zhang Z, Zhang L, et al. Catheter ablation versus antiarrhythmic drug therapy for recurrent ventricular arrhythmias in patients with hypertrophic cardiomyopathy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):255. doi:10.1186/s12872-024-02958-2.
6. Igarashi M, Takahashi Y, Takahashi A, et al. Radiofrequency catheter ablation of recurrent ventricular tachycardia in patients with hypertrophic cardiomyopathy: long-term outcomes and predictors of success. *Heart Rhythm*. 2024;21(5):563–70. doi:10.1016/j.hrthm.2023.11.012.



EDEMA PERIORBITARIO COMO PRESENTACIÓN DE SÍNDROME NEFRÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Comte, L. Pout, M. Muñoz, C. Cortés, M. Chaparro, P. Tapia

Introducción

El síndrome nefrótico (SN) es una de las enfermedades glomerulares más frecuentes en la infancia, caracterizado por proteinuria masiva, hipoalbuminemia, dislipidemia y edema. Su presentación inicial puede simular una conjuntivitis alérgica, debido al edema periorbitario característico. Esta similitud clínica puede llevar a retrasos diagnósticos significativos.

Caso

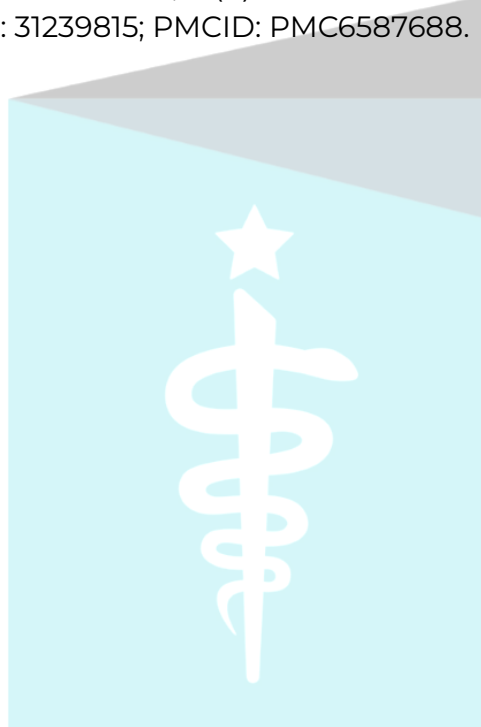
Paciente femenina de 4 años con antecedentes de rinitis crónica e hipertrofia adenoidea, que presentó edema bpalpebral intermitente de predominio matutino. Inicialmente fue manejada como conjuntivitis alérgica en múltiples consultas médicas. La persistencia del edema bpalpebral, ascitis y edema de extremidades inferiores motivó estudios de laboratorio que revelaron el síndrome nefrótico (albúmina: 1.7 g/dL, colesterol: 401 mg/dL, proteinuria significativa). Se realizó manejo corticoesteroidal y dieta hiposódica con respuesta favorable y sin complicaciones infecciosas, trombóticas ni hipertensivas.

Discusión y Conclusiones

El edema bpalpebral persistente en niños con antecedentes atópicos debe alertar sobre la posibilidad de síndrome nefrótico (SN). Esto cobra relevancia considerando la alta prevalencia de manifestaciones alérgicas en pacientes con SN (64–70%), lo que justifica incluirlo en el diagnóstico diferencial de edemas periorbitarios inicialmente atribuidos a causas alérgicas. Esta asociación se explica por mecanismos inmunológicos compartidos, principalmente la disfunción de células T y la sobreexpresión de IL-13, que contribuyen tanto a la respuesta atópica como a la disfunción podocitaria responsable de la proteinuria. Comprender esta relación no solo favorece un diagnóstico más temprano, sino que también abre nuevas líneas de investigación para el desarrollo de terapias dirigidas a los mecanismos inmunes comunes a ambas entidades.

Referencias

1. Pediatric Nephrotic Syndrome Differential Diagnoses, Updated: Dec 18, 2023 Author: Ronald J Kallen, MD; Chief Editor: Craig B Langman, MD
2. Downie ML, Gallibois C, Parekh RS, Noone DG. Nephrotic syndrome in infants and children: pathophysiology and management. *Paediatrics and International Child Health*. 2017;37(4):248–258. doi: 10.1080/20469047.2017.1374003
3. Hevia P. et al. Síndrome nefrótico idiopático: recomendaciones de la Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Parte 1. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(4):291-298. Available from: <https://andespediatrica.cl/index.php/rchped/article/view/3245/2975>.
4. Hollis A, Dart A, Morgan C, Mammen C, Zappitelli M, Chanchlani R, Samuel S. Delays in diagnosis of nephrotic syndrome in children: A survey study. *Paediatr Child Health*. 2019 Jul;24(4):258-262. doi: 10.1093/pch/pxy165. Epub 2018 Dec 28. PMID: 31239815; PMCID: PMC6587688.



MACRODISTROFIA LIPOMATOSA EN ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

V. Henríquez, J. Uriarte, B. Campos, B. Yáñez

Introducción

La Macrodistrofia Lipomatosa (ML) es una forma rara de gigantismo localizado caracterizada por crecimiento generalmente unilateral progresivo del componente fibroadiposo. Afecta principalmente orfejos inervados por nervio plantar y dedos inervados por el nervio mediano. Su incidencia es desconocida, con poco más de un centenar de casos reportados en la literatura. El objetivo es presentar un caso clínico de ML como diagnóstico infrecuente, sus hallazgos radiológicos y su manejo quirúrgico terapéutico.

Caso

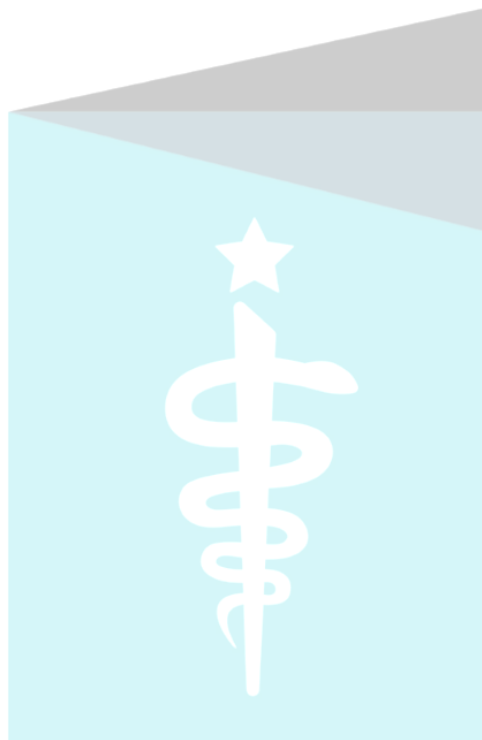
Varón de 47 años sin antecedentes previos consulta por cuadro de dolor y aumento de volumen crónico en relación segundo orfejo derecho. Examen físico evidenció macrodactilia y deformidad de segundo orfejo, asociado a hiperqueratosis en cara dorsal de falange media. Radiografía simple de pie evidenció aumento de tejidos blandos y óseos de segundo metatarsiano y sus respectivas falanges. Por limitación funcional se decide manejo quirúrgico con resección de falange distal y remodelación anatómica. Evolución postoperatoria con alivio sintomático completo y retorno a funcionalidad basal.

Discusión y Conclusiones

La ML es una malformación congénita no hereditaria de carácter benigno. Su diagnóstico suele realizarse en la adolescencia, periodo en el que la velocidad de crecimiento aumenta. El tratamiento de elección quirúrgico, basándose en la reducción volumétrica y/o acortamiento óseo. Se ha descrito en la literatura internacional que esta entidad presenta tasas de recurrencia del 33-60%, por lo que requiere seguimiento clínico radiológico a largo plazo. Frente a un cuadro de macrodactilia progresiva aislada, aunque infrecuente, debe sospecharse ML. El manejo quirúrgico proporciona alivio sintomático y recuperación funcional veloz, pero el seguimiento a largo plazo es esencial por su significativa tasa de recurrencia.

Referencias

1. Cammarata-scalisi francisco, campagnaro geremia josé gregorio, da silva gloria, olivo cuesta carla. Macrodistrofia Lipomatosa: Reporte de un Caso. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2010 Dic [citado 2025 Jul 24] ; 81(6): 531-535. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000600007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S037041062010000600007>.
2. Lee SH, Jo YH. Debulking surgery for macrodystrophia lipomatosa of the lesser toe: a rare case report. J Int Med Res. 2023;51(10):1-7. doi:10.1177/03000605231197458.
3. Kwon JH, Lim SY, Lim HS. Macrodystrophia lipomatosa. Arch Plast Surg. 2013 May;40(3):270-2. doi:10.5999/aps.2013.40.3.270. PMID: 23730609; PMCID: PMC3665877.



TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO EN CHILE ENTRE 2016 Y 2023: ANÁLISIS POR SEXO, EDAD Y REGIÓN

S. Guarello, C. Trinchieri, C. Ortúzar, M. Fluxá, I. Arévalo, F. Rodríguez

Introducción

El cáncer gástrico (CG) es una de las neoplasias más comunes y la tercera causa principal de muerte por cáncer a nivel mundial. En Chile es la primera causa de muerte por cáncer en hombres y la tercera en mujeres.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal y ecológico para analizar la tasa de mortalidad por tumores de estómago en Chile entre 2016 a 2023, a partir de datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadística (INE). No se requirió aprobación de un comité de ética. No se presentó conflicto de interés.

Resultados

La mayor TM ocurrió el año 2017, con 18,77/100.000 habitantes. Los hombres obtuvieron la mayor TM con 23,83/100.000 habitantes. El grupo de 80 y más años presentó la mayor TM con 190,81/100.000 habitantes. La región de los Ríos registró la mayor TM con 25,95/100.000 habitantes.

Discusión y Conclusiones

La disminución de la TM tras el 2017 podría relacionarse a consecuencias dadas por la pandemia, generando un mayor número de sub diagnósticos. El hombre presentó mayor TM, esto podría estar asociado a mayor carga de comorbilidades, factores de riesgo y hormonales. El grupo de 80 y más años obtuvo la mayor TM, dado la naturaleza progresiva de la enfermedad y factores de riesgo acumulativos. La región de Los Ríos obtuvo la mayor TM, que podría estar asociado a la mayor población indígena con alta carga de cáncer gástrico.

Referencias

1. Machlowska J, Baj J, Sitarz M, Maciejewski R, Sitarz R. Gastric Cancer: Epidemiology, Risk Factors, Classification, Genomic Characteristics and Treatment Strategies. *Int J Mol Sci.* 2020 Jun 4;21(11):4012. doi: 10.3390/ijms21114012. PMID: 32512697; PMCID: PMC7312039.
2. Smyth EC, Nilsson M, Grabsch HI, van Grieken NC, Lordick F. Gastric cancer. *Lancet.* 2020 Aug 29;396(10251):635-648. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31288-5. PMID: 32861308.
3. Yusefi AR, Bagheri Lankarani K, Bastani P, Radinmanesh M, Kavosi Z. Risk Factors for Gastric Cancer: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2018 Mar 27;19(3):591-603. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.3.591. PMID: 29579788; PMCID: PMC5980829.
4. Jin G, Lv J, Yang M, Wang M, Zhu M, Wang T, Yan C, Yu C, Ding Y, Li G, Ren C, Ni J, Zhang R, Guo Y, Bian Z, Zheng Y, Zhang N, Jiang Y, Chen J, Wang Y, Xu D, Zheng H, Yang L, Chen Y, Walters R, Millwood IY, Dai J, Ma H, Chen K, Chen Z, Hu Z, Wei Q, Shen H, Li L. Genetic risk, incident gastric cancer, and healthy lifestyle: a meta-analysis of genome-wide association studies and prospective cohort study. *Lancet Oncol.* 2020 Oct;21(10):1378-1386. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30460-5. Erratum in: *Lancet Oncol.* 2020 Nov;21(11):e518. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30596-9. PMID: 33002439.
5. Torres-Roman JS, Parra-Sosa B, Valcarcel B, Diaz-Velez C, Rey de Castro J, Camacho J, et al. Sex and age differences in mortality trends of gastric cancer among Hispanic/Latino populations in the United States, Latin America, and the Caribbean. *Lancet Reg Health Am.* 2022 Jan;16:100376. doi:10.1016/j.lana.2022.100376.
6. Parra-Soto Solange, Petermann-Rocha Fanny, Martínez-Sanguinetti María Adela, Leiva-Ordeñez Ana María, Troncoso-Pantoja Claudia, Ulloa Natalia et al. Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2020 Oct [citado 2025 Jul 04]; 148(10):1489-1495. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020001001489&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001001489>.
7. Diaz, M.d.P., Icaza, G., Nuñez, L. et al. Gastric Cancer Mortality Trends in the Southern Cone: Disentangling age, period and cohort patterns in Argentina and Chile. *Sci Rep* 10, 1526 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58539-w>.
8. Latorre S Gonzalo, Álvarez O Jorge, Ivanovic-Zuvic S Danisa, Valdivia C Gonzalo, Margozzini M Paula, Chianale B José et al. Cobertura de la estrategia preventiva de cáncer gástrico en Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2015 Sep [citado 2025 Jul 04]; 143(9):1198-1205. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000900014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900014>.
9. Herrero R, Heise K, Acevedo J, Cook P, Gonzalez C, Gahona J, Cortés R, Collado L, Beltrán ME, Cikutovic M, Gonzalez P, Murillo R, Leja M, Megraud F,

- Hernandez ML, Barbier S, Park JY, Ferreccio C; ENIGMA Chile study group. Regional variations in *Helicobacter pylori* infection, gastric atrophy and gastric cancer risk: The ENIGMA study in Chile. *PLoS One*. 2020 Sep 8;15(9):e0237515. doi: 10.1371/journal.pone.0237515. PMID: 32898138; PMCID: PMC7478833.
10. Díaz María Consuelo, Graves Alice. Relación entre consumo de alimentos procesados, ultraprocesados y riesgo de cáncer: una revisión sistemática. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2020 Sep [citado 2025 Jul 04]; 47(5): 808-821. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000500808&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182020000500808>.
 11. Venturelli M. Francisco. Margen positivo (R1) en la biopsia intraoperatoria durante una gastrectomía total por cáncer gástrico. *Rev. cir.* [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Jul 04]; 72(3): 257-261. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000300257&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020003425>.
 12. da Cunha AR, Antunes JLF. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer mortality in Brazil. *BMC Cancer* [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 16];24(1):1125. Disponible en:
<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-024-12761-1>.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12885-024-12761-1>.
 13. Camargo MC, Goto Y, Zabaleta J, Morgan DR, Correa P, Rabkin CS. Sex hormones, hormonal interventions and gastric cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012 Jan;21(1):20-38. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0834.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3315355/pdf/nihms334587.pdf>
 14. Rosa-Jimenez F, Cabrera ÁMM, Montalvo C, García J. Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres. *Anales De Medicina Interna* [Internet]. 2005 [citado el 16 de julio de 2025];22:515–9. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n11/original2.pdf>
 15. Arnold M, Moore SP, Hassler S, Ellison-Loschmann L, Forman D, Bray F. The burden of stomach cancer in indigenous populations: a systematic review and global assessment. *Gut*. 2014;63(4): 547–553. doi:10.1136/gutjnl-2013-305033.

TASA DE MORTALIDAD POR CIRROSIS BILIAR PRIMARIA COMO CAUSA BÁSICA EN EL PERÍODO 2018-2022 EN CHILE

S. Valencia, F. Miranda, M. Flores, D. Vega, P. Ruiz, B. Rivas

Introducción

La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica autoinmune más frecuente en mujeres, que provoca la destrucción progresiva de los conductos biliares intrahepáticos que puede derivar en cirrosis, insuficiencia hepática e hipertensión portal en casos avanzados.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal basado en datos de mortalidad del DEIS entre 2018 y 2022 en Chile. Se incluyeron defunciones en personas mayores de 20 años cuya causa básica de muerte fue codificada como cirrosis biliar primaria (CIE-10 K74.3), excluyendo registros incompletos. Se analizaron variables como sexo, grupo etario, región y lugar de deceso. Las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes fueron calculadas y los datos procesados en Microsoft Excel y graficados con ChatGPT.

Resultados

Se muestra un total de 145 defunciones, con una tasa de mortalidad total del periodo de 0,16. Las mujeres tuvieron mayor mortalidad en todo el período. Los grupos etarios más afectados fueron los mayores de 65 años. Las tasas más altas fueron en las regiones de Magallanes y Ñuble. La mayoría de los fallecimientos ocurrieron en hospitales.

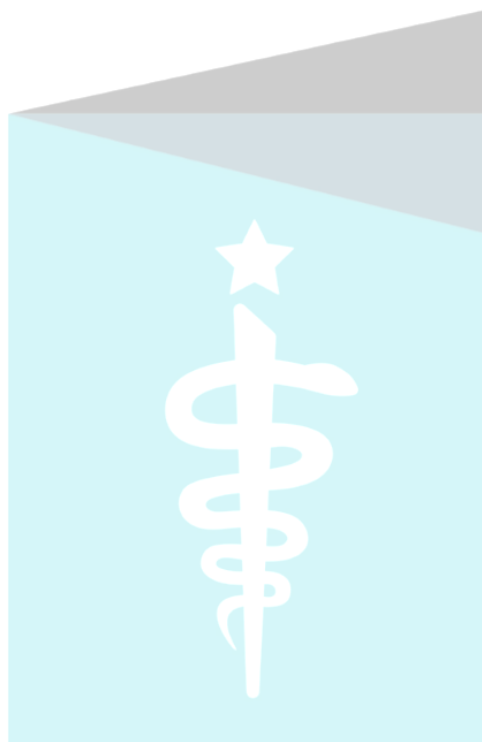
Discusión y Conclusiones

El incremento en la tasa de mortalidad sugiere posibles retrasos en el diagnóstico y dificultades en el acceso a atención especializada. La mortalidad fue más alta en mujeres, pudiendo asociarse a factores hormonales y predisposición genética. Los mayores de 80 años registraron mortalidad más elevada, lo que puede estar relacionado con un sistema inmune debilitado y una mayor carga de comorbilidades. Magallanes y Ñuble reportaron las tasas más altas, posiblemente debido a barreras en el acceso a servicios médicos especializados. El aumento en los fallecimientos domiciliarios podría estar vinculado a las restricciones sanitarias durante la pandemia.

Referencias

1. Tanaka A. Current understanding of primary biliary cholangitis. *Clin Mol Hepatol*. 2021;27(1):1–21.
2. Lleo A, Leung PSC, Hirschfield GM, Gershwin EM. The pathogenesis of primary biliary cholangitis: A comprehensive review. *Semin Liver Dis*. 2020;40(1):34–48.
3. Trivella J, John BV, Levy C. Primary biliary cholangitis: Epidemiology, prognosis, and treatment. *Hepatol Commun*. 2023;7(6):1–18.
4. Yao J, Sun J, Ebrahimi F, Bergman D. Long-term risk of chronic liver disease in patients with celiac disease: a nationwide population-based, sibling-controlled cohort study. *Lancet Reg Health*. 2024.
5. Koop PH, Schwenzer C, Clusmann J. Comorbidities, mortality and metabolic profile in individuals with primary biliary cholangitis. *Liver Int*. 2024.
6. González-Huezo MS, Delgado-Ayala LY. Asociaciones autoinmunes en una cohorte mexicana con colangitis biliar primaria. *Rev Gastroenterol Mex*. 2019;84(2):130–5.
7. Muñoz-Maya OG, Ayala-Sierra EF, et al. Colangitis biliar primaria: caracterización de una cohorte retrospectiva. Portal Amelica [Internet]. 2022 [citado 2025 Mar 16]; Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/774/7744030008/html/>
8. Wang Z, Yang S, Zhong J, Liu X, Feng J. Mean liver density independently predicts therapeutic response and liver-related mortality in patients with primary biliary cholangitis. *Front Med*. 2024. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11651974/>.
9. Avila JA, Martínez JC. Caracterización y factores asociados a la mortalidad debida a enfermedades huérfanas en Chile, 2002-2017. *Biomédica*. 2022;42(3):508-519.
10. Lasyte I, Widman L, Bergquist A. Mortality in autoimmune liver disease: A population-based cohort study. *Liver Int*. 2025. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/liv.70007>.
11. Bakulin IG, Burlakova SA. Registry of patients with autoimmune liver diseases in St. Petersburg: clinical and epidemiological data. *HERALD North-Western State Med Univ*. 2024. Disponible en: <https://journals.eco-vector.com/vszgmu/article/download/627505/149058>.
12. Uddin A, Ahad M, Uddin R. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients with liver cirrhosis: National inpatient study of prevalence and outcomes. *Am J Gastroenterol*. 2024. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/10001/s1725_endoscopic_retrograde.1726.aspx.
13. Shibata M, Otsuka Y, Hagiya H, Koyama T, Kashiwagi H, Otsuka F. Changes in the place of death before and during the COVID-19 pandemic in Japan. *PLoS One*. 2024;19(2):e0299700. doi:10.1371/journal.pone.0299700.
14. Mena GE, Martínez-Gutiérrez MS, Marquet PA. Lugar de muerte en Chile: un estudio descriptivo de serie temporal. *Rev Med Chil*. 2019;147(6):727-736. doi:10.4067/S0034-98872019000600727.
15. Hospitalización domiciliaria. *Rev Med Chil*. 2022;150(4):532-534. doi:10.4067/S0034-98872022000400532.
16. Castañeda de la Lanza C, Campa GE, O'Shea GJ, Castañeda Peña G. Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada. *Gac Mex Oncol*. 2015;14(3):176-180. doi:10.1016/j.gamo.2015.07.005

17. Crothers H, Ferguson J, Quraishi MN. Past, current, and future trends in the prevalence of primary sclerosing cholangitis and inflammatory bowel disease. *Lancet Reg Health*. 2024. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(24\)00169-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(24)00169-8/fulltext).



SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE COCAÍNA EN CHILE: TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ABSTINENCIA DE COCAÍNA ENTRE LOS AÑOS 2020 A 2023.

S. Campodónico, F. Faúndez, D. Neculman, J. Manduley, Y. Garcia

Introducción

El trastorno por consumo de sustancias asociado a cocaína es un problema de salud pública, sus consecuencias incluyen, intoxicación, daño orgánico y síndrome de abstinencia, siendo este último uno de los temas centrales de este estudio. La atención hospitalaria de estos pacientes es compleja, pues requieren hospitalizaciones extensas y no poseen tratamiento específico, es por ello que es de relevancia conocer la epidemiología nacional y poder analizar su repercusión en el sistema de salud, lo cual motiva la realización del presente estudio. El contexto del estudio es clínico, se centra en la tasa de egresos hospitalarios en Chile por síndrome de abstinencia por consumo de cocaína entre los años 2020 a 2023.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal. La población estudiada corresponde a la tasa de egreso hospitalario por abstinencia de cocaína durante el periodo 2020 - 2023, utilizando datos del DEIS e INE. Incluyendo como variables sexo, grupo etario, promedio de estadía hospitalaria, promedio de estadía hospitalaria según sexo.

Resultados

La mayor tasa de egresos hospitalarios se obtuvo el año 2023 con un 0,25 casos por 100.000 habitantes. La mayor tasa de egreso se produjo en hombres siendo de 0,33/100.000 habitantes. El grupo etario predominante se encuentra entre los 20-44 años con 0,42/100.000 habitantes.

Discusión y Conclusiones

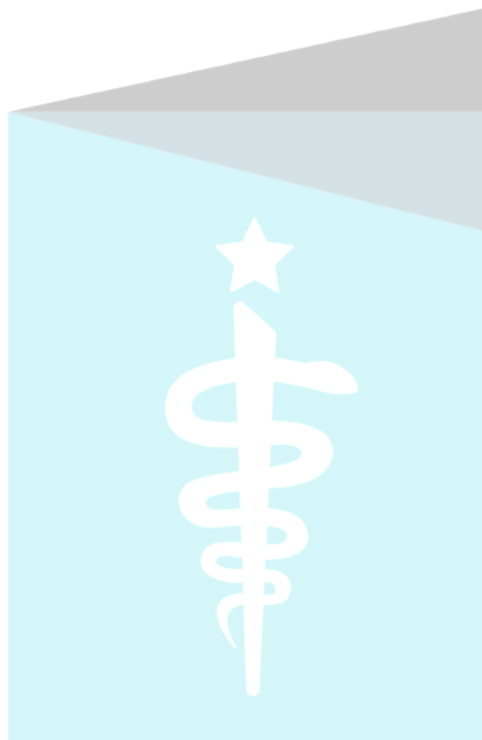
El sexo masculino tuvo la mayor TEH, podría estar asociado al mayor consumo de alcohol. El grupo etario con mayor TEH es el de 20 a 44 años, esto podría relacionarse con mayor exposición a esta drogas por el ambiente social. Se puede concluir que existen grupos de riesgo a tasa de egreso hospitalario y promedio de días de hospitalización mayores, por lo que recomendamos medidas más rígidas para prevenir el consumo de cocaína y nuevas investigaciones asociado a un enfoque de sexo ante el aumento de consumo en el sexo femenino.

Referencias

1. Fuster D, Zuluaga P, Muga R. Trastorno por uso de sustancias: epidemiología, complicaciones médicas y tratamiento. Medicina clínica. [internet]. 2024 Jan 12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775323007509?via%3Dihub>
2. Li MJ, Shoptaw SJ. Clinical management of psychostimulant withdrawal: review of the evidence. *Addiction*. 2023 Apr;118(4):750-762. doi: 10.1111/add.16093. Epub 2022 Dec 12. PMID: 36401591; PMCID: PMC10069411.
3. pertenecientes a la unidad de salud mental adultos- Hospital Hernán Henríquez Aravena. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2022 Dic [citado 2025 Feb 18] ; 60(4): 413-421. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-9227202200040413&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000400413>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Boston: Pearson; 2022.
5. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). XV Estudio de Drogas en Población General 2022.. Santiago de Chile: SENDA; 2024. Disponible en: <https://bibliodrogas.gob.cl/wp-content/uploads/2024/11/ENPG-2022-OK.pdf>
6. Jerez B, Diego, Acosta M, Carla. Consumo de sustancias: Caracterización de pacientes
7. Roncero C, Matalí J, Yelmo S. Paciente psicótico y consumo de sustancias: patología dual. *Trastornos Adictivos*. 2006;8(1):1-5.
8. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). XIV Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar 2023. Santiago de Chile: SENDA; 2024. Disponible en: https://bibliodrogas.gob.cl/wpcontent/uploads/2024/01/14_EstudioDrogas_Poblacion_Escolar-3.pdf
9. Kennedy AP, Epstein DH, Phillips KA, Preston KL. Sex differences in cocaine/heroin users: Drug use triggers and craving in daily life. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 132 (1-2): 29-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.025>
10. Pascual A, Saura-Garre P, López-Soler C. Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales De Psicología* [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 21];36(3):443-50. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000300009&script=sci_arttext&lng=es
11. Co WMG. ESTUDIO SOBRE PATRONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 [Internet]. Gov.co. [citado el 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.minjusticia.gov.co/programasco/ODC/Documents/Publicaciones/Publicaciones1/Consumo/Estudios/Estudio%20sobre%20Patrones%20de%20Consumo%20de%20Drogas%20Durante%20la%20Pandemia%20de%20COVID-19.pdf>
12. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Decima encuesta nacional de juventudes. 2022. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pd
13. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Novena encuesta nacional de juventudes. 2018. Disponible en:

https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/9deg_encuesta_nacional_de_juventud_2018.pdf

14. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Sexta encuesta nacional de juventudes. 2010. Disponible en:
https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/libro_6ta_enj_2009.pdf
15. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Tercera encuesta nacional de juventudes. 2000. Disponible en:
https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/3ra_enj_2000.pdf
16. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Primera encuesta nacional de juventudes. 1994. Disponible en:
https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/1ra_enj_1994.pdf



EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA DE LA PROSTATITIS AGUDA EN CHILE: 2020–2023

D. Basoalto, M. Erices, G. Paredes, A. Acosta, E. Taboada, A. Véliz

Introducción

La prostatitis es una inflamación de la próstata, que suele tener etiología infecciosa, uno de sus principales factores de riesgo son las infecciones de las vías urinarias a repetición y la edad avanzada.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal con datos estadísticos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadística (INE). El análisis descriptivo se realizó con medidas de tendencia central con apoyo de gráficas con software analítico Excel. No se requirió aprobación por comité de ética.

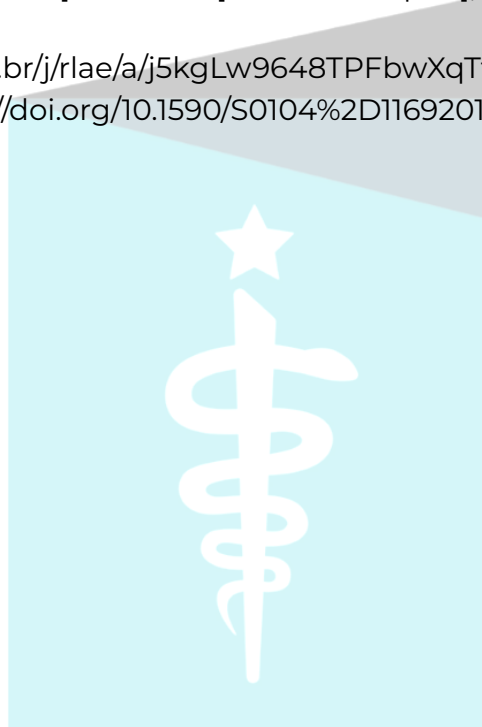
Resultados

El aumento de la TEH durante el periodo de estudio, podría deberse a efectos de la pandemia de COVID-19 donde la población no acudía al sistema sanitario de manera regular. El grupo de 80 y más años tuvo la mayor TEH podría asociarse a los diversos factores agravantes que presenta este grupo, siendo así el aumento del examen físico prostático, la inmunosenescencia propiamente tal de este grupo etario y el manejo empírico inadecuado. En relación al promedio de días de hospitalización, se observó que existe escasa variación del promedio durante el periodo de estudio, esto podría deberse a la protocolización de estas patologías generando un estándar para su manejo. Se logró evidenciar un grupo de riesgo, recomendamos la realización de un mayor número de estudios asociando diversos factores como son agente etiológico o complicaciones del cuadro.

Referencias

1. Lam JC, Lang R, Stokes W. How I manage bacterial prostatitis. *Clinical Microbiology and Infection* [Internet]. 2022 Jun [cited 2024 Dec 8];29(1). Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X22003111?via%3Dihub>
2. Bennett J. Prostatitis [Internet]. *Clinicalkey.com*. Elsevier; 2020 [cited 2024 Dec 8]. Available from: https://www.clinicalkey.com/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-5cad0e8d-1fd6-4d60-b221-f9b8ba58dcf3#reference-1
3. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Acceso a Salud en la población chilena. Encuesta Casen 2022 [Internet]. Serie de Resultados Casen. IAD [cited 2025 Apr 6]. Available from: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Salud_Casen2022.pdf
4. OPS. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas [Internet]. *Paho.org*. 2020 [cited 2025 Apr 6]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
5. Satué de Velasco E, Gayol Fernández M, Eyaralar Riera MT, Magallón Botaya R, Abal Ferrer F. Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 6];36:S30–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9244614/pdf/main.pdf>
6. Hevia V, Lorca J, Hevia M, Domínguez A, López-Plaza J, Artiles A, et al. Pandemia COVID-19: impacto y reacción rápida de la Urología. *Actas Urológicas Españolas* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Apr 6];44(7):450–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181986/>
7. Coker TJ, Dierfeldt DM. Acute Bacterial Prostatitis: Diagnosis and Management. *American Family Physician* [Internet]. 2016 Jan 15 [cited 2025 Apr 6];93(2):114–20. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0115/p114.html>
8. Losa C, Ferran L, Roca J, Rodríguez I, Zamora M, Muñoz I, et al. Factors associated with emergency department revisits for acute bacterial prostatitis. *Emergencias* [Internet]. 2017 [cited 2025 Apr 6];29:105–8. Available from: https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/09/Emergencias-2017_29_2_105-108-108_eng.pdf
9. Loeb S, Vellekoop A, Ahmed HU, Catto J, Emberton M, Nam R, et al. Systematic Review of Complications of Prostate Biopsy. *European Urology* [Internet]. 2013 Dec [cited 2025 Apr 6];64(6):876–92. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283813005587>
10. Ferré Losa C, Llopis Roca F, Jacob Rodríguez J, Giol Amich J, Palom Rico X, Bardés Robles I. Characteristics of acute bacterial prostatitis in elderly

- patients attended in the Emergency Department. *Revista española de geriatría y gerontología* [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 6];54(3):143–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30606500/>
11. National Institute for Health and Care Excellence. Background [Internet]. 31AD Oct [cited 2025 Apr 6]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng110/resources/visual-summary-pdf-6544018477>
 12. Pérez A, José Carlos González. Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada. *Enfermería, historia e investigación: EHI* [Internet]. 2021 [cited 2025 Apr 6];8(2):17–31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9081748>
 13. Lorén Guerrero L, Gascón Catalán A. Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2011 Dec [cited 2025 Apr 6];19(6):1377–84. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/j5kgLw9648TPFbwXqTfwYsf/abstract/?lang=es#:~:text=https%3A//doi.org/10.1590/S0104%2D11692011000600014>



TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR AMEBIASIS DURANTE EL PERIODO DE 2020-2023 EN CHILE

B. Torres, C. Toro, M. Acevedo, N. Aliaga, T. Blamey, C. Muñoz

Introducción

La amebiasis es una infección parasitaria causada por *Entamoeba Histolytica*, que puede producir manifestaciones intestinales y extraintestinales severas. Si bien su incidencia es baja en Chile, sigue siendo una causa de hospitalización en determinados grupos poblacionales.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se incluyeron todos los egresos hospitalarios por amebiasis (CIE-10 A06) en el periodo analizado. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes usando proyecciones del Censo 2017.

Resultados

Se registraron 286 egresos hospitalarios, con una tasa de egreso hospitalario (TEH) global de 0,38 por cada 100.000 habitantes. El año con mayor TEH fue 2022 (0,43), mientras que el menor fue 2023 (0,35). No se observó predominio constante por sexo, aunque los hombres mostraron una tendencia al alza y las mujeres una leve disminución en el período. En 2023, la diferencia entre sexos fue significativa, con una TEH masculina de 0,42 por cada 100.000 habitantes y femenina de 0,28 por cada 100.000 habitantes. Las TEH más altas se concentraron en los extremos etarios: el grupo de 0-4 años (1,3 por cada 100.000 habitantes) y mayores de 80 años (1,17 por cada 100.000 habitantes). En los niños, predominó el sexo masculino; en adultos mayores, el femenino. Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron la disentería amebiana aguda (54%) y el absceso hepático (23,5%). El promedio general de estadía hospitalaria fue de 9,9 días, con una reducción sostenida entre 2020 y 2022, seguida de un aumento en 2023 (9,92 días), siendo las mujeres las que permanecieron hospitalizadas por más tiempo.

Discusión y Conclusiones

A pesar de su baja incidencia, la persistencia de hospitalizaciones por amebiasis en Chile sugiere una posible influencia de factores externos, como el aumento de la migración y el turismo postpandemia. La mayor afectación de niños y adultos mayores se alinea con condiciones inmunológicas propias de estas etapas. La alta proporción de formas graves y extraintestinales podría reflejar un sesgo hacia casos que requieren hospitalización, dejando fuera cuadros leves o asintomáticos. La amebiasis sigue representando un problema de salud en determinados grupos poblacionales en Chile. La vigilancia epidemiológica, junto con estrategias de prevención dirigidas a poblaciones vulnerables, es fundamental para el control de esta infección.

Referencias

1. Carrero JC, Reyes-López M, Serrano-Luna J, Shibayama M, Unzueta J, Ramos-Martínez E, et al. Intestinal amoebiasis: 160 years of its first detection and still remains as a health problem in developing countries. *Int J Med Microbiol.* 2020;310(1):151358. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmm.2019.151358>
2. Li J, Cui Z, Li X, Zhang L. Review of zoonotic amebiasis: Epidemiology, clinical signs, diagnosis, treatment, prevention and control. *Res Vet Sci.* 2021;136:174–81. <https://doi.org/10.1016/j.rvsc.2021.02.021>.
3. Gupta S, Basak S, Paul N, Singh S, Mirdha BR. Amebiasis and Amebic Liver Abscess in Children. *Pediatr Clin North Am.* 2022;69(1):79-97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2021.08.003>
4. Morán P, Ramos F, Ramírez M, González E, Lejeune M, Silva-Góngora L, et al. Amoebiasis: Advances in diagnosis, treatment, immunology features and the interaction with the intestinal ecosystem. *Int J Mol Sci.* 2023;24(14):11755. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms241411755>
5. Zavala GA, Núñez-García TE, Vázquez-Colunga G, Morales-Figueroa GG, Durán-Figueroa NV, González-Salazar F. Ascariasis, amebiasis and giardiasis in Mexican children: distribution and geographical, environmental and socioeconomic risk factors. *J Parasitic Dis.* 2020;44(4):829-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12639-020-01260-2>
6. Guillén N. Pathogenicity and virulence of *Entamoeba histolytica*, the agent of amoebiasis. *Virulence.* 2023;14(1):2158656. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/21505594.2022.2158656>
7. Nasrallah J, Khalil M, Medlej B, Rachidi H, Bizri AR. Updates on the worldwide burden of amoebiasis: A case series and literature review. *J Infect Public Health.* 2022;15(10):1134-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2022.08.013>
8. Vidal F, Toloza M, Cancino B. Evolución de la prevalencia de enteroparasitosis en la ciudad de Talca, Región del Maule, Chile. *Rev Chilena Infectol.* 2010;27(4):336-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000500009>
9. Instituto Nacional de Estadísticas (CL). Estimación de población extranjera en Chile 2022: resultados [Internet]. Santiago (CL): INE; 2022 [citado 2024 dic 3]. Disponible: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2022-resultados.pdf?sfvrsn=869dce24_4
10. Subsecretaría de Turismo (CL). Estadísticas y estudios [Internet]. Santiago (CL): Subsecretaría de Turismo; [citado 2024 dic 5]. Disponible en: <https://www.subturismo.gob.cl/estadisticas-y-estudios/agenda-de-difusion/estadisticas/>
11. Sociedad Chilena de Gastroenterología. Llegan nuevas infecciones y aumentan casos de parasitosis gastrointestinal tropicales en Chile.

- Santiago: SChGE; 2024.
12. Ruiz-Cantero María-Teresa, Blasco-Blasco Mar, Chilet-Rosell Elisa, Peiró Ana M. Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria. *Farm Hosp.* [Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Mar 26]; 44(3): 109-113. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432020000300007&lng=es. Epub 19-Oct-2020. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11394>.
 13. Jones E, Sheng J, Carlson J, Wang S. Aging-induced fragility of the immune system. *J Theor Biol.* 2021;510:110473. doi:10.1016/j.jtbi.2020.110473.
 14. Han A, et al. Menopause is an inflection point of age-related immune changes in women. *J Reprod Immunol.* 2021;146:103346. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jri.2021.103346>.
 15. Zulfiqar, Hassam, et al. Amebiasis. StatPearls, StatPearls Publishing, 25 June 2023.
 16. Morán P, et al. Amoebiasis: advances in diagnosis, treatment, immunology features and the interaction with the intestinal ecosystem. *Int J Mol Sci.* 2023;24(14):11755. doi:10.3390/ijms241411755.
 17. Baker MA, et al. The impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on healthcare-associated infections. *Clin Infect Dis.* 2022;74(10):1748-54. doi:10.1093/cid/ciab688.



TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL ROTO EN CHILE DURANTE EL PERIODO 2014–2024

L. Morales, T. Hohf, P. Ruiz, V. Henríquez

Introducción

El aneurisma aórtico abdominal roto (AAAR) representa una emergencia vascular con alta letalidad a nivel mundial. Entre los principales factores de riesgo para presentar un aneurisma abdominal, se encuentra el sexo masculino y la edad. En Chile, los datos sobre su epidemiología siguen siendo escasos y fragmentados, dificultando la implementación de políticas públicas efectivas. Este estudio busca describir la epidemiología nacional del AAAR en el periodo 2014–2024.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de carácter transversal, basado en registros secundarios del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile. Se incluyeron todos los egresos hospitalarios y defunciones con diagnóstico de AAAR (CIE-10: I71.3) entre 2014 y 2024. Se excluyeron registros incompletos o no relacionados. Las variables analizadas fueron sexo, grupo etario (0–39, 40–59, 60–79, ≥80 años) y región administrativa. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas, tasas de letalidad y tasas de mortalidad estandarizadas por edad, utilizando como población de referencia el CENSO 2024. El análisis se realizó mediante Microsoft Excel®.

Resultados

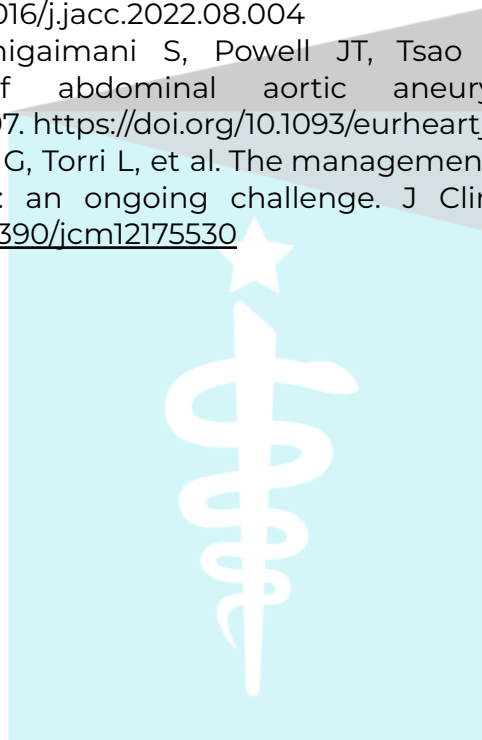
Se identificaron 981 casos de AAAR en el periodo analizado, con 386 fallecimientos, lo que representa una letalidad acumulada del 39,35%. El 74,2% de los casos correspondió a hombres, con una letalidad del 37,23%, mientras que las mujeres presentaron una letalidad del 45,45%. El grupo etario con mayor frecuencia fue el de 60–79 años (65,8%). La letalidad aumentó progresivamente con la edad, alcanzando un 54,46% en mayores de 80 años. La Región Metropolitana concentró el 50,2% de los casos, pero las tasas de letalidad variaron ampliamente entre regiones (23,53%–85,71%). La tasa de letalidad anual promedio fue de 40,37%, y la tasa de mortalidad acumulada fue de 2,09 por 100.000 habitantes.

Discusión y Conclusiones

Los resultados evidencian una alta letalidad del AAAR en Chile, en especial entre mujeres y adultos mayores. La variabilidad regional en las tasas de letalidad sugiere diferencias en el acceso y calidad de la atención especializada. La ausencia de reducción significativa en la letalidad anual a lo largo del tiempo refuerza la necesidad de mejorar los protocolos de manejo y estrategias de prevención. Limitaciones del estudio incluyen la posible subestimación de casos por errores en el registro y la falta de datos clínicos individuales. El AAAR en Chile se asocia a alta letalidad, con marcada variabilidad regional y mayor impacto en mujeres y personas mayores. Estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer programas de tamizaje, mejorar la red de atención vascular y centralizar el manejo en centros especializados.

Referencias

1. De Freitas S, D'Ambrosio N, Fatima J. Infrarenal abdominal aortic aneurysm. *Surg Clin North Am.* 2023;103(4):595-614. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2023.05.001>
2. Czerny M, Grabenwöger M, Berger T, et al. EACTS/STS guidelines for diagnosing and treating acute and chronic syndromes of the aortic organ. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2024;65(2):ezad426. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezad426>
3. Schanzer A, Oderich GS. Management of abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med.* 2021;385(18):1690-8. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2108504>
4. Isselbacher EM, Preventza O, Black JH 3rd, Augoustides JGT, Beck AW, Bolen MA, et al. 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(24):e223-e393. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.08.004>
5. Colledge J, Thanigaimani S, Powell JT, Tsao PS. Pathogenesis and management of abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J.* 2023;44(29):2682-97. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad386>
6. Troisi N, Bertagna G, Torri L, et al. The management of ruptured abdominal aortic aneurysms: an ongoing challenge. *J Clin Med.* 2023;12(17):5530. <https://doi.org/10.3390/jcm12175530>



DESCRIPCIÓN DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR FRACTURA DE RADIO DISTAL, PERÍODO 2020-2024, CHILE.

G. Heutger, A. Puga, F. Jofré, B. Schulz

Introducción

Las fracturas de radio distal (FRD) son una de las fracturas más comunes en la práctica clínica, alcanzando aproximadamente un 17,5% de todas las fracturas en adultos⁽¹⁾. Además, estudios basados en registros poblacionales muestran una incidencia que oscila entre 19,7% y 22% por 10.000 habitantes al año, valores observados en Noruega y Suecia respectivamente⁽¹⁾. Están asociadas a osteoporosis y envejecimiento, con predominio femenino en este rango etario⁽¹⁻³⁾. Representa una proporción significativa de consultas en urgencias y hospitalizaciones, generando un impacto considerable en los sistemas de salud^(4,5). Por ello, nos proponemos describir sus características epidemiológicas a través de los egresos hospitalarios en Chile durante los años 2020-2024.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo ecológico. Se revisaron egresos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud con código S525 CIE-10 (2020-2024), observando variables como sexo, tipo de establecimiento, previsión, grupo etario y duración de estadía en Excel⁽⁶⁾. Se excluyeron datos incompletos. Al utilizar datos públicos, no se requirió aprobación ética.

Resultados

Se registraron 18.916 egresos por fractura de radio distal; el 55,1% fueron mujeres, con una relación mujeres:hombres de 3,9:1 en mayores de 60 años. El 51,99% de los egresos fue en centros del servicio de salud. Respecto a previsión: el 65,7% pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), 22,0% a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y 12,3% otras. El grupo de mayores de 60 años concentró el 34,3% de los egresos. La estadía promedio fue de 2,6 días.

Discusión y Conclusiones

Existe predominio de hospitalizaciones por fractura de radio distal en mujeres y adultos mayores, además de una incidencia mayor en mujeres posmenopáusicas coincidente con la evidencia. Respecto a la gestión hospitalaria, la hipótesis sobre el 20,83% de pacientes FONASA hospitalizados en centros privados sugiere un fenómeno relevante de elección entre sistemas. En cuanto a las razones de hospitalización, la evidencia internacional indica que muchas FRD, especialmente inestables o desplazadas, requieren manejo quirúrgico, como reducción abierta y fijación interna (ORIF)⁽⁷⁾. En un estudio danés, la tasa de tratamiento quirúrgico aumentó desde el 8% en 1997 hasta estabilizarse en 24% en 2018⁽⁷⁾. Estos procedimientos suelen realizarse bajo criterios de inestabilidad, desplazamiento, o pérdida de alineación articular, que impulsan la hospitalización y el uso de recursos sanitarios. No obstante, en Chile no se cuenta con información sobre indicaciones quirúrgicas ni manejo específico de FRD, lo que resalta la relevancia de disponer de datos estandarizados y sistemáticos que permitan comparar el perfil de atención entre los sistemas público y privado y fundamentar intervenciones en políticas de salud.

Referencias

1. Candela V, Di Lucia P, Carnevali C, Milanese A, Spagnoli A, Villani C, et al. Epidemiología de las fracturas de radio distal en una gran área suburbana: análisis retrospectivo (2017–2021). *J Orthop Traumatol*. 2022;23:43. [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en:doi:10.1186/s10195-022-00656-7
2. Tabares Neyra H, Tabares Sáez H. Abordajes quirúrgicos para el extremo distal del radio. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. 2023;37(1). [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X202300010001&lang=es
3. García-Galicia A, Rueda-Mojica JS, Sánchez-Durán MA, Barragán-Hervella RG, Montiel-Jarquín AJ, Gaytán-Fernández S. Evolución clínica de trabajadores con fractura de radio distal Fernández III. Tratamiento no complicado quirúrgico y no quirúrgico. *Cir Cir*. 2021;89(3):377-383. [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en:doi: 10.24875/CIRU.20000456.
4. American Academy of Orthopaedic Surgeons/American Society for Surgery of the Hand Clinical Practice Guideline Summary Management of Distal Radius Fractures. Kamal RN, Shapiro LM. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2022;30(4):e480-e486. [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en:doi:10.5435/JAAOS-D-21-00719.
5. Practical Application of the 2020 Distal Radius Fracture AAOS/ASSH Clinical Practice Guideline: A Clinical Case. Kamal RN, Shapiro LM. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2022;30(9):e714-e720. [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en:doi:10.5435/JAAOS-D-21-01194.
6. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) [Internet]. Minsal.cl. [citado el 25 de junio de 2025]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
7. Liu K, Grigor EJM, Antflek D, Ho G, Baltzer HL, Paul R. Time to surgical management of distal radius fractures: effects on health care utilization and functional outcomes. *Can J Surg*. 2024;67(4):E286–E294. doi:10.1503/cjs.010223.

USO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL MANEJO POSTOPERATORIO DE PACIENTES POSTBARIÁTRICOS

J. Jorquera, P. Covarrubias, D. Arauco, D. Maldonado, M. Hurtado

Introducción

En cirugía plástica, lograr una adecuada cicatrización de las heridas postoperatorias ha sido siempre un desafío. Se ha descrito el uso de terapia de presión negativa (TPN) en heridas abiertas en cirugía postbariátrica, sin embargo, existe escasa evidencia de su uso en heridas cerradas, lo que motivó la realización de este reporte de casos.^(1, 2, 3). Nuestro objetivo es evaluar longitudinalmente las complicaciones mayores de heridas cerradas en postbariátricos tratadas con TPN, usando dispositivos V.A.C. Prevena™, y comparar nuestros resultados con los descritos en la literatura al usar métodos tradicionales.

Materiales y Métodos

Estudio longitudinal que evalúa pacientes sometidos a abdominoplastias, cruroplastias, braquioplastias, lifting de glúteos o dorsoplastias realizadas por un único cirujano plástico en un centro privado entre los años 2018 y 2024. Se realizó seguimiento clínico a 12 meses vía ficha electrónica y fotografías, autorizado por las pacientes. Se evaluaron complicaciones mayores y menores.

Resultados

Un total de 101 heridas correspondientes a 80 pacientes (65 mujeres y 15 hombres). Se observaron 31 complicaciones totales a 12 meses: 12 mayores (11,88%) y 19 menores (18,81%). Las mayores incluyeron dehiscencia y necrosis; el procedimiento que presentó más problemas fue la cruroplastia, con una incidencia del 10% en ambos tipos de complicación. En segundo puesto está la abdominoplastia, con un 9,09% de dehiscencia y un 4,55% de necrosis, después le sigue la dorsoplastia, con tasas del 8,33% en ambas complicaciones, el lifting de glúteos, con un 6,67% de dehiscencia y sin casos de necrosis, finalmente, la braquioplastia tuvo las tasas más bajas dentro del grupo, con un 5% para cada tipo de complicación.

Discusión y Conclusiones

Comparando con estudios previos sin TPN, las tasas de dehiscencia en cruroplastia (37,21%), glúteos (18,18%) y abdominoplastia (12,2%) fueron superiores a las encontradas en este estudio (10%, 6,67% y 9,09% respectivamente)^(4, 5, 6, 7, 8, 9). Lo anterior ratifica que el uso de dispositivos de TPN con V.A.C. Prevena™ en heridas cerradas en cirugía plástica postbariátrica implica una reducción en la incidencia de complicaciones en comparación con las técnicas tradicionales, por lo que consideramos puede ser una opción válida estandarizada en el manejo postoperatorio de heridas cerradas en este grupo de pacientes. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio; como la ausencia de grupo control y que fue realizado en un solo centro con un único cirujano, consideramos que este estudio puede ser evidencia útil para futuras investigaciones.

Referencias

1. Chen C-C, Weng C-H, Chiang A-C, et al. Management of low-grade appendiceal mucinous neoplasm with extensive peritoneal spread diagnosed during pregnancy: two case reports and literature review. *World J Surg Oncol*. 2020;18(1)
2. Pai RK, et al. Clinical surveillance after macroscopically complete surgery for low-grade appendiceal mucinous neoplasms (LAMN) with or without limited peritoneal spread: long-term results in a prospective series. *Ann Surg Oncol*. 2018 Apr;25(4):878-884.
3. Sugiyama Y, et al. Unusual giant low-grade appendiceal mucinous neoplasm without peritoneal dissemination: retrospective analysis from Japanese centers recommending right hemicolectomy in cases con compromiso de serosa o márgenes positivos. *Med (Baltimore)*. 2025 Jun;104(24):6100.
4. De Vries FEE, Wallert ED, Solomkin JS, Allegranzi B, Egger M, Dellinger EP, Boermeester MA. A systematic review and meta-analysis including GRADE qualification of the risk of surgical site infections after prophylactic negative pressure wound therapy compared with conventional dressings in clean and contaminated surgery. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(36):e4673. doi:10.1097/MD.00000000000004673.
5. Stannard JP, Atkins BZ, O'Malley D, Singh H, Bernstein B, Fahey M, Masden D, Attinger CE. Use of negative pressure therapy on closed surgical incisions: a case series. *Ostomy Wound Manage*. 2009;55(8):58–66. Erratum in: *Ostomy Wound Manage*. 2009;55(9):6. PMID: 19717857.
6. Kilpadi DV, Cunningham MR. Evaluation of closed incision management with negative pressure wound therapy (CIM): Hematoma/seroma and involvement of the lymphatic system. *Wound Repair Regen*. 2011;19(5):588–96. doi:10.1111/j.1524-475X.2011.00714.x.
7. Facchin F, Pagani A, Marchica P, Pandis L, Scarpa C, Brambullo T, Vindigni V. The role of portable incisional negative pressure wound therapy (piNPWT) in reducing local complications of post-bariatric brachioplasty: a case-control study. *Aesthetic Plast Surg*. 2021;45(4):1653–9. doi:10.1007/s00266-020-02122-1.
8. Abesamis GM, Chopra S, Vickery K, Deva AK. A comparative trial of incisional negative-pressure wound therapy in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019;7(5):e2141. doi:10.1097/GOX.00000000000002141.
9. Giuglea C, Burlacu EC, Dumitrache S, Tene MG, Marin A, Jianu DM, Marinescu SA. Negative pressure wound therapy in postbariatric lower body lift—a method of decreasing postoperative complications. *Aesthetic Plast Surg*. 2022;46(9):2882–90. doi:10.1007/s00266-022-02911-w.
10. Abatangelo S, Saporiti E, Giatsidis G. Closed incision negative-pressure therapy (ciNPT) reduces minor local complications in post-bariatric abdominoplasty body contouring: a retrospective case-control series. *Obes Surg*. 2018;28(7):2096–104. doi:10.1007/s11695-018-3279-8. PMID: 29730777.

11. Hsiao HY, Hsieh WC, Chang FCS, Liu JW, Kuo WL, Cheong DCF, Huang JJ. The effect of negative pressure on wound healing and regeneration in closed incisions under high tension: evidence from animal studies and clinical experience. J Clin Med. 2023;12(1):106. doi:10.3390/jcm12010106.

