

LIBRO DE RESÚMENES

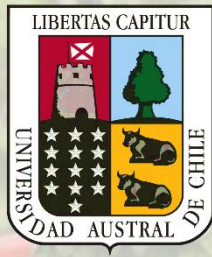
III JORNADA DE
INVESTIGACIÓN CEMOS UACH
CAMPUS CLÍNICO OSORNO



09 DE JULIO DE 2022

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA
CAMPUS CLÍNICO OSORNO





Universidad Austral de Chile

Conocimiento y Naturaleza

III Jornada de Investigación
Centro de Estudiantes de Medicina
Universidad Austral De Chile
Osorno 2022



ÍNDICE

BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTOS	3
COMITÉ ORGANIZADOR	4
COMITÉ EVALUADOR	5
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	6
TI-01: Endometriosis torácica en Sudamérica: una revisión bibliográfica	7
TI-02: Hidatidosis de ubicación atípica, presentación de una serie de casos en Osorno	8
TI-03: Caracterización de pacientes en terapia anticoagulante oral en hospital familiar y comunitario de la región de Los Ríos	9
CASOS CLÍNICOS	10
CC-01: Metástasis cutánea de adenocarcinoma de colon, a propósito de un caso	11
CC-02: Síndrome de HELLP asociado a preeclampsia en ausencia de proteinuria	12
CC-03: Otitis externa necrotizante recidivante con complicación intracraneal, a propósito de un caso	13
CC-04: Isquemia arterial aguda de extremidad superior en paciente covid (+), reporte de un caso	14
CC-05: Neutropenia febril como debut de leucemia mieloide aguda, a propósito de un caso	15
CC-06: Meningitis por reactivación de virus varicela zoster en paciente inmunocompetente, reporte de un caso	16
CC-07: Pericarditis post infarto agudo al miocardio, reporte de un caso	17
CC-08: Síndrome hemorrágico por déficit adquirido de factores de coagulación vitamina K-dependientes, reporte de un caso	18
CC-09: Corioamnionitis por <i>Cándida albicans</i> en gestantes con dispositivos intrauterinos, a propósito de un caso	19
CC-10: Hepatitis aguda grave de origen autoinmune, reporte de un caso	20
CC-11: Miocarditis aguda oligosintomática en paciente joven	21
CC-12: Acidosis tubular renal tipo 1 y 2 como causa de acidosis metabólica e hipokalemia. A propósito de un caso	22
CC-13: Tetrasomía del cromosoma 9p, a propósito de un caso	23
CC-14: Síndrome inflamatorio multisistémico fenotipo Kawasaki no shock refractario severo. A propósito de un caso	24
CC-15: Quiste broncogénico infantil: experiencia de un caso	25
CC-16: Endocarditis infecciosa por <i>Chlamydomydia psittaci</i>, a propósito de un caso	26



CC-17: Diagnóstico tardío de inmunodeficiencia común variable, a propósito de un caso	27
CC-18: Compromiso pulmonar tardío en paciente adulto con enfermedad de Niemann-Pick tipo b, a propósito de un caso	28
CC-19: Debut de colitis ulcerosa: reporte de un caso	29
CC-20: Enfermedad de Rendu-Osler-Weber como causa de sangrado gastrointestinal, a propósito de un caso	30
CC-21: Enfermedad del corazón roto, síndrome de Takotsubo, a propósito de un caso	31
CC-22: Tenosinovitis séptica de la mano izquierda por Staphylococcus chromogenes	32
CC-23: Neumonía por influenza complicada con Staphylococcus aureus meticilino- resistente, reporte de casos	33
CC-24: Endocarditis por Capnocytophaga canimorsus en paciente inmunocompetente, reporte de un caso	34
CC-25: Tétanos en adulto, a propósito de un caso	35
CC-26: Distrofia muscular de Duchenne y Becker: presentación como síndrome hipotónico en un lactante menor	36
CC-27: Mononeuropatía múltiple bilateral de nervios faciales en paciente con diabetes mellitus tipo 2. A propósito de un caso	37
CC-28: Linfohistiocitosis hemofagocítica, reporte de un caso	38
CC-29: Toxina botulínica tipo a y neumoperitoneo en el tratamiento quirúrgico de hernias abdominales complejas, reporte de un caso	39
DECLARACIÓN PÚBLICA	40



BIENVENIDA Y AGRADECIMIENTOS

Bienvenidas y bienvenidos a este libro de resúmenes de los casos clínicos y trabajos de investigación presentados en la III Jornada de Investigación de Osorno, organizada por el Centro de Estudiantes de Medicina del Campo Clínico Osorno en conjunto con un equipo de internos de la Universidad Austral de Chile.

En esta jornada versión 2022 realizada nuevamente de manera remota debido a las condiciones epidemiológicas tanto local como nacional, pero sin ello perder de alguna forma la oportunidad de aportar con la investigación, el conocimiento y el desarrollo de exposición de novedades en el área médica. Junto con lo anterior, la experiencia ganada con la jornada anterior, permite perfeccionar la metodología aplicada y permitir la interacción con otras facultad de medicina a nivel nacional.

La III Jornada de Investigación de Osorno contó con la exposición de 40 trabajos, presentados entre los días 9 de Julio de 2022, dentro de las categorías de: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neurología, Dermatología y Salud Pública.

Quisiéramos agradecer enormemente a quienes hicieron posible con su colaboración la ejecución de este evento, entre ellos, a nuestro director de Campo Clínico, Dr. Edgardo Grob, a nuestros y nuestras docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile y, también, a los y las participantes que con su interés por la investigación permiten la publicación de nuevas experiencias médicas.



COMITÉ ORGANIZADOR

Bastián Barría Carrasco

Natalia Avendaño Sánchez

Catalina Biere Rosas

Camila Valenzuela Quintana

Gustavo Cárcamo Cotapos



COMITÉ EVALUADOR

Dra. Lorena Bastidas Leal

Dr. Cristian Pizarro Vargas

Dr. Edmundo Ziede Rojas

Dra. Camila Santiagos Catanzaro

Dra. Barbara Cid Troncoso

Dr. Mateo Badaracco Morales

Dra. Javiera Ojeda Gallardo

Dr. Alejandro López Castro

Dra. Nafissa Laborde Ramírez

Dr. Cristóbal Valdés Podestá



II Jornada de Investigación CEMOS UACH Osorno 2022
Centro de Estudiantes de Medicina
Universidad Austral De Chile

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN



TI_01: ENDOMETRIOSIS TORÁCICA EN SUDAMÉRICA: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Cristóbal Lefno Diocares, (1), Diego Pizarro Quezada, (1), Raúl Yunge Villegas, (1), Camila Sanhueza Medina, (1), Adriana Graterol Maldonado (2).

(1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, campus clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Becada de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

INTRODUCCIÓN: La endometriosis es una patología caracterizada por la presencia de tejido glandular y estromal endometrial fuera de la cavidad uterina. Entre sus variantes se encuentra la endometriosis torácica, cuadro poco frecuente (menor al 1%) en donde el tejido endometrial se aloja en prácticamente cualquier estructura anatómica de dicha cavidad. Resulta importante conocer sus manifestaciones para lograr un diagnóstico asertivo y precoz.

OBJETIVO: Realizar una caracterización de los casos de endometriosis torácica en Sudamérica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Biblioteca Virtual en Salud y SciELO en diciembre del 2021. Se incluyeron artículos relacionados con endometriosis torácica reportados en países sudamericanos, sin restricciones de lenguaje, ni de fecha de publicación. Se definieron como variables el país del reporte, edad de la paciente, antecedentes ginecológicos relevantes, manifestación clínica, órgano comprometido y relación de síntomas con ciclo menstrual. Se tabularon los datos obtenidos y se determinó la proporción de cada variable en relación al total de casos.

RESULTADOS: Se identificaron 13 estudios con 17 casos de endometriosis torácica. El mayor número de reportes se presentó en Brasil (41,17 %) y Chile (41,17 %). La edad media fue de 33 años. El 35,29 % presentaba el antecedente de endometriosis pélvica. La manifestación más frecuente fue el neumotórax (52,94 %). El órgano comprometido con mayor frecuencia fue el diafragma (58,82 %). Los síntomas coincidieron con el ciclo menstrual en el 23,52 % de las pacientes.

DISCUSIÓN: El neumotórax catamenial fue la manifestación más frecuente de endometriosis torácica en nuestra serie, similar a lo reportado en la literatura (73 %). El antecedente de endometriosis pélvica se presentó en un porcentaje menor al 50 % reportado en otras investigaciones.

PALABRAS CLAVE: América del Sur, Disnea, Endometriosis.



TI_02: HIDATIDOSIS DE UBICACIÓN ATÍPICA, PRESENTACION DE UNA SERIE DE CASOS EN OSORNO.

Bastián Barria Carrasco (1), Gustavo Cárcamo Cotapos (1), Marcela Krugmann Habert (1), Carolina Godoy Cáceres (1), Edmundo Ziede Rojas (2).

(1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, campus clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médico especialista en Cirugía, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una zoonosis causada por la larva del cestodo *Echinococcus granulosus*, tiene una prevalencia de 5-10%, siendo más alta en las zonas rurales. Las localizaciones más frecuentes incluyen la hepática (60%) y la pulmonar (30%), la localización atípica alcanza hasta un 10%. Las regiones más afectadas en Chile incluyen Aysén, Los Ríos, Magallanes y Los Lagos.

OBJETIVO: brindar una perspectiva a médicos generales en urgencias, al describir casos de hidatidosis de presentación atípica, considerando dificultades diagnósticas, curso y evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo de una serie de casos de hidatidosis de localización atípica que se atendieron entre el año 2005 al 2021 en nuestro centro, para lo cual se consultaron los registros de ficha clínica y registros electrónicos y se ingresaron los datos mediante la plataforma Google forms a una planilla de Excel para su análisis.

RESULTADOS: se pudieron recabar 12 casos de presentación renal, ósea, muscular, peritoneal, retroperitoneal y visceral, 7 de los cuales tenían procedencia rural y con edades de 12 a 83 años. El síntoma principal fue dolor. La imagen diagnóstica fue tomografía computada en 8 casos. Eosinofilia presente en 3 casos, serología positiva en 4 casos y la vía de ingreso fue urgencias en 5 de ellos. Todos fueron tratados con albendazol y resección, a 3 pacientes sobreinfectados se les agregó antibioticoterapia. Los días de postoperatorio variaron de 1 a 7 días. Solo 2 casos tuvieron recidiva. No hubo mortalidad, sin afectación hepática ni pulmonar.

DISCUSIÓN: Como se pudo comprobar, elementos de sospecha como eosinofilia o serología en los que se describe un alto rendimiento no logran ser suficientes para orientar la sospecha. Por tanto, se debe considerar la hidatidosis dentro de los diagnósticos diferenciales y apoyarse también en imagenología para orientar el proceso diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Dolor Abdominal, Equinococosis, Espacio Retroperitoneal.



TI_03: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL EN HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS.

Sofía Sanzana Castro (1), Carolina Ortiz Mangili (1), Cristóbal Lefno Diocares (1), Nicolay Oyarzo Lemus, (1), Renato Palma Fernández (2)

(1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, campus clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médico Internista, Universidad Austral de Chile, Valdivia..

INTRODUCCIÓN: El uso de terapia anticoagulante oral (TACO) es usada para el tratamiento y prevención de eventos tromboembólicos, pero está sujeta a efectos adversos los cuales pueden depender de factores propios de cada paciente, por lo que requieren seguimiento estricto de niveles de anticoagulación y presencia de complicaciones para personalizar la terapia.

OBJETIVO: Caracterizar a los pacientes en TACO en un hospital familiar y comunitario.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se realizó una evaluación de los registros de pacientes adultos atendidos en forma ambulatoria en el policlínico de TACO en un hospital familiar y comunitario desde septiembre de 2020 hasta agosto de 2021. Sin restricción de género. Las variables evaluadas fueron edad, tipo de fármaco, comorbilidades, causa del tratamiento, presencia de polifarmacia y complicaciones. Se calculó la proporción de cada variable en relación con el total de participantes.

RESULTADOS: La población identificada fue de 89 pacientes con edad promedio de 68 años, el fármaco utilizado fue Acenocumarol. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial crónica en un 77.53 % y dislipidemia en un 40.45 %. Las causas más frecuentes de TACO fueron fibrilación auricular en un 64.04 % de los casos y trombosis venosa profunda en un 15.73 %. El 57.30 % presentó polifarmacia. La tasa de complicaciones descritas en atenciones del policlínico fue de 5.62 %, las cuales variaron entre hematuria, hemorragia gastrointestinal y epistaxis.

DISCUSIÓN: Similar a reportes nacionales e internacionales, la principal causa del uso de TACO en nuestra serie fue la fibrilación auricular. Sin embargo, la tasa de complicaciones de este estudio fue menor a otras series nacionales (34.57 %). Es importante mantener un registro de las complicaciones para reconocer las medidas que permitan tener mejor control sobre estas y su aplicación en centros comunitarios.

PALABRAS CLAVE: Acenocumarol, anticoagulantes, Fibrilación Atrial, Hemorragia.



II Jornada de Investigación CEMOS UACH Osorno 2022
Centro de Estudiantes de Medicina
Universidad Austral De Chile

CASOS CLÍNICOS



CC_01: METÁSTASIS CUTÁNEA DE ADENOCARCINOMA DE COLON, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marcela Krugmann Habert (1), Bastián Barria Carrasco (1), Carolina Godoy Cáceres (1), Natalia Avendaño Sánchez (1), Camilo Barraza Etcheverry (2)

(1) Interno/a de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médico especialista en dermatología, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: Las metástasis cutáneas (MC) de tumores primarios de órganos sólidos suponen un hallazgo infrecuente en la práctica clínica, aunque potencialmente todas las neoplasias malignas pueden presentar compromiso cutáneo a distancia. Se ha visto una relación directa entre el origen tumoral y el lugar de MC.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Hombre de 68 años con antecedentes de HTA y EPOC tabáquico en tratamiento, con diagnóstico hace 4 años de Cáncer de Colon etapa IV con metástasis pulmonar operada, actualmente en manejo paliativo. Consulta en dermatología por lesión de 1 año de evolución en zona occipital de cuero cabelludo, asociado a dolor leve ocasional, sin sangrado, ulceración, ni otro síntoma asociado. Al examen físico se observa un nódulo sésil de 1,5x1,5 cm, levemente eritematoso, de consistencia firme, móvil, no adherido a planos profundos. Con la hipótesis diagnóstica inicial de quiste triquilemal se realiza una biopsia escisional, la cual informa hallazgos compatibles con adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante en dermis. Tres meses posteriores a la intervención inicial presenta recidiva con la aparición de un nódulo subcutáneo de 4x4 cm. Debido a la presencia de dolor, se decide realizar una segunda extirpación con márgenes amplios, tras lo cual el paciente presenta resolución completa de los síntomas hasta la fecha.

DISCUSIÓN: Las MC son producto de la infiltración de la piel por proliferaciones de células procedentes de tumores malignos situados a distancia ya sea por vía hematogena, linfática o invasión directa, y puede ocurrir en el contexto de una enfermedad diseminada o ser el único signo de enfermedad. Las características clínicas de estas lesiones son inespecíficas, pudiendo simular otras lesiones cutáneas, benignas o malignas. El compromiso Metastásico cutáneo del cuero cabelludo es infrecuente se ha descrito en cáncer de origen pulmonar, mamario y renal. Por otra parte, las neoplasias malignas gastrointestinales suelen presentar MC en la región abdomen- pelvis.

PALABRAS CLAVE: Metástasis, Adenocarcinoma, Colon.



CC_02: SÍNDROME DE HELLP ASOCIADO A PREECLAMPSIA EN AUSENCIA DE PROTEINURIA.

Paola Cantero Cofré (1), Fernanda Guzmán Le Breton (1), Gabriela Ulloa Flies (1), José Pablo Baeza Núñez (1), Jaime Mansilla Urrutia (2).

(1) Interno de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médico Hospital Base de Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La preeclampsia (PE) es un síndrome específico del embarazo caracterizado por disfunción endotelial vascular sistémica a raíz de una placentación anómala. Se diagnostica con presión arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria ≥ 300 mg/24 horas. El síndrome de HELLP es una forma severa de PE cuyos criterios diagnósticos son anemia hemolítica microangiopática, elevación de transaminasas y trombocitopenia. Presentamos el caso de un síndrome de HELLP asociado a PE en ausencia de proteinuria.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Primigesta, 32 años, cursando embarazo de 38 semanas +1 día. Derivada desde atención primaria (APS) por trombocitopenia aislada ($60.000/\text{mm}^3$). Asintomática, hemodinámicamente estable, sin edema, reflejos osteotendíneos normales. En exámenes de laboratorio de control presentó trombocitopenia ($59.000/\text{mm}^3$), hipertransaminasemia (GOT 70U/L, GPT 73U/L), y anemia progresiva con aumento de LDH 589U/L y Bilirrubina total 2.34mg/dl. En contexto de HELPP Tipo II, se indicó tratamiento con Sulfato de Magnesio, corticoides y transfusión de plaquetas. Durante la transfusión presentó dolor abdominal agudo, se realizó cesárea de urgencias donde se evidenció desprendimiento de placenta. Tras la interrupción evolucionó favorablemente, con PA en rangos normales y rápida recuperación de parámetros de laboratorio, aspecto clave en la certificación diagnóstica.

DISCUSIÓN: Posteriormente se rescataron antecedentes de 3 consultas en APS por sospecha de diabetes gestacional. La primera 13 días antes de la hospitalización donde presentaba una PA 129/92mmHg, que pasó desapercibida. Adicionalmente realizó una consulta por epistaxis. Este caso ilustra las dificultades diagnósticas de estas patologías y la importancia del reconocimiento precoz para disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

Existe controversia en cuanto al origen del síndrome HELLP como una variante de PE grave o como síndrome separado de los trastornos hipertensivos del embarazo, puesto que hasta un 15% no presenta proteinuria ni hipertensión arterial. Debido a lo anterior se concluye que se debe mantener un alto índice de sospecha para detectar presentaciones incompletas y/o atípicas.

PALABRAS CLAVE: Proteinuria, Preeclampsia, Síndrome HELLP.



CC_03: OTITIS EXTERNA NECROTIZANTE RECIDIVANTE CON COMPLICACION INTRACRANEAL, A PROPOSITO DE UN CASO.

Bastián Barría Carrasco (1), Gustavo Cárcamo Cotapos (1), Camila Valenzuela Quintana (1), Catalina Biere Rosas (1), Ricardo Nicolás Carrillo Lioi (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médico especialista en Otorrinolaringología, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La otitis externa necrotizante (OEN) es una infección severa producida generalmente por *Pseudomona Aeruginosa*. Los factores de riesgo incluyen inmunosupresión y diabetes. Característicamente compromete el hueso timpanal del conducto auditivo externo (CAE). El tratamiento antibiótico (tATB) y el manejo quirúrgico (mQx) son su principal tratamiento. Se presenta el caso de un paciente con cuadro de OEN que evoluciona con una complicación intracraneal.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenino de 70 años, con antecedente de diabetes mellitus 2. Presenta cuadro de 1 mes de otalgia en oído izquierdo (OI), otoscopia compatible con otitis externa. Se realiza tATB. Debido a pobre respuesta clínica se estudia con Tomografía computarizada (TC) que informa cambios inflamatorios en CAE. Biopsia descarta malignidad. Posteriormente consulta en urgencias por compromiso de consciencia y otalgia intensa, se asocia parálisis facial izquierda. TC evidencia erosión ósea en CAE, sin patología central. Se realiza mQx y tATB EV por 2 semanas. Evolución favorable. Reconsulta 2 meses después por otalgia izquierda intensa. En otoscopia se observa tejido granulatorio (TGr). Se hospitaliza para tATB EV. Se realiza mQX y se toma cultivo que resulta negativo. Debido a evolución favorable, alta con tATB VO. Reingresa 2 semanas después por compromiso de conciencia, disartria y compromiso del nervio hipogloso izquierdo. RM objetiva trombosis seno venoso izquierdo y signos inflamatorios en región Petrosa de hueso temporal. Se completa tATB EV por 7 semanas. Evolución favorable.

DISCUSIÓN: la OEN es una patología de difícil manejo, se caracteriza por otalgia intensa persistente asociado a TGr en CAE que no responde a tratamiento tópico. En su evolución puede comprometer pares craneales (Facial e hipogloso en este caso) y presentar complicaciones intracraneales como trombosis de senos venosos cerebrales.

Dado la presentación inicial inespecífica y las eventuales complicaciones es necesario un diagnóstico precoz para iniciar tATB correspondiente.

PALABRAS CLAVE: Otitis externa, Mastoiditis, Trombosis del Seno Lateral.



CC_04: ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE EXTREMIDAD SUPERIOR EN PACIENTE COVID (+), REPORTE DE UN CASO.

Patricio Monsalve Sobarzo (1), Andrea Riebel Brummer. (1), Diego Segura González (1), Magdalena Varas Musso (1), Cristóbal Pineda Etcheber (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Residente de Cirugía general, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La infección por SARS-COV-2 (COVID-19), se manifiesta como un síndrome respiratorio agudo con afectación de la coagulación, con tendencia trombogénica venosa y arterial, generando trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar e isquemia aguda (IA). La incidencia de IA de extremidades asociada ronda entre 3-15%, la etiología es principalmente tromboembólica y afecta mayoritariamente a extremidades inferiores (71%) y con menor frecuencia extremidades superiores (14%).

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, 41 años, derivado a urgencias en su octavo día de COVID-19 por disnea, peak febril, polipnea, desaturando hasta 80%. En exámenes destaca leucocitosis 12.030, PAFI 256, Dímero D <0.15 ug/ml, PCR 27, se hospitaliza para manejo. Evoluciona con dolor en extremidad superior izquierda (ESI) asociado a disminución de pulso braquial, radial y ulnar, frialdad y coloración violácea de dedos 4 y 5. Doppler sin flujo a nivel braquio-radial. Se realiza embolectomía, evoluciona con buena perfusión a distal, movilidad y fuerza conservadas. AngioTAC torácica muestra TEP subsegmentario bilateral, inicia imbricación con acenocumarol. Posteriormente cursa nuevamente con signos de IA en ESI, realizándose nueva embolectomía fallida, reparada con bypass braquial-ulnar con vena cefálica invertida más jump a arteria radial y fasciotomía, con evolución favorable.

DISCUSIÓN: Se expone la presentación atípica y manejo de un paciente COVID-19 con IA secundaria. Para este cuadro existen distintas alternativas de revascularización quirúrgica (trombectomía abierta, endarterectomía, angioplastia con parche, bypass quirúrgico) y endovascular (trombólisis dirigida por catéter y trombectomía mecánica percutánea). Actualmente no hay datos de calidad para preferir la intervención abierta frente a la endovascular. La anticoagulación terapéutica debe utilizarse siempre tras la intervención de la IA, para reducir riesgo de episodios isquémicos recurrentes, necesidad de reintervención y amputaciones. El uso de heparina sistémica prolongada podría mejorar la eficacia del tratamiento quirúrgico. Considerando el alto riesgo tromboembólico de pacientes COVID, se debe iniciar trombo-profilaxis siempre en hospitalizados con cuadros graves.

PALABRAS CLAVE: Coronavirus - Isquemia – Tromboembolia.



CC_05: NEUTROPENIA FEBRIL COMO DEBUT DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Leonardo Delgado Cortés (1), Camila Candia González (1), Juan Mansilla Santana (1), Omar Poblete Durán(2), Yazmín Pinos García (3).

(1) Interna/o de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médica Internista, especialista en Infectología, Hospital Base San Jose de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con cánceres hematológicos desarrollan neutropenia, una disminución del subconjunto de leucocitos responsables de la protección contra las bacterias, o como resultado de la quimioterapia. Esto predispone a infecciones graves, lo que representa mal pronóstico si se asocia a cuadro febril, por lo que es importante un alto índice de sospecha y un adecuado manejo y profilaxis.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina 66 años con antecedentes de diabetes mellitus 2 y asma, consulta en hospital del área por 6 días de evolución de sensación febril, odinofagia, tos irritativa progresiva, mialgia y cefalea. Se trata como amigdalitis aguda. Reconsulta en servicio de urgencia de Hospital Base San José de Osorno en regulares condiciones generales, febril (38.9°C), presenta petequias y púrpuras generalizadas, edema facial y palpebral mayor a izquierda. Sin adenopatías. Laboratorio de ingreso destaca: pancitopenia severa (leucocitos 1700, recuento absoluto neutrófilos 200, hemoglobina 8,2, plaquetas 57.000), PCR 411, LDH 524. Tomografía axial computarizada fosas nasales: Cambios inflamatorios faciales, sinusales y periorbitarias izquierdas con compromiso orbitario. Adenopatías múltiples. Completó esquema antibiótico (ATB) endovenoso (vancomicina y cefepime). Hemocultivos negativos, panel de virus respiratorios (+) para virus respiratorio sincicial. Presenta peaks febriles hasta 39.5°C. Se inició en forma empírica terapia antifúngica (anfotericina liposomal y voriconazol), hasta descartarse. Evaluada por hematología; se realiza mielograma que informa blastos 33%, celularidad (+++) sugerente de leucemia mieloide aguda. Con parámetros inflamatorios bajos y afebril 72 horas, se inicia profilaxis ATB (levofloxacin). Requiere múltiples transfusiones de hemoderivados. Oftalmología describe fondo de ojo infiltrado leucémico y microhemorragias nasales. Se decide quimioterapia paliativa.

DISCUSIÓN: Pese a no aislar microorganismo o foco de infección; estos pacientes requieren un tratamiento de amplio espectro para cubrir virus, bacterias y hongos. Una vez que los parámetros inflamatorios bajan y se mantienen afebril, puede pasarse a la etapa de profilaxis e inmunizaciones en los pacientes que lo requieran.

PALABRAS CLAVE: Neutropenia febril, leucemia mieloide aguda, sinusitis.



CC_06: MENINGITIS POR REACTIVACIÓN DE *VIRUS VARICELA ZOSTER* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE UN CASO.

Patricio Monsalve Sobarzo (1), Andrea Riebel Brummer (1), Diego Segura González (1),
Andrés Tajan Escobar (1), Eduardo Schulz Góngora (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Residente de Medicina Interna, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: El *virus varicela zóster (VVZ)* es un herpes virus que puede causar dos cuadros clínicos diferentes: varicela (primoinfección) y herpes zoster (reactivación). Luego de la primoinfección, el virus permanece latente en los ganglios de la raíz dorsal de la médula espinal. La reactivación con erupción cutánea es común en ancianos e inmunocomprometidos. En estos grupos de pacientes pueden aparecer complicaciones neurológicas tales como mielitis, neuropatías craneales, meningitis asépticas y encefalitis, lo cual es poco común en general y excepcional en pacientes inmunocompetentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, 22 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de tres días de cefalea holocránea pulsátil, EVA 9/10, asociado a náuseas, y un episodio subfebril (37,6), sin respuesta a tratamiento sintomático. Evaluado en urgencias, vigil, atento, orientado temporo-espacialmente, sin focalidad de pares craneales ni vías largas, metría y diadococinesias conservadas, leve rigidez de nuca, sin lesiones cutáneas. Punción lumbar destaca líquido incoloro, transparente, sin coágulo, 162 células/mm³, 100% mononucleadas, film array panel meningitis (+) para VVZ, gram sin microorganismos. Destaca inmunología y recuento de subpoblaciones sin alteraciones, VIH -. Se hospitaliza para iniciar aciclovir endovenoso, con adecuada evolución clínica. Durante hospitalización destaca brote de lesiones cutáneas herpéticas, distribución lumbocostal derecha (dermatoma T2).

DISCUSIÓN: Se presenta un caso de reactivación de VVZ con presentación atípica en paciente joven inmunocompetente. En este grupo de pacientes resultan extremadamente raras las complicaciones neurológicas severas, y aunque se trata de una entidad en general benigna, estas pueden dejar secuelas significativas. La afección dérmica precede a la neurológica en la mayoría de los pacientes con herpes zoster, y la meningitis suele ser precoz (4 a 10 días post erupción). En el caso en discusión, la clínica neurológica precedió a la erupción del exantema en 4 días, lo cual también resulta excepcional.

PALABRAS CLAVE: Cefalea - Infección por el Virus de la Varicela-Zóster – Meningitis.



CC_07: PERICARDITIS POST INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, REPORTE DE UN CASO.

Patricio Monsalve Sobarzo (1), Andrea Riebel Brummer. (1), Diego Segura González (1), Matías Toro Berney (1), Eduardo Schulz Góngora (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médico Residente de Medicina Interna, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La pericarditis constrictiva que complica el infarto agudo de miocardio (IAM) es una entidad rara, que puede ser precoz, o epistenopericarditis (secundaria a necrosis del miocardio), y tardía o síndrome de Dressler. La fisiopatología específica del síndrome de Dressler no está del todo clara, pero se ha planteado como etiología una respuesta inflamatoria exagerada de tipo autoinmune, en donde el sistema inmunitario ataca al tejido necrótico postinfarto.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, 81 años, hospitalizado en contexto de IAM con supradesnivel del segmento ST extenso de pared anterior. Angioplastia con STENT medicado sobre arteria descendente anterior (ADA) ostial, proximal y media. Evoluciona con shock cardiogénico manejado con drogas vasoactivas. Se inicia manejo depletivo y estabilización. 10 días posterior a IAM se realiza ecocardiograma que muestra aquinesia septal y de todos los segmentos apicales del ventrículo izquierdo, fracción de eyección (FE) 39%. Derrame pericárdico moderado-severo, con colapsabilidad de aurícula derecha, sin repercusión hemodinámica, sin taponamiento. Por alta sospecha de Síndrome Dressler, se decide suspender anticoagulación hasta estabilidad e iniciar colchicina, con ecocardiografía diaria. Con buena respuesta, sin compromiso hemodinámico y con derrame a la baja.

DISCUSIÓN: Se presenta un caso de complicación de IAM infrecuente en la actualidad, sin embargo, debido a la elevada incidencia de infarto, es necesario tener alto índice de sospecha de sus eventuales complicaciones con sus respectivos manejos, ya que la pericarditis post-infarto cursa con dolor y elevación del ST, pudiendo confundirse con un re-infarto. La pericarditis postinfarto es un fenómeno inflamatorio que no reviste gravedad, aunque en presencia de un tratamiento antitrombótico intenso puede convertirse en hemorrágica, por ejemplo al confundirse con un re-infarto. La falta de pruebas diagnósticas puede llevar a estudios innecesarios o tratamientos inadecuados con posibles efectos secundarios. Generalmente es de buen pronóstico y responde de manera satisfactoria al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides.

PALABRAS CLAVE: Angioplastía, Infarto del Miocardio, Pericarditis.



CC_08: SÍNDROME HEMORRAGÍPARO POR DÉFICIT ADQUIRIDO DE FACTORES DE COAGULACIÓN VITAMINA K-DEPENDIENTES, REPORTE DE UN CASO.

Patricio Monsalve Sobarzo (1), Andrea Riebel Brummer. (1), Diego Segura González (1), Emilia Rojo Fernández (1), Eduardo Schulz Góngora (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médico Residente de Medicina Interna, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: Los síndromes hemorrágíparos son la expresión clínica de estados mórbidos, constitucionales, hereditarios o adquiridos, que se manifiestan como una tendencia a las extravasaciones sanguíneas, espontáneas o provocadas por causas mínimas. Las hemorragias cutáneas, mucosas y viscerales son las principales manifestaciones de estos síndromes. Estos fenómenos pueden ser resultado de un proceso patológico localizado o de un trastorno de la hemostasia que involucra la etapa primaria o secundaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina, 44 años, hipertensa bien controlada. Consulta por cuadro de dos semanas de evolución de equimosis espontáneas y gingivorragia progresiva. Al ingreso hemodinamia estable, múltiples equimosis en abdomen y extremidades, sin petequias, gingivorragia. Laboratorio destaca international normalized ratio (INR) incalculable + tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) > 180 segundos, con recuento plaquetario normal. Se hospitaliza para transfusión octaplex, crioprecipitados, corticoterapia y vitamina K. Durante hospitalización destaca TTPA test mezcla normal y alteración INR. Se solicitó estudio factores de la coagulación e inhibidores. Serología autoinmune negativa para lupus y síndrome antifosfolípidos. En exámenes posteriores destacó déficit de factores II, VII, IX y X (vitamina-K-dependientes) y ausencia de inhibidores. Con buena respuesta clínica y de laboratorio, se decide alta y manejo ambulatorio.

DISCUSIÓN: Se presenta un caso de síndrome hemorrágíparo por déficit adquirido de factores de coagulación dependientes de vitamina K, sin etiología determinada, y cuyo único origen posible identificado fue intoxicación accidental con rodenticidas anticoagulantes. Ante cualquier síndrome hemorrágico, es preciso descartar las etiologías más graves, que puedan comprometer el pronóstico vital, como un déficit grave de un factor de coagulación, hemopatía maligna o púrpura fulminante, para adoptar la actitud terapéutica más adecuada.

Posteriormente buscar elementos clínicos y biológicos que orienten hacia una etiología en base a la asociación de otros signos clínicos y las pruebas de laboratorio (trombocitopenia, déficit de un factor de coagulación, déficit del factor Von Willebrand, sospecha de trombocitopatía).

PALABRAS CLAVE: Equimosis, Trastornos de la Coagulación Sanguínea, Vitamina K.



CC_09: CORIOAMNIONITIS POR *CÁNDIDA ALBICANS* EN GESTANTES CON DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Aedo Rebolledo (1), Camila Altamirano Ojeda (1), Javiera Buttcovich González (1), Constanza Fernández Catalán(1) , Karen Contreras Vega (2) (2).

- (1) Interna de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médica cirujana. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La corioamnionitis corresponde a la inflamación aguda de las membranas placentarias, acompañada de la infección del contenido amniótico. En embarazadas existe alta tasa de colonización por *Candida albicans* (*C.albicans*), no obstante, ésta no figura como causante típico de corioamnionitis. Existiría un riesgo aumentado de corioamnionitis por *C. albicans*, en pacientes portadoras de un Dispositivo intrauterino (DIU). Hoy en día no existen guías estandarizadas para prevenir y/o tratar una corioamnionitis micótica.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 36 años, multípara de dos, cursando embarazo de 26 semanas de gestación, portadora de DIU tipo T de cobre. Consultó por dinámica uterina coordinada y metrorragia escasa. Ingresó afebril, normotensa, taquicárdica, sin taquicardia fetal, movimientos fetales presentes. Especuloscopia con cuello uterino cerrado sin metrorragia activa ni pérdida de líquido amniótico. Ecografía transvaginal mostraba cérvix de 20 mm, con signo de funnel positivo. Ecografía transabdominal destacaba placenta de ubicación anterior alta, con estimación de peso fetal de 934 gr. El laboratorio demostró parámetros inflamatorios elevados. Se inició inducción de maduración pulmonar fetal, neuroprotección fetal y antibioticoterapia empírica triasociada. En el urocultivo para levaduras hubo desarrollo de *C. Albicans*. Posteriormente cursó con ruptura prematura de membranas y taquicardia fetal, por lo que se decidió interrupción de la gestación vía alta. Paciente evolucionó favorablemente. El estudio anatomopatológico de placenta informó corioamnionitis purulenta.

DISCUSIÓN: La corioamnionitis por *C. Albicans* es una tema de escasa revisión, no se cuenta con protocolos clínicos de prevención y/o manejo. Es necesario realizar mayores estudios con respecto a este tema, ya que podrían existir estrategias de prevención como lo son la extracción temprana del DIU o uso de antimicóticos en el primer trimestre de embarazo para la erradicación de *C. Albicans*. Esta enfermedad conlleva morbimortalidad tanto fetal como materna, es por esto, que es de suma importancia diagnosticarla, tratarla, y si es posible prevenirla.

PALABRAS CLAVE: *Candida albicans*, Corioamnionitis, Dispositivos Intrauterinos.



CC_10: HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN AUTOINMUNE, REPORTE DE UN CASO.

Fernanda Guzmán Le Breton (1), Gabriela Ulloa Flies (1), Paola Cantero Cofré(1), José Pablo Baeza Núñez (1), Diana Bravo Gajardo (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Cirujano, Hospital Base de Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La hepatitis autoinmune (HAI) es una hepatopatía crónica y progresiva caracterizada por elevación de transaminasas y niveles de inmunoglobulina G, con seropositividad variable para anticuerpos. Tiene baja frecuencia y sintomatología poco específica.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina, 66 años, con antecedente de hipotiroidismo primario, consultó por cuadro de 5 días de coluria y acolia, asociado a dolor abdominal de 2 semanas de evolución y un episodio subfebril.

Niega consumo de tóxicos. Al examen físico en buenas condiciones generales, ictericia marcada de piel y mucosas, abdomen sensible a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Ante sospecha de coledocolitiasis se solicitaron exámenes donde destacaba: GOT 1394, GPT 1622, Bilirrubina total 16.1, INR 1.33. Tomografía de abdomen demostró hallazgos inflamatorios en parénquima hepático y discreto edema periportal, sin factor obstructivo evidente. Virología hepática sérica negativa. Se hospitalizó con diagnóstico de hepatitis aguda para estudio etiológico.

Durante la hospitalización se inició estudio inmunológico con IgG 1689 y ANA (+) 1/160 moteado. Debido a evolución tórpida de laboratorio, con ascenso progresivo de transaminasas, bilirrubina e INR, se realizó pulso de metilprednisolona en espera de resultado de anticuerpos específicos (ASMA/Anti-LKM1). Presentó buena respuesta clínica y de laboratorio, se efectuó traslape a vía oral y descenso gradual de dosis, además de inicio de Azatioprina. En este contexto se decidió alta y seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN: La HAI se presenta preferentemente en mujeres (70%), con clínica variable e inespecífica. La presentación aguda ocurre en un 30% de los pacientes, usualmente con encefalopatía, ictericia y coagulopatía. Debido a la complejidad que representa su diagnóstico, es fundamental mantener un alto índice de sospecha para evitar la progresión a falla hepática que pudiera requerir trasplante. Un factor que contribuye en el proceso es que en un 40% coexiste con otras enfermedades autoinmunes, como se ve reflejado en este caso.

PALABRAS CLAVE: Hepatitis autoinmune, Hipergamaglobulinemia, Anticuerpos Antinucleares.



CC_11: MIOCARDITIS AGUDA OLIGOSINTOMÁTICA EN PACIENTE JÓVEN.

Fernanda Guzmán Le Breton (1), Gabriela Ulloa Flies (1), Paola Cantero Cofré(1), José Pablo Baeza Núñez (1), Ale Ñancupil Reyes (2)

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médico Residente de Medicina Interna, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del músculo cardíaco cuya causa más común es la infección viral, aunque en gran parte de los casos no es posible identificar la etiología específica. Posee un amplio espectro de presentación, desde dolor torácico autolimitado hasta shock cardiogénico y muerte.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo masculino, 22 años, deportista, con antecedente de rinitis alérgica. Consulta en urgencias por cuadro de 2 horas de evolución de dolor retroesternal opresivo, de mediana intensidad, que inicia al despertar, sin irradiación, agravantes ni atenuantes. Asociado a disnea leve y palpitaciones, sin síntomas vasovagales. A la anamnesis dirigida refirió cuadro gripal reciente con odinofagia, cefalea y mialgias. Niega consumo de alcohol, tabaco o drogas. Sin antecedentes familiares de cardiopatías. Al momento de la anamnesis se encontraba completamente asintomático. Al examen físico hemodinámicamente estable, normotenso, eucárdico, sin apremio respiratorio, con ritmo cardíaco regular en 2 tiempos sin soplos. Electrocardiograma informado con ritmo sinusal, frecuencia de 80 por minuto, con supradesnivel ST cóncavo en DI, DII, V3-V6. En exámenes de laboratorio destacaba elevación de troponinas ultrasensibles (TUS) 2190pg/ml y aumento de parámetros inflamatorios (PCR: 12.91). Bajo sospecha de miocarditis aguda se realiza Ecografía al pie de la cama donde se evidencia buena contractibilidad del VI, relación adecuada entre cámaras derechas e izquierdas, sin signos de derrame pericárdico. En este contexto se decide hospitalización para manejo y estudio etiológico, bajo monitorización cardiovascular continua. Se completa estudio con virología sérica y PCR SARS-COV2 negativos. Radiografía de tórax sin alteraciones. Presentó evolución favorable con TUS seriadas con curva descendente.

DISCUSIÓN: Debido a que la presentación clínica es extremadamente variable, se recomienda barajar esta entidad como diagnóstico diferencial, además de reforzar la utilidad del electrocardiograma, como herramienta indispensable en el enfrentamiento del dolor torácico agudo en el servicio de urgencias, incluso en pacientes con bajo índice de sospecha.

PALABRAS CLAVE: Miocarditis, electrocardiografía, troponina.



CC_12: ACIDOSIS TUBULAR RENAL TIPO 1 Y 2 COMO CAUSA DE ACIDOSIS METABÓLICA E HIPOKALEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Aedo Rebolledo (1), Camila Altamirano Ojeda (1), Javiera Buttovich González (1), Constanza Fernández Catalán(1) , Valentina Carrasco Araya (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Médica Residente de Medicina Interna, Universidad Austral de Chile, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La acidosis tubular renal (ATR) Tipo 1 o 2, causa acidosis metabólica, disminución de bicarbonato y potasio en sangre. Éstas pueden ser compensadas por aportes exógenos diarios, sin embargo, es el tratamiento de la patología tras la ATR lo que puede disminuir sus requerimientos. Son más frecuentes en la población pediátrica, como enfermedades hereditarias, y en el adulto se presentan como consecuencia de patologías como amiloidosis, mieloma múltiple o lupus eritematoso sistémico, entre otras.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 63 años con antecedentes de enfermedad renal crónica etapa IV, hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus 2 insulino requirente, enfermedad vascular periférica, riñón izquierdo atrófico y litiasis renal derecha no obstructiva, con hospitalización reciente por acidosis metabólica severa asociada a hipokalemia leve, sin claro descompensante, requiriendo diálisis de urgencia. Es hospitalizada nuevamente, en menos de un mes, por valores críticos de pH e hipokalemia leve, pesquisados en control ambulatorio; asintomática metabólicamente, con buena respuesta a aportes exógenos de bicarbonato y potasio. En base a exámenes, se diagnóstica ATR distal o proximal. En estudio etiológico de ATR se descarta causa reumatológica, por historia y exámenes negativos. En un control con hemograma se evidenció anemia moderada hipocrómica, informando: equinocitos, poiquilocitos, eliptocitos, además, Beta 2 microglobulina elevada, por lo que se plantea causa hematológica de ATR. Por evolución favorable, paciente es dada de alta sin diagnóstico etiológico, a la espera de resultados de exámenes hematológicos, con aportes de bicarbonato y potasio diarios vía oral y control ambulatorio.

DISCUSIÓN: La ATR tipo 1 y 2 es una patología poco frecuente en el adulto (sin datos epidemiológicos en Chile), por lo que es difícil de sospechar. Los pacientes pueden vivir con aportes de potasio y bicarbonato, sin embargo, puede ser consecuencia de patologías sistémicas graves que requieren tratamiento y que deben ser descartadas.

PALABRAS CLAVE: Acidosis tubular renal, Acidosis Metabólica, Hipokalemia.



CC_13: TETRASOMÍA DEL CROMOSOMA 9P, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Godoy Cárceres (1), Marcela Krugmann Habert (1), Bastián Barría Carrasco (1), Natalia Avendaño Sánchez (1), Jonathan Huserman Lupu (2).

(1) Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La tetrasomía del cromosoma 9p es un síndrome clínico poco frecuente, que describe la presencia de un cromosoma supernumerario que incorpora dos copias del brazo corto del cromosoma 9, y se caracteriza por un fenotipo variable que incluye anomalías congénitas múltiples, discapacidad intelectual severa y retraso del crecimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, primer hijo de padres no consanguíneos sanos. Embarazo con alteraciones ecográficas: restricción de crecimiento intrauterino, comunicación interventricular, insuficiencia tricuspídea y pulmonar, agenesia parcial de cuerpo caloso, hipoplasia del vermis cerebeloso y genitales femeninos. Por lo anterior, se realiza estudio con cariógrama prenatal: 47, XY, +8, del (8) (q22q->qter)[17]/46,XY[5]. Nace a las 38 semanas por cesárea programada, peso 2.435 gramos, talla 45 centímetros, circunferencia cráneo 33 centímetros, APGAR 8-9. Al examen físico destaca braquicefalia, fontanela amplia, frente abombada, orejas de implantación baja, epicanto bilateral, telecanto, nariz bulbosa, puente nasal bajo, boca en carpa, cuello corto, pterigium colli, arteria umbilical única, hipoplasia de falange proximal del quinto dedo derecho, aplasia del izquierdo, clinodactilia bilateral del quinto dedo, genitales ambiguos (labio mayor presente, sin labios menores y aparente clítoris hipertrófico) y desviación interna de ambos pies.

Se solicita cariógrama postnatal que informa 47, XY, +9, del(9) (q21->qter). Cariograma de padre 46, XY inv(6) (p21;q13) y madre 46, XX. Se completa estudio con Panel Invitae Disorders of Sex Development que resulta negativo. Array cGH:arr[GRCh37] 9p24.3p13.1 208455_38772005)x4 arr(9p)x4 Isocromosoma supernumerario 9p.

DISCUSIÓN: La tetrasomía del cromosoma 9p es un síndrome genético que se manifiesta con una amplia variedad de manifestaciones clínicas reconocibles como las descritas en este caso clínico. La combinación de pruebas genéticas y morfología fetal temprana permite el diagnóstico prenatal. La sospecha y diagnóstico es importante para el asesoramiento genético y pronóstico del paciente. En la revisión bibliográfica no se han descrito pacientes con alteraciones de genitales ambiguos.

PALABRAS CLAVE: Tetrasomía, Cariograma, Cromosoma.



CC_14: SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO FENOTIPO KAWASAKI NO SHOCK REFRACTARIO SEVERO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ricardo Kouro Vásquez (1), Francisca González Rocco (1), Oscar Castillo Grothusen (1), Stefanía Bastidas Espinoza (1), Elizabeth Mendez Andrade (2).

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Residente de Pediatría, Médico Cirujano, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: El síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-COVID-19) es una complicación post infecciosa asociada a SARS-CoV-2, representa un 10% del total de casos en pediatría y un desafío diagnóstico, ya que podría simular otras enfermedades, como enfermedad de Kawasaki y síndrome de shock tóxico.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Adolescente femenina obesa, 14 años, antecedente de síndrome metabólico, sin inmunizaciones contra SARS-CoV-2. Consulta en urgencias por fiebre intermitente de una semana de evolución asociada a mialgias, exantema, y debilidad de extremidades inferiores.

Al examen físico con reflejos osteotendíneos disminuidos. Laboratorio evidencia leucocitosis 17.270, PCR >35mg/dL, VHS y dímero D elevados, PCR SARS-CoV-2 negativa, serología IgG/IgM SARS-CoV-2 positiva, ecocardiograma normal. Se planteó SIM-COVID-19 fenotipo Kawasaki, sin shock, hospitalizándose en cuidados intensivos pediátricos. Se administró inmunoglobulina-G (Ig-G) asociado a ácido acetilsalicílico y pulso de metilprednisolona.

Paciente persistió febril, realizándose segundo pulso de Ig-G. Durante estadía presentó evolución tórpida, con fiebre hasta 40.2°C y parámetros inflamatorios elevados, destacando ferritina hasta 84.749 ng/mL. Se planteó SIM-COVID-19 refractario y se amplió estudio con cultivos, mielograma, estudio reumatológico y tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, que resultaron normales. Se inicia prednisona en dosis altas y profilaxis de agentes oportunistas. Nuevo mielograma informó focos aislados de hemofagocitosis. Evoluciona afebril con buena respuesta clínica y de parámetros de laboratorio. Luego de 56 días hospitalizada se otorgó alta con seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN: El SIM-COVID-19 grave y refractario puede comprometer la vida de los pacientes pediátricos, por lo que debe sospecharse precozmente. En el caso presentado, el diagnóstico se realizó a través de la evaluación clínica y de laboratorio. Se indicó precozmente terapia inmunomoduladora y antiagregante. Sin embargo, destaca la tórpida evolución clínica y la magnitud del compromiso inflamatorio. Es importante reconocer el fenotipo predominante ya que según este se deberá escalar en el tratamiento y descartar diagnósticos diferenciales.

PALABRAS CLAVE: COVID-19, Coronavirus, Pediatría.



CC_15: QUISTE BRONCOGÉNICO INFANTIL: EXPERIENCIA DE UN CASO.

Ricardo Kouro Vásquez (1), Fernanda Carrasco Puga (1), Magdalena Varas Musso (1), Felipe Pradines Hernández (1), Eduardo Gómez López (2)

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Cirujano infantil, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: Los quistes broncogénicos (QB) corresponden a tejido pulmonar que, debido a anomalías de la diferenciación del árbol traqueobronqueal, forman estructuras quísticas afuncionales. Se localizan en el mediastino o parénquima pulmonar. Pueden cursar asintóticamente, presentar cuadros respiratorios infecciosos al sobreinfectarse, o sintomatología obstructiva compresiva de vía aérea. La radiografía de tórax (RxTx) tiene mal rendimiento diagnóstico, la tomografía computarizada (TC) aumenta el rendimiento a un 70% y la resonancia magnética (RM) a un 90-100%. El diagnóstico se confirma histopatológicamente. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 7 años, en estudio por sospecha de fibrosis quística. Consulta por cuadros respiratorios obstructivos recurrentes, caracterizados por tos, congestión nasal, disnea de esfuerzos y obstrucción. RxTx evidencia imagen nodular densa en lóbulo inferior derecho. Se solicitó TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste que informa lesión torácica sólida paravertebral y extrapleural derecha homogénea, sin calcificaciones de 3,3 cm. Se descarta realizar biopsia guiada por tomografía debido a localización. RM de columna informa formación quística dorsal paravertebral derecha. Se descartó neuroblastoma y feocromocitoma a través de catecolaminas urinarias y cintigrama con meta-iodo-bencil-guanidina. Se solicitó ELISA que descarta hidatidosis. Se realiza videotoroscopia visualizando lesión de aspecto quística paravertebral derecha que durante disección sufre rotura, dando salida a material mucoso blanquecino. Posteriormente se realiza resección completa. Se instala pleurostomía, la cual se retira posteriormente con evolución favorable. Biopsia informa histología compatible con QB.

DISCUSIÓN: Para diagnosticar un QB, se deben tener en cuenta como diagnósticos diferenciales las anomalías estructurales de la cavidad torácica, debido a que la clínica se presenta en enfermedades de mayor prevalencia en nuestro medio y que las imágenes de primera línea en la aproximación diagnóstica presentan bajo rendimiento. El pronóstico es benigno debido a la naturaleza histológica y a la reversión completa de la sintomatología una vez operado.

PALABRAS CLAVE: Quiste Broncogénico, Disnea, Bronquios.



CC_16: ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *CHLAMYDOPHILA PSITTACI*, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Candia González (1), Leonardo Delgado Cortés (1), Juan Mansilla Santana (1), Omar Poblete Durán (1), Yasmín Pinos García (2).

(1) Interna/o de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médica Internista, especialista en Infectología, Hospital Base San Jose de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La Psitacosis es una zoonosis causada por la bacteria *Chlamydochloa psittaci* (CP), adquirida por la exposición de aves. Las manifestaciones clínicas varían desde lo asintomático hasta una neumonía fulminante. Como causa de endocarditis es rara, se debe sospechar en endocarditis con hemocultivo negativo y antecedente de exposición

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina de 65 años, con antecedentes de hipotiroidismo, COVID reciente y ruralidad. Consulta por cuadro de ocho días de evolución de fiebre hasta 40°C, diaforesis, debilidad y compromiso del estado general. Al examen físico destaca febril y taquicárdica, resto sin alteraciones. En laboratorio destaca leucocitosis de predominio polimorfonuclear, trombocitosis, elevación de PCR y VHS. Se inicia antibioticoterapia empírica con ceftriaxona. Tomografía de abdomen y pelvis evidencia múltiples abscesos hepatoesplénicos, por lo que se realiza ecocardiograma que muestra imágenes sugerentes de vegetaciones en válvula aortica. Estudio etiológico con hemocultivos negativos a las 72 hrs. Evolucionando favorablemente, afebril, con disminución de parámetros inflamatorios, pero agente etiológico desconocido. Se ahonda en anamnesis, realiza limpieza diaria de gallinero. Se solicita estudio de zoonosis al ISP, objetivando serología IgG positiva para CP, la cual posteriormente se confirma con una segunda muestra.

Se repite ecocardiograma transtorácico más transesofágico, ambos sin imagen evidente de vegetación, pero con engrosamiento de válvula aortica. Se mantiene tratamiento con ceftriaxona y se inicia doxiciclina, evolucionando favorablemente, con disminución de tamaño de abscesos hepatoesplénicos.

DISCUSIÓN: La psitacosis es una causa infrecuente de endocarditis, miocarditis y pericarditis. El estudio serológico ha ayudado a llegar al diagnóstico etiológico, sin embargo, debido a su baja prevalencia, bajo reportes de casos y el escaso conocimiento de la patología, no se toma en cuenta como sospecha diagnóstica inicial, retrasando el inicio de una terapia efectiva. Se debe tener alta sospecha en pacientes con endocarditis con hemocultivos negativos y antecedente epidemiológicos.

PALABRAS CLAVE: Zoonosis, *Chlamydochloa psittaci*, Psittacosis.



CC_17: DIAGNÓSTICO TARDÍO DE INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Tajan Escobar (1), Matías Toro Berney (1), María José Guzmán Oelrich (2), Lukas Tajan Escobar (3), Gabriel Santana Cardemil (4).

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Alumna de Medicina, Universidad San Sebastián, Campus Clínico Patagonia, Puerto Montt.

(3) Alumno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia, Valdivia

(4) Médico Broncopulmonar, Hospital Base de Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es una forma primaria de hipogammaglobulinemia caracterizada por la falla en la diferenciación de los linfocitos B, con una consecuente producción defectuosa de inmunoglobulinas. Su causa es desconocida. Tiene una prevalencia global de 1 en 25.000 individuos. El diagnóstico suele realizarse entre la pubertad y los 40 años, basándose en la reducción de inmunoglobulina (Ig) G sérica y niveles bajos de Ig A y/o Ig M, en ausencia de otro estado de inmunodeficiencia. Tiene una forma de presentación heterogénea, principalmente con infecciones pulmonares recurrentes, bacteremias y complicaciones gastrointestinales.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 62 años, con antecedente infecciones respiratorias frecuentes desde la infancia, tos con expectoración mucopurulenta de larga data, rinosinusitis crónica desde hace 3 años y pérdida de 10 kilogramos en el último año. Estudio tuberculosis negativo. En tomografía computada de tórax: bronquiectasias en ambos campos pulmonares con áreas en vidrio esmerilado. Fibrobroncoscopia compatible con bronquitis difusa y tráquea en vaina de sable. En espirometría: patrón obstructivo severo con compromiso de capacidad vital funcional, sin cambios significativos post broncodilatación. Inmunoglobulinas séricas G, A, M y E indetectables. Estudio de hipogammaglobulinemia secundaria negativo. Autoanticuerpos negativos, estudio de malignidad negativo. Actualmente en tratamiento con gammaglobulina, broncodilatación dual y macrólido trisemanal. No ha presentado nuevos cuadros de infección respiratoria.

DISCUSIÓN: Una práctica que no debe ser olvidada al momento de enfrentarse a un paciente con infección respiratoria alta y baja concomitante, es la de precisar una unidad diagnóstica que pueda explicar ambas patologías, debiéndose considerar una inmunodeficiencia secundaria o primaria, donde las dos entidades etiológicas principales son la discinesia ciliar primaria y la IDCV. Una sospecha y diagnóstico precoz evitarán la gran morbimortalidad que conlleva este cuadro sin tratamiento, progresando a daño bronquial permanente y limitación crónica del flujo aéreo.

PALABRAS CLAVE: Inmunodeficiencia común variable, hipogammaglobulinemia, infecciones pulmonares recurrentes.



CC_18: COMPROMISO PULMONAR TARDÍO EN PACIENTE ADULTO CON ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK TIPO B, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Tajan Escobar (1), Matías Toro Berney (1), María José Guzmán Oelrich (2), Lukas Tajan Escobar (3), Gabriel Santana Cardemil (4).

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia, Valdivia.

(2) Alumna de Medicina, Universidad San Sebastián, Campus Clínico Patagonia, Puerto Montt.

(3) Alumno de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campus Clínico Valdivia, Valdivia

(4) Médico Broncopulmonar, Hospital Base de Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Niemann-Pick (NPD) es un trastorno autosómico recesivo donde se produce una deficiencia de esfingomielinasa ácida y acumulación de esfingomielina en diferentes tejidos, principalmente en sistema nervioso central y sistema reticuloendotelial.

Tiene una prevalencia de 1 en 250.000. Se divide en subtipos A, B y C. La NPD tipo B se caracteriza por el desarrollo de hepatoesplenomegalia durante la infancia, déficit neurológico y en ocasiones compromiso pulmonar, el cual suele presentarse a temprana edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 36 años, con diagnóstico de NPD tipo B a los 16 años. Con hepatoesplenomegalia, daño hepático crónico Child B y pancitopenia secundaria. Sin compromiso neurológico o pulmonar.

Durante hospitalización para cirugía electiva paciente desatura hasta 93%. Se solicita tomografía computada de tórax donde se evidencia notorio engrosamiento del intersticio en todo el campo pulmonar y patrón en crazy-paving esbozado en ambas bases. Espirometría normal. Ecocardiografía sin hipertensión pulmonar. Gasometría arterial (GSA) normal. En control posterior refiere disnea que ha aumentado progresivamente en los últimos meses. En GSA: insuficiencia respiratoria hipoxémica crónica, saturando 88% con oxígeno ambiental. Se realiza test de caminata en 6 minutos donde paciente presenta aumento de disnea y mayor desaturación. Actualmente usuario de oxígeno domiciliario 24 horas.

DISCUSIÓN: La NPD es una enfermedad infrecuente, más aún el compromiso pulmonar de presentación tardía con alteración rápida de la capacidad pulmonar. No existe un test imagenológico que permita tamizar a un paciente asintomático respiratorio, ya que estos se ven afectados tardíamente. En estos casos el estándar de oro es realizar un test de caminata de 6 minutos para pesquisar disnea de esfuerzo. Otro test alterado precozmente es la prueba de difusión de monóxido de carbono, no así la espirometría, que en la mayoría de los casos de enfermedad pulmonar intersticial será normal.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Niemann-Pick, enfermedad pulmonar intersticial, hepatoesplenomegalia.



CC_19: DEBUT DE COLITIS ULCEROSA: REPORTE DE UN CASO.

Omar Poblete Durán (1), Juan Mansilla Santana (1), Camila Candia González (1), Leandro Delgado Cortés (1),
Lorena Bastidas Leal (2)

(1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médica Internista, especialista en Infectología, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa (CU) es una de las dos grandes enfermedades inflamatorias intestinales (EII), caracterizada por comprometer la mucosa colónica de forma continua. Las EII suelen debutar en personas jóvenes, frecuentemente como diarrea crónica con elementos patológicos. Se presenta el caso de una paciente joven y sana con cuadro clínico característico, que fue diagnosticada por anemia severa tras dos meses de reiteradas consultas médicas, lo que denota la importancia de sospechar estas patologías, con incidencia en aumento.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino de 15 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de diarrea sanguinolenta, asociada a dolor abdominal que cede con la defecación. Además, refiere durante el transcurso de la enfermedad, baja de peso no cuantificada y amenorrea de tres meses en total. No refiere síntomas extradigestivos. Las últimas dos semanas previo al ingreso hospitalario, acusa deterioro del estado general, con astenia, adinamia, fatiga y palpitations. Tras múltiples consultas de forma particular y en emergencias, recibiendo manejo sintomático, es derivada por coloproctólogo al Hospital base San José de Osorno por anemia severa y sospecha de EII (Colitis ulcerosa). Durante el estudio hospitalizada se pesquisan toxinas de *Clostridium difficile*. Es evaluada por gastroenterología, quienes inician tratamiento de enfermedad inflamatoria intestinal con 5-ASA oral y rectal asociado a corticoides endovenosos, y tratamiento de diarrea por *C. difficile* severa complicada con vancomicina vía oral y metronidazol endovenoso (Por presentar megacolon en TC de abdomen). Se realiza colonoscopia que indica pancolitis, concordante con el cuadro sospechado. Evoluciona favorablemente, con normalización de las deposiciones y término de los síntomas.

DISCUSIÓN: Actualmente la incidencia de las EII está en aumento, dado los cambios de hábitos e higiene en la sociedad actual. Es relevante conocer y sospechar las principales características de estas enfermedades para su temprano reconocimiento y derivación, evitando complicaciones que pueden llegar a ser severas.

PALABRAS CLAVE: Diarrea crónica, Enfermedad inflamatoria intestinal, Colitis ulcerosa



CC_20: ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER COMO CAUSA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sofía Sanzana Castro (1), Carolina Ortiz Mangili (1), Cristóbal Lefno Diocares (1), Nicolay Oyarzo Lemus (1).
Renato Palma Fernández (2)

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Internista, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: Dentro de las etiologías de Hemorragia Digestiva Alta (HDA), están las angiodisplasias (hasta 6%), como la Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (THH) o Síndrome de Rendu-Osler-Weber (herencia autosómica dominante), caracterizado por abundantes telangiectasias en piel y mucosas. Generalmente diagnosticado en la niñez, donde el 50% a los 10 años tendrá un sangrado gastrointestinal.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Varón (69 años), consulta en Hospital Base de Valdivia por cuadro sugerente de síndrome coronario agudo. Refiere 3 meses de disminución de capacidad funcional y epistaxis a repetición. Destacan múltiples telangiectasias maculares en cara, mucosa oral, pabellones auriculares, pulpejos; y mucosas pálidas. Electrocardiograma sin signos de isquemia. Presenta Creatininemia elevada, curva positiva de Troponinas Ultrasensibles, y hemoglobina de 8 gr/dL. Se hospitaliza con sospecha de Infarto agudo al miocardio sin supra desnivel de ST, injuria renal aguda, epistaxis recurrente y anemia moderada (causa desconocida).

Evoluciona con anemia severa, requiriendo soporte transfusional, difiriéndose así el estudio coronario. Rinoscopia objetivó telangiectasias múltiples, y la Endoscopia Digestiva Alta informó angiodisplasia hemorrágica hereditaria y gastropatía erosiva antral, realizándose hemostasia con argón plasma, confirmándose el diagnóstico de THH.

DISCUSIÓN: La THH es muy poco frecuente, con posibles complicaciones letales. El laboratorio suele ser normal, o con anemia ferropénica crónica, como en este caso. El diagnóstico es clínico, con ≥ 3 criterios de Curaçao: epistaxis espontáneas y recurrentes, telangiectasias múltiples en sitios característicos (dedos, nariz, labios, cavidad oral), lesiones viscerales (telangiectasias gastrointestinales, fístulas arteriovenosas pulmonares, hepáticas, cerebrales u otras) o historia familiar de 1° grado sugerente de THH. En HDA, un 25% de los afectados >60 años presenta sangrado gastrointestinal multifocal, lento y persistente, que empeora con la edad.

En este caso, no era evidente el sangrado gastrointestinal, pero la dispepsia y anemia moderada-severa requerían estudio. La suplementación férrica vía oral (raramente parenteral), es el pilar fundamental del manejo ambulatorio de esta anemia ferropénica.

PALABRAS CLAVE: Angiodisplasia, hemorragia gastrointestinal, Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria.



CC_21: ENFERMEDAD DEL CORAZÓN ROTO, SÍNDROME DE TAKOTSUBO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sofía Sanzana Castro (1), Carolina Ortiz Mangili (1), Cristóbal Lefno Diocares (1), Nicolay Oyarzo Lemus (1).
Renato Palma Fernández (2).

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Internista, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Takotsubo corresponde al 1.7 a 2.2% de los casos de Síndrome Coronario agudo. Corresponde a la disfunción transitoria del ventrículo izquierdo en ausencia de enfermedad coronaria o miocardiopatía. Se caracteriza por hipocinesia, acinesia o discinesia del ápice e hiperkinesia compensatoria de segmentos basales. Requiere confirmación diagnóstica con Coronariografía.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 77 años consulta en junio de 2022 en servicio de urgencias del Hospital base Valdivia por cuadro de dolor retroesternal opresivo intenso 1 día de evolución, asociado a disnea y un episodio de lipotimia. Su electrocardiograma destaca T negativas en segmentos V2 a V6 y DII DIII y AVF. Con troponinas ultrasensibles positivas. Inicia manejo de Síndrome coronario agudo sin supra desnivel de ST y se realiza estudio coronario que describe estenosis leve en Arteria coronaria derecha distal, VI con akinesia de segmentos apicales e hipermotilidad de segmentos basales. Ecocardiograma transtorácico con dilatación severa de atrio izquierdo, akinesia medial y apical de Ventrículo izquierdo con akinesia de Ventrículo derecho medio e hiperkinesia basal. Con Fracción de eyección 30%. Iniciando manejo de Insuficiencia cardíaca con FE reducida. Es evaluada por equipo de cardiología, quienes solicitan estudio con Mibi dipiridamol, realizada el 26 de mayo que informa: gran defecto de captación fija con mínima reversibilidad periférica que compromete aproximadamente el 50% de la superficie apical-media cardíaca, asociado a disquinesia apical severa, lo cual es altamente concordante con hallazgos de coronariografía en asociación a síndrome de Takotsubo, confirmando el diagnóstico.

DISCUSIÓN: El diagnóstico del síndrome de Takotsubo puede ser un desafío en contextos de lesiones coronarias previas. Por su cuadro clínico y electrocardiograma requiere confirmación diagnóstica con coronariografía, pero esta puede ser insuficiente en contextos como este por presencia de lesiones coronarias, demostrando la importancia de seguimiento aun frente a motilidad sugerente de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Cardiomiopatía de Takotsubo, Insuficiencia Cardíaca, Síndrome Coronario Agudo.



CC_22: TENOSINOVITIS SÉPTICA DE LA MANO IZQUIERDA POR *STAPHYLOCOCCUS CHROMOGENES*.

Constanza Fernández Catalán (1), Carolina Aedo Rebolledo (1), Camila Altamirano Ojeda (1), Javiera Buttovich González (1), Felipe Olivares Abara (2).

- (1) Interna de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Internista, Especialista en Infectología, Hospital Base Valdivia, Valdivia.

INTRODUCCIÓN: *Staphylococcus chromogenes* es uno de los patógenos coagulasa negativos más comúnmente aislados en vacas y cabras lecheras que presentan cuadros de mastitis clínicas y subclínicas. Los reportes de infección en humanos por este agente son escasos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 50 años, de sexo masculino, con antecedente de diabetes mellitus 2, que tras auto inferirse accidentalmente una herida corto punzante en la mano izquierda mientras faenaba un cerdo, evolucionó a las 48 horas con intenso dolor, eritema, aumento de volumen doloroso, fiebre e impotencia funcional, decidió consultar en hospital de baja complejidad.

Luego 72 horas de antibiótico oral y empeoramiento de síntomas, se sospechó tenosinovitis séptica, por lo cual se le realizó artrotomía de la muñeca con liberación del túnel carpiano más fasciotomía de la mano izquierda donde se vio salida de secreción purulenta, cuyo cultivo resultó positivo para *Staphylococcus chromogenes*. Luego de la intervención quirúrgica y tratamiento antibiótico endovenoso con cefazolina con posterior traspaso del esquema de antibioticoterapia a ciprofloxacino oral (14 días en total), el paciente evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN: Este caso corresponde a una infección de tejidos profundos por *S. chromogenes*, agente infrecuente en humanos. El instrumental cortante (machete) había sido utilizado para faenar múltiples animales, lo que refuerza la importancia de una anamnesis minuciosa. El paciente no contaba con elementos de protección personal al momento del accidente. La cirugía fue clave para controlar el foco y permitió la identificación del agente. *S. chromogenes* corresponde a un *Staphylococcus coagulasa negativo* que puede accidentalmente infectar a personas, en especial a las con exposición laboral a ganado bovino o caprino. No contamos con datos de resistencia antimicrobiana, aunque en este caso se comprobó posteriormente susceptibilidad para oxacilina, ciprofloxacino, vancomicina y cotrimoxazol, lo que permitió guiar la terapia antibiótica.

PALABRAS CLAVE: Tenosinovitis, infecciones estafilocócicas, mastitis bovina.



CC_23: NEUMONÍA POR INFLUENZA COMPLICADA CON *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO- RESISTENTE, REPORTE DE CASOS.

José Baeza Nuñez (1), Fernanda Guzmán Le Breton (1), Gabriela Ulloa Flies (1), Paola Cantero Cofré (1), Oliver Mourges Siebert.

(1) Interno/a de medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico cirujano, Hospital de Laja, Laja.

INTRODUCCIÓN: Influenza está considerada como una de las causas más frecuentes de enfermedad respiratoria aguda que requiere atención médica. Una de las complicaciones más temidas, que aumenta tanto la mortalidad como la morbilidad del cuadro, es la sobreinfección bacteriana, de difícil diagnóstico debido al solapamiento de los síntomas y a la baja sospecha debido a la poca frecuencia de dicha complicación.

PRESENTACIÓN DEL CASO: CASOS: Ambos pacientes son hermanos, de 13 y 7 años, el mayor es referido al servicio de urgencias por cuadro de dificultad respiratoria, tos productiva y fiebre de 3 días de evolución, llega en regulares condiciones generales, en insuficiencia respiratoria. Se realiza Film-Array (+) a influenza H3N2, ingresando a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para ventilación mecánica invasiva (VMI), y en cultivo de secreción traqueal aparece *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA). Evoluciona tórpidamente con empiema pleural que requiere tratamiento quirúrgico mediante videotoracoscopia, además de drogas vasoactivas (DVA) y antibióticos endovenosos.

Posterior a hospitalización de hermano mayor, el menor presenta cuadro similar, llegando a falla respiratoria, y atelectasia masiva izquierda, ingresando a UCIP para VMI y DVA. Se realiza Film-Array (+) para influenza H3N2 y en cultivo de secreción traqueal aparece MRSA.

Evolucionan favorablemente, se extuban, sin requerimientos de oxígeno ni DVA, siendo dados de alta días posteriores. Realizándose estudio genético ambulatorio para fibrosis quística que resulta negativo.

DISCUSIÓN: La coinfección bacteriana en cuadro de influenza es rara, por lo que llama la atención que ambos hermanos se hayan contagiado al mismo tiempo con ambos patógenos, pudiendo ser objeto de estudio esta familia en búsqueda de susceptibilidad hereditaria a dichas patologías. Diagnosticar influenza complicada con sobreinfección bacteriana es un reto diagnóstico, por lo que siempre se debe tener un alto grado de sospecha al momento de enfrentar un cuadro de influenza de evolución tórpida.

PALABRAS CLAVE: Influenza, *Staphylococcus aureus* Infection, Respiratory Insufficiency.



CC_24: ENDOCARDITIS POR *CAPNOCYTOPHAGA CANIMORSUS* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE UN CASO.

Natalia Avendaño Sánchez (1), Gustavo Cárcamo Cotapos (1), Marcela Krugmann Habert (1), Carolina Godoy Cáceres(1), Yazmín Pinos García (2).

(1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médica Internista, especialista en Infectología, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: *Capnocytophaga canimorsus* (CC) es un bacilo gramnegativo de la flora oral normal de perros y gatos. Tiene apariencia fusiforme en la tinción de Gram y una motilidad deslizante característica. Ocasionalmente causa infecciones graves en humanos después de mordeduras, pero su capacidad para causar endocarditis está menos descrita. El diagnóstico suele ser difícil, principalmente por su lento crecimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO: paciente de 62 años con antecedentes de tabaquismo activo, dislipidemia y accidente cerebro-vascular isquémico reciente tratado en Clínica BUPA Santiago. Ingresa al Hospital Base de Osorno por fiebre de más de dos semanas, asociada a calofríos, diaforesis y compromiso del estado general. Al ingreso destaca soplo holosistólico III/VI y parámetros inflamatorios elevados. Se sospecha endocarditis infecciosa y se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. Se realiza ecocardiograma transtorácico con imagen sugerente de vegetación en válvula mitral con insuficiencia moderada. A la tomografía de abdomen, imagen sugerente de infarto esplénico pequeño. Por lo que se diagnostica Endocarditis infecciosa con válvula mitral nativa y probables embolias sépticas esplénica y cerebral. Luego de 2 días se recibe Hemocultivos positivos para CC sensible a penicilina, ajustándose tratamiento. Evolucionó con buena respuesta clínica y regresión franca de parámetros inflamatorios. Se da de alta luego de 8 días, completando tratamiento ambulatoriamente sin incidentes. Dentro de los antecedentes recabados posteriormente, destaca mordedura de perro en marzo 2020.

DISCUSIÓN: CC es una bacteria muy infrecuentemente aislada en hemocultivos, por un lado, por su lento crecimiento y difícil identificación y por otro lado por ser un germen que pocas veces coloniza al ser humano, mucho menos siendo este un paciente inmunocompetente. La mayoría de los casos descritos se reportan en pacientes esplenectomizados o alcohólicos, con el antecedente de una mordedura de animal. Normalmente es sensible a penicilina, por lo que la importancia radica en la sospecha para aplicar un tratamiento oportuno.

PALABRAS CLAVE: *Capnocytophaga*, Embolia, Endocarditis.



CC_25: TÉTANOS EN ADULTOS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalina Biere Rosas, Natalia Avendaño Sánchez (1), Gustavo Cárcamo Cotapos (1), Iván Ruiz Fabres (1).
Camila Urrea Aguilar (2).

- (1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.
(2) Médica Cirujana, Hospital de Río Negro, Río Negro, Chile.

INTRODUCCIÓN: Clostridium tetani (CT) es un microorganismo anaerobio Gram positivo productor de esporas y toxinas causantes de tétanos, la cual es una enfermedad infrecuente caracterizada por presentar espasmos musculares intensos y rigidez generalizada. Se presenta el caso de una paciente rural, con antecedente de trauma en extremidad que evoluciona con tétanos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino, 63 años, sin antecedentes mórbidos, sin información de vacunación salvo una dosis para COVID-19. Consulta en Servicio de Urgencia, por cuadro de cinco días de evolución de dificultad respiratoria, decaimiento, disfagia y trismus. Se maneja como infección respiratoria alta y por sospecha de infección de partes blandas cervicales, se inicia ceftriaxona. Tomografía computada de cuello y tórax, y ecografía bedside sin hallazgos patológicos. Evoluciona hemodinámicamente inestable requiriendo drogas vasoactivas, con distrés respiratorio agudo, episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que cede con cardioversión eléctrica y posteriormente se agregan crisis convulsivas tónico clónicas. Se decide intubación orotraqueal e ingresa a Unidad de Paciente Crítico (UPC). Se inicia ampicilina/sulbactam con buena respuesta. Durante estadía en UPC familiares aportan antecedente de herida en mano izquierda al cortar leña. Al disminuir sedación, se objetiva trismus y rigidez cervical. Evaluada por neurología con estudio de líquido cefalorraquídeo normal e imágenes cerebrales sin lesiones, por lo que se sospecha de tétanos. Se inicia suero antitetánico evolucionando favorable. Evaluado por infectología, quien indica esquema de vacunación completo con cobertura antitetánica posterior a cuadro grave.

DISCUSIÓN: El tétanos es una enfermedad aguda, infrecuente e inmunoprevenible causada por CT que debe sospecharse en personas con antecedente de trauma reciente no vacunadas y adultos sin refuerzo posterior a 10 años. Actualmente no existen test de detección específica. Su manejo se realiza en UPC, con soporte hemodinámico, control del sitio de infección, neutralización de la toxina con inmunoglobulina humana e inmunización activa posterior a cuadro agudo.

PALABRAS CLAVE: Inmunización, Tétanos, Toxina tetánica



CC_26: Distrofia Muscular de Duchenne y Becker: Presentación como Síndrome Hipotónico en un Lactante Menor.

Gabriela Ulloa Flies (1), José Baeza Núñez (1), Fernanda Guzmán Le Breton (1), Paola Cantero Cofré (1), Elizabeth Méndez Andrade (2)

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Hospital Base de Valdivia, Valdivia, Chile.

INTRODUCCIÓN: La distrofia muscular de Duchenne y Becker es la causa más frecuente de distrofia muscular progresiva. Causada por la ausencia de proteína distrofina que genera un proceso de degeneración y regeneración de la fibra muscular produciendo necrosis, inflamación y reemplazo de fibras musculares por tejido adiposo. Su presentación clínica e historia natural es diversa; debilidad, deterioro progresivo de los músculos esqueléticos, respiratorios y cardíacos. En el presente reporte de caso se expondrá el aspecto clínico y método diagnóstico de la enfermedad con especial énfasis en la edad y forma de aparición del cuadro.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Lactante menor de 4 meses 21 días, con desarrollo psicomotor acorde, sin antecedentes mórbidos. Presenta cuadro de hipotonía generalizada, palidez y desconexión con el medio de duración aproximada de 5-10 minutos, sin periodo postictal, sin gatillante identificado. Exámenes destacan transaminasas transaminasa glutámico oxalacética y aspartato aminotransferasa elevadas, creatininkinasa 23.134 U/L. Se hospitalizó por evento descrito, como sospecha de distrofinopatía o enfermedad metabólica, evoluciona clínicamente asintomático con tono normal. Se solicita panel de miopatías congénitas que concluye variante patogénica identificada en distrofia muscular de Duchenne.

DISCUSIÓN: En el presente reporte se evidencia el debut de distrofia muscular de Duchenne en un lactante menor con síndrome hipotónico constituyendo una forma poco frecuente de presentación, tanto por la edad de aparición, que habitualmente es entre los 2 y 3 años de vida, como por la clínica del cuadro, dado que esta se manifiesta normalmente como alteración de la marcha con retraso en el desarrollo psicomotor. Es necesario tener presente la Distrofia muscular de Duchenne como diagnóstico diferencial para evitar errores futuros.

PALABRAS CLAVE: Distrofia muscular de Duchenne, Hipotonía Muscular, Desarrollo Infantil.



CC_27: MONONEUROPATÍA MÚLTIPLE BILATERAL DE NERVIOS FACIALES EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vicente Tapia Añazco (1), Emilio Mora Retamal (1), Fernando Lobos Casanova (1), Javiera Gallardo González (1)
Alejandro López Castro (2)

(1) Interno/a de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Valdivia, Valdivia.
(2) Médico Cirujano, Centro de Salud Familiar Externo de Valdivia, Valdivia, Chile.

INTRODUCCIÓN: Las Mononeuropatías craneales (MC) son presentaciones infrecuentes de neuropatía en pacientes con diabetes mellitus II (DM2), dentro de éstas, el compromiso del nervio facial es anecdótico, siendo la parálisis de Bell (PB) el principal diagnóstico diferencial. Esta última es más frecuente en pacientes con diagnóstico de DM2, sin embargo, no hay estudios que demuestran causalidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino, 48 años, diagnosticado con hipertensión y DM2 de mal control. Antecedentes de mielitis transversa (2016) y accidente cerebrovascular isquémico (2021). Consulta por disartria. Hemoglucofíes de 156 miligramos/decilitro (mg/dL). Al examen físico parálisis facial periférica izquierda, sin compromiso de otros pares craneales ni déficits focales. Conducto auditivo externo sin lesiones herpetiformes. Manejado con corticoides sistémicos por 5 días. Persiste, se realiza tomografía computada (TC) de cerebro sin lesiones agudas. Posteriormente, evolucionó con parálisis facial periférica bilateral, manejado con corticoides sistémicos, sin respuesta. Se hospitaliza para estudio. Destacan glicemia en ayunas de 239 mg/dL, hemoglobina glicosilada de 9.3%, creatina-quinasa total y cianocobalamina normales. Resonancia magnética (RMN) de encéfalo sin lesiones agudas. Análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) descarta infección nerviosa central y síndrome de Guillain-Barré (SGB). Electromiografía (EMG) y estudio de conducción nerviosa (ECN) descarta radiculoneuropatía desmielinizante. Se diagnostica mononeuropatía múltiple secundaria a DM2.

DISCUSIÓN: El estudio diagnóstico de la MC del nervio facial, se basa en distinguir la PB de otras causas. Presentaciones atípicas de PB, como parálisis facial bilateral, deben considerar diagnósticos diferenciales como infección por virus herpes zoster, SGB, otitis media y neoplasias. La escasa evidencia demuestra que el daño tanto microvascular como inflamatorio asociado a DM2 pueden representar desde el 5 al 10% de las PB. Los únicos parámetros alterados del paciente fueron la glicemia y la hemoglobina glicosilada, esto postula a la neuropatía diabética, complicación frecuente de DM2, como etiología de la PB atípica presentada en este caso.

PALABRAS CLAVE: Diabetes mellitus, neuropatías diabéticas, enfermedades del nervio facial.



CC_28: LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA, REPORTE DE UN CASO.

Juan Mansilla Santana (1), Omar Poblete Durán (1), Camila Candia González (1), Leandro Delgado Cortés (1), Lorena Bastidas Leal (2)

(1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.

(2) Médica Internista, especialista en Infectología, Hospital Base San José de Osorno, Osorno

INTRODUCCIÓN: Linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es un síndrome hiperinflamatorio severo producido por una exacerbada actividad de macrófagos y células T citotóxicas que puede resultar en una amenaza para la vida. En adultos suele ser de origen secundario, desencadenado principalmente por infecciones y neoplasias.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 59 años, sin antecedentes mórbidos, trabajador agrícola y ganadero rural. Refiere cuadro de dos meses de tos sin expectoración al que se agregan episodios febriles frecuentes $>38^{\circ}\text{C}$, baja de peso no cuantificada, sudoración nocturna y lumbalgia. Múltiples consultas ambulatorias donde destaca anemia leve y VHS elevada. No se identifica agente infeccioso en hemocultivo ni baciloscopia, y radiografía de tórax sin hallazgo patológico. En Hospital Base de Osorno ingresa febril, sin hallazgos al examen físico. Laboratorio con leucopenia, PCR y ferritina muy elevada. TC TAP destaca esplenomegalia y pequeños linfonodos latero aórticos izquierdo inespecíficos. Estudio infeccioso extendido identifica serología positiva para Rickettsia spp por lo que inicia tratamiento antimicrobiano. Paciente con evolución favorable y disminución de parámetros inflamatorios, pero luego reinicia con cifras febriles y deterioro en pruebas de laboratorio. Mielograma descarta preliminarmente neoplasia hematológica y biopsia fue enviada a Valdivia. Se rescata receptor soluble interleucina 2 sCD25: 8855 por lo que se ingresa a unidad de cuidados intermedios para monitorización y tratamiento en contexto de HLH de probable etiología infecciosa. Se reciben resultados de biopsia compatible con síndrome mieloproliferativo. Paciente derivado a oncología para continuar manejo de HLH y eventual quimioterapia como tratamiento de Linfoma de Hodgkin.

DISCUSIÓN: La linfohistiocitosis hemofagocítica reporta una elevada mortalidad, con cifras variable según cohorte. Su identificación oportuna previene el deterioro multiorgánico y peores desenlaces. Así mismo el reconocimiento de la causa de base y su oportuno tratamiento resulta fundamental en el manejo, por lo que ante su aparición resulta imperioso identificar causas infecciosas, neoplásicas-hematológicas y reumatológicas.

PALABRAS CLAVE: Hemofagocítico, Linfohistiocitosis, receptor soluble interleucina



CC_29: TOXINA BOTULINICA TIPO A Y NEUMOPERITONEO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIAS ABDOMINALES COMPLEJAS, REPORTE DE UN CASO.

Camila Valenzuela Quintana (1), Catalina Biere Rosas (1), Bastián Barría Carrasco (1), Gustavo Cárcamo Cotapos (1), Edmundo Ziede Rojas (2).

- (1) Interno/a de medicina, Universidad Austral de Chile, Campo Clínico Osorno, Osorno.
(2) Médico Cirujano, especialista en cirugía, Hospital Base San José de Osorno, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La hernia incisional es una complicación quirúrgica frecuente y representa un reto dado la tensión y retracción muscular. La toxina botulínica tipo A (TBA) y/o pneumoperitoneo preoperatorio progresivo (PPP), son técnicas de bajo costo y con buenos resultados post- quirúrgicos.

Se presenta el caso de un paciente con una hernia incisional gigante sometido a tratamiento adyuvante.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenino, 61 años, antecedentes de obesidad, dislipidemia y cirugía abdominal por cáncer cervicouterino. Al examen físico se palpa aumento de volumen ventral con un defecto aponeurótico de 15 cm en pared abdominal, reducible, relacionada a cicatriz quirúrgica.

Estudio preoperatorio con TC de abdomen y pelvis muestra gran defecto aponeurótico abdominal de 15 x 12 cm, por lo cual se decide reparación con adyuvancia, inyectándose TBA en ambos flancos en 5 puntos entre los músculos oblicuo interno y transversos bajo visión ecográfica, a las 6 semanas se instaló catéter abdominal para PPP, se comprueba ubicación intraabdominal con radiografía de tórax y se insuflaron 14.000 cc de aire, durante 7 días. Se solicita TC de control que evidencia neumoperitoneo, reducción parcial de la hernia y disminución del defecto. Finalmente se realizó herniorrafia con malla supra aponeurótica, con un resultado satisfactorio.

DISCUSIÓN: Goñi et al, en 1947, describió el uso de neumoperitoneo preoperatorio instilado a través de un catéter peritoneal, lo que aumenta las dimensiones de la cavidad abdominal y disminuye el edema visceral facilitando la reducción de la hernia. Por otro lado, el uso de TBA descrito por Ibarra et al, ha demostrado una reducción del defecto aponeurótico en un 47.2 % y una reducción global de 5,25 cm. El uso de ambas técnicas es de bajo costo y factible en casi cualquier centro de resolución quirúrgica, por lo que es una alternativa viable y segura para pacientes complejos con hernias de gran tamaño.

PALABRAS CLAVE: Hernia Incisional, Toxinas Botulinicas Tipo A, Neumoperitoneo.



DECLARACIÓN PÚBLICA

Como Comité Organizador de la TERCERA Jornada Científica Osorno 2022, llevada a cabo por el Centro de Estudiantes de Medicina de la Universidad Austral de Chile Campus Clínico Osorno (CEMOS) y en conformidad a las bases emitidas por el Ministerio de Salud de nuestro país (MINSAL), sobre la selección de médicos cirujanos para el ingreso a la etapa de destinación y formación, y concurso de becas para programas de especialización, declaramos lo siguiente:

El libro de resúmenes conformado por los trabajos seleccionados y presentados en el desarrollo de la Tercera Jornada Científica Osorno 2022, llevada a cabo los días 28 y 29 de enero del mencionado año, se ha emitido y difundido SÓLO en formato digital, no existiendo versión impresa elaborada por el comité organizador. Dicho libro se encuentra disponible para su descarga desde el siguiente link:

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1CaUevwtvRSTPR_KGzLpfyn1o1dTL9JNp



Atentamente,

Comité Organizador III Jornada Científica CEMOS 2022
Centro de Estudiantes
Universidad Austral de Chile
Campus Clínico Osorno



Universidad Austral de Chile

Conocimiento y Naturaleza

III Jornada de Investigación
Centro de Estudiantes de Medicina
Universidad Austral De Chile
Osorno 2022